UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EMANUELE SEICENTI DE BRITO

**Internação Psiquiátrica Involuntária: Estudo Comparativo das
Normas de Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales**

Ribeirão Preto

2016

EMANUELE SEICENTI DE BRITO

**Internação Psiquiátrica Involuntária: Estudo Comparativo das
Normas de Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título Doutor em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Aparecida Arena
Ventura

Ribeirão Preto

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Brito, Emanuele Seicenti

Internação Psiquiátrica Involuntária: estudo comparativo das normas de Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales / Emanuele Seicenti Brito; orientador Carla Aparecida Arena Ventura - Ribeirão Preto, 2016.

138f: il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.

1. Direitos Humanos. 2. Saúde Mental. 3. Direitos do paciente. 4. Internação Involuntária. 5. Brasil. 6. Inglaterra/País de Gales. 7. Estudo comparativo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRITO, Emanuele Seicenti

Internação Psiquiátrica Involuntária: estudo comparativo das normas de Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título Doutor em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _ _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _ _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _ _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _ _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

*À minha avó **Neide** (in memorian)*

*À minha sobrinha **Helena***

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que iluminou meu caminho durante toda esta longa caminhada.

À minha orientadora, **Profª Drª Carla Aparecida Arena Ventura**, pela paciência, confiança e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos meus supervisores na Universidade de Surrey, **Profª Drª Ann Galagher** e **Prof. Dr. Robert Jago**, pela acolhida, disponibilidade e orientação.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, pelo apoio institucional.

À **Universidade de Surrey**, pelo apoio institucional durante o período de intercâmbio.

À **CAPES**, pelo suporte financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

Aos meus Pais, **Ivanilde** e **Manoel** e meu avô **Antonio**, que com muito amor, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À minha irmã **Daiane** e meu cunhado **André**, pelo carinho, companheirismo e apoio constantes.

Ao meu querido amigo **Marcos**, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Ao **Padre Marcos Manderla**, pelo apoio e afeto.

À **Renata**, por todo incentivo quando o desânimo teimava em aparecer.

À **Lariza** e **Luciana**, pela amizade, disponibilidade e companheirismo fundamentais.

Aos amigos da Paróquia Santa Luzia: **Fernanda, Marina, Rafaela, André, Ivan e Lucas**, pela acolhida, amizade e carinho.

À família Pollock: **Lucy, Martin, Emilia, Clara e Harriet**, pela inesquecível acolhida, amor e atenção a mim dispensados.

À **Karina Valentin**, pela amizade e apoio fundamental durante o período de estágio no exterior.

Aos **Colegas da Pós-graduação**, pelos momentos de amizade, estudo e de enriquecimento compartilhados durante essa vivência.

Enfim, minha gratidão a todas as pessoas que participaram e contribuíram direta ou indiretamente com a realização deste trabalho.

Antes de tudo o ser humano

*“Não viva nesta terra
como um estranho
ou como um turista na natureza.
Viva neste mundo
Como na casa do teu pai:
creia no trigo, na terra, no mar,
Mas antes de tudo creia no ser humano.
Ame as nuvens, os carros, os livros,
mas antes de tudo ame o ser humano.
Sinta a tristeza do ramo que seca,
do astro que se apaga,
do animal ferido que agoniza,
mas antes de tudo
sinta a tristeza e a dor do ser humano.
Que lhe dêem alegria
todos os bens da terra:
a sombra e a luz lhe dêem alegria,
as quatro estações lhe dêem alegria,
mas sobretudo, a mãos cheias,
lhe dê alegria o ser humano!”*

(Nazim Hikmet)

RESUMO

BRITO, E.S. **Internação Psiquiátrica Involuntária**: estudo comparativo das normas de Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales. 2016. 138f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A internação involuntária é uma medida controversa que pode levar a violação de vários direitos humanos. Nessa perspectiva, faz-se necessária uma legislação para definir e limitar as circunstâncias em que isso pode ocorrer. Políticas e leis bem formuladas podem promover o desenvolvimento de serviços acessíveis na comunidade, estimular campanhas de sensibilização e de educação, e estabelecer mecanismos legais e de supervisão para prevenir violações aos direitos humanos. Nesse contexto, este estudo descritivo-comparativo apresentou como objetivo analisar as semelhanças e diferenças entre as legislações em saúde mental relacionadas à internação psiquiátrica involuntária no Brasil e Inglaterra/País de Gales. Utilizou-se para o levantamento de dados de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A análise foi realizada a partir da Lista de Checagem da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Legislação de Saúde Mental. Para a etapa de comparação dos dados das duas jurisdições, foi utilizado o método comparativo. Sobre os resultados da comparação da Lista de Checagem da OMS com as legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales, na legislação brasileira foram encontrados 52 (31,32%) dos 166 padrões da OMS, enquanto que na legislação da Inglaterra/País de Gales foram encontrados 90 (54,2%). A partir da análise foi possível concluir que: a legislação da Inglaterra/País de Gales traz procedimentos mais claros e detalhados sobre “internação involuntária” e possui “mecanismos de fiscalização” mais eficazes do que o Brasil; apesar das lacunas quanto aos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade e a revisão da necessidade de um tutor, a legislação apresenta uma boa cobertura sobre “competência, capacidade e tutela”, tema de elevada importância, principalmente após a ratificação da CDPD, e que o Brasil não aborda em sua legislação; a legislação brasileira elenca um rol maior de “direitos fundamentais”, porém não prevê “penalidades” quanto ao descumprimento desses direitos. Já a Inglaterra/País de Gales cobre amplamente essa questão. As principais semelhanças entre Brasil e Inglaterra/País de Gales referem-se aos padrões que necessitam de revisão: “Pacientes voluntários”, situações de emergência, direitos econômicos e sociais, “questões civis” e “grupos vulneráveis”. Ambas jurisdições também apresentam o mesmo nível de cobertura quanto a “pesquisa clínica e experimental”, e “tratamentos especiais, isolamento e restrições”. Em suma, a análise das legislações de saúde mental apresentada neste trabalho sugere que documentos internacionais de direitos humanos, como o Livro de Recursos OMS, são instrumentos importantes e que podem nortear a construção de legislações. É necessário também que a formulação de leis e políticas de saúde mental esteja articulada com os documentos internacionais de direitos humanos como a CDPD. Espera-se que o presente estudo traga à tona a reflexão das autoridades competentes sobre a necessidade de solicitar auditorias mais profundas no âmbito da legislação nacional de saúde mental, realizadas por comitês multidisciplinares, como recomendado pela OMS. A legislação de saúde mental deve estar num processo de constante evolução, centrada na busca da consolidação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Saúde Mental. Direitos do paciente. Internação Involuntária. Brasil. Inglaterra/País de Gales. Estudo comparativo

ABSTRACT

BRITO, E.S. **Involuntary Psychiatric Admission:** comparative study of Mental Health legislation from Brazil and England/Wales. 2016. 138f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Involuntary admission is a controversial measure that can lead to violation of various human rights. From this perspective, legislation must define and limit the circumstances in which this may occur. Well-formulated policies and laws can promote the development of accessible services in the community, stimulate awareness and education campaigns, and establish legal and supervisory mechanisms to prevent human rights violations. In this context, this descriptive-comparative aimed at analyzing the similarities and differences between the mental health' laws related to involuntary psychiatric admission in Brazil and England/Wales. In order to collect data, the author used bibliographic and documentary research. The analysis was based on the World Health Organization's Checklist on Mental Health Legislation. To compare data from the two jurisdictions, the author used the comparative method. Results comparing the WHO Checklist with the laws from Brazil and England/Wales showed that the Brazilian legislation meets 52 (31.32%) of the 166 WHO standards, while legislation in England/Wales meets 90 (54.2%). Some conclusions resulted from the analysis: the law from England/Wales establishes clearer and detailed procedures for "involuntary admissions" and has "oversight and review mechanisms" more effective than Brazil; despite the shortcomings in the procedures for appeals against disability decisions and the review of the need for a guardian, the legislation presents a medium compliance of "competence, capacity and protection", a subject of high importance, especially after the ratification of the CRPD, and Brazil does not address these issues in its legislation; Brazilian establishes a larger list of "fundamental rights", but does not provide "penalties" for the breach of those rights, while England/Wales meets WHO criteria in relation to this issue. The main similarities between Brazil and England/Wales refer to standards that require review: "voluntary patients", "emergency treatment", "economic and social rights", "civil issues" and "protection of vulnerable groups." Both jurisdictions also have the same level of compliance regarding "clinical and experimental research", and "special treatments, seclusion and restraint". In sum, the analysis of mental health legislation presented in this paper suggests that international human rights documents, such as the WHO Resource Book, are important tools which can guide the construction of legislation. It is also necessary that the formulation of mental health laws and policies are articulated with international human rights documents such as the CRPD. In this sense, this study may bring light for a reflection from competent authorities on the need to have audits for national mental health legislations, carried out by multidisciplinary committees, as recommended by WHO. Mental health legislation should be in a process of constant evolution, focusing on the search for the consolidation of rights of people with mental disorders.

Keywords: Human Rights. Mental Health. Patients Rights. Involuntary Admission. Brazil. England/Wales. Comparative Study.

RESUMEN

BRITO, E.S. **Internación Psiquiátrica Involuntaria**: un estudio comparativo de las normas de Salud Mental de Brasil e Inglaterra/Gales. 2016. 138f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Internación involuntaria es una medida controversial que puede conducir a la violación de varios derechos humanos. Desde esta perspectiva, la legislación es necesaria para definir y limitar las circunstancias en las que esto puede ocurrir. Políticas y leyes bien formuladas pueden promover el desarrollo de servicios accesibles en la comunidad, estimular las campañas de sensibilización y educación, y establecer mecanismos jurídicos y de supervisión para prevenir violaciones de derechos humanos. En este contexto, este estudio descriptivo-comparativo presenta como objetivo analizar las similitudes y diferencias entre las leyes de salud mental relacionadas con la internación psiquiátrica involuntaria en Brasil e Inglaterra/Gales. Fue utilizada la investigación de literatura y documental. El análisis fue realizado con base en la Lista de Control sobre legislación en la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la etapa de comparación de los datos de las dos jurisdicciones, fue utilizado el método comparativo. En los resultados de la comparación de la Lista de Control de la OMS con las leyes de Brasil e Inglaterra/Gales, en la legislación brasileña se encontraron 52 (31.32%) de los 166 patrones de la OMS, mientras que en la ley de Inglaterra/Gales se encontraron 90 (54,2%). A partir del análisis se concluyó que: la ley de Inglaterra/Gales trae procedimientos más claros y detallados sobre "ingresso involuntario" y tiene "mecanismos de supervisión y revisión" más efectivos que el Brasil; a pesar de las deficiencias en los procedimientos de recurso contra las decisiones de incapacidad y la revisión de la necesidad de un tutor, la legislación tiene una buena cobertura de la "capacidad, discernimiento y curatela", temas de gran importancia, sobre todo después de la ratificación de la CDPD, y no son abordados en la legislación brasileña; la ley brasileña enumera una lista más amplia de los "derechos fundamentales", pero no prevé "sanciones" para la violación de esos derechos. Ya Inglaterra/Gales cubre ampliamente este tema. Las principales similitudes entre Brasil e Inglaterra/Gales referencia a las normas que requieren la opinión: "pacientes voluntarios", "derechos económicos y sociales", "situaciones de emergencia", "cuestiones civiles" y "grupos vulnerables". Ambas jurisdicciones también tienen el mismo nivel de cobertura para la "investigación clínica y experimental", y "tratamiento especiales, el aislamiento y las restricciones físicas." En resumen, el análisis de las legislaciones de salud mental sugiere que los documentos internacionales de derechos humanos, tales como el Manual de Recursos de la OMS, son herramientas importantes que pueden guiar la construcción de la legislación. También es necesario que la formulación de leyes y políticas de salud mental este articulada con los documentos internacionales de derechos humanos, tales como la CDPD. Se espera que este estudio motive una reflexión de las autoridades competentes sobre la necesidad de pedir auditorías en la legislación nacional de salud mental, llevada a cabo por comités multidisciplinares, como recomienda la OMS. La legislación sobre salud mental debe estar en un proceso de evolución constante, centrada en la búsqueda de la consolidación de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Palabras-clave: Derechos Humanos. Salud Mental. Derechos del paciente. Ingreso Involuntario. Brasil. Inglaterra/Gales. Estudio Comparativo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Disposições no contexto de instrumentos de Direito Internacional relacionados aos direitos humanos.....	35
Quadro 2.	Relação entre os objetivos específicos e as etapas metodológicas.....	49
Quadro 3.	Características dos sistemas de serviços de saúde: Brasil e Inglaterra/ País de Gales.....	52
Quadro 4.	Linha do tempo dos principais eventos na história da Saúde Mental Brasileira.....	58
Quadro 5.	Linha do tempo dos principais eventos na história da Saúde Mental da Inglaterra/País de Gales.....	64
Quadro 6.	Síntese dos Resultados da comparação da Lista de Checagem da OMS com as legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	70
Quadro 7.	Padrões abarcados pelas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	81
Quadro 8.	Síntese das semelhanças e diferenças nas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Relação entre os padrões não abordados pela legislação brasileira, direitos humanos e condições de vulnerabilidade..	108
Figura 2.	Relação entre os padrões não abordados pela legislação da Inglaterra/País de Gales, direitos humanos e condições de vulnerabilidade.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDPD	Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
OMS	Organização Mundial da Saúde
Princípios	Princípios das Nações Unidas para a Proteção de
ASM	Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
CEDH	Convenção Europeia sobre Direitos Humanos
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
NHS	National Health Service
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residencial Terapêutico
CFM	Conselho Federal de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MHA	Mental Health Act
NSF	National Service Framework
MCA	Mental Capacity Act
ECT	Eletroconvulsoterapia
CT	Comunidade terapêutica
CQC	Care Quality Commission

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. DIREITOS HUMANOS, SAÚDE MENTAL E INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA.....	20
2.1 Saúde Mental e a Internação Involuntária como meio de restrição de direitos.....	21
2.1.1 Direito à Liberdade.....	23
2.1.2 Preservação máxima da capacidade civil.....	24
2.1.3 Direito de ser tratado em ambiente menos restritivo possível.....	26
2.1.4 Direito de viver e ser incluído na comunidade.....	27
2.1.5 Direito à Privacidade.....	28
2.1.6 Direito à Integridade física e mental.....	30
2.2 Direito à Saúde.....	31
2.3 Vulnerabilidade e Transtorno Mental.....	36
2.4 Instituições acadêmicas e o estudo da legislação em saúde mental.....	42
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
3.1 Tipo de Estudo.....	45
3.2 Etapas da pesquisa e técnicas utilizadas.....	45
4. RESULTADOS.....	50
4.1 Sistemas de Saúde do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	51
4.2 Saúde Mental no Brasil.....	52
4.3 Saúde Mental na Inglaterra/País de Gales.....	59
4.4 Serviços de Saúde Mental no Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	65
4.5 Sistemas Jurídicos.....	65
4.6 Legislação Atual de Saúde Mental relacionada às internações involuntárias no Brasil.....	66
4.7 Legislação Atual de Saúde Mental relacionada às internações involuntárias na Inglaterra/País de Gales.....	68
4.8 Análise das Legislações sobre Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	69

5. DISCUSSÃO.....	83
5.1 Direitos das pessoas com transtornos mentais na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	85
5.1.1 Definições e Determinações de transtorno mental.....	85
5.1.2 Princípios fundamentais.....	85
5.1.3 Direitos econômicos e sociais.....	88
5.2 Internação Involuntária na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales.....	89
5.2.1 Internação e tratamento involuntário.....	89
5.2.2 Situações de Emergência.....	92
5.2.3 Tratamentos especiais, isolamento e restrições.....	93
5.2.4 Mecanismos de fiscalização e revisão.....	95
5.2.5 Competência, capacidade, tutela e consentimento.....	97
5.3 Outras questões relevantes.....	99
5.3.1 Pacientes voluntários.....	99
5.3.2 Direitos dos familiares e outros atendentes.....	100
5.3.3 Pesquisa clínica e experimental.....	101
5.3.4 Grupos vulneráveis.....	102
5.3.5 Responsabilidade da polícia.....	103
5.3.6 Delitos e penalidades.....	104
5.4 Das semelhanças e diferenças nas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales sobre internação involuntária.....	105
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	113
ANEXO.....	122

Introdução

1. INTRODUÇÃO

As pessoas com transtornos mentais são consideradas um grupo vulnerável da sociedade pois enfrentam o estigma, discriminação e marginalização, o que resulta em uma maior probabilidade de que os seus direitos humanos sejam violados. Por causa do transtorno mental, podem ser submetidas a interferências indesejadas em suas vidas, tais como a internação involuntária em instituições psiquiátricas. A internação involuntária é uma medida controversa que pode levar a violação de vários direitos humanos. Nessa perspectiva, apesar desta medida poder ser essencial para a recuperação de muitas pessoas, especialmente aqueles com transtornos mentais graves, quando a doença os priva de sua capacidade de tomar decisões sobre sua saúde, faz-se necessária uma legislação para definir e limitar, as circunstâncias em que isso pode ocorrer (ERDMANE, 2010; LATIF; MALIK, 2012).

A formulação de leis e políticas de saúde mental constitui uma estratégia-chave para promover os direitos humanos. Políticas e leis bem formuladas podem promover o desenvolvimento de serviços acessíveis na comunidade, estimular campanhas de sensibilização e de educação, e estabelecer mecanismos legais e de supervisão para prevenir violações aos direitos humanos. É fundamental que as políticas e as leis sejam introduzidas em conformidade com as normas internacionais de direitos humanos, como a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e outros instrumentos. Isto requer o envolvimento ativo das pessoas com transtornos mentais no processo de decisão política.

Historicamente, o desenvolvimento de políticas e leis excluía as pessoas com transtornos mentais, o que fez com que suas necessidades não fossem adequadamente resolvidas (DREW et al., 2011).

Leis de saúde mental são usadas nos países desenvolvidos para abordar a questão de como uma pessoa com transtorno mental grave, suscetível a causar danos a si mesma e a outras pessoas, possa ser hospitalizada com seus direitos garantidos.

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as semelhanças e diferenças entre a legislação em saúde mental relacionadas à internação psiquiátrica involuntária no Brasil e Inglaterra/País de Gales.

Os objetivos específicos do estudo foram: compreender a evolução dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e Inglaterra/País de Gales, e identificar as diferenças e semelhanças entre a legislação infraconstitucional relativa à internação psiquiátrica no Brasil e Inglaterra/País de Gales.

O estudo se insere na linha de pesquisa “Promoção de Saúde Mental”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem.

Enfatiza-se que a análise comparada, muito utilizada nas ciências sociais, tem sido usada nas ciências da saúde por ser um método valioso de se repensar as concepções, os serviços e a prática, encontrando referências para a busca de novos caminhos.

Nesse sentido, a compreensão e comparação das normas do Brasil e Inglaterra/País de Gales sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais admitidas involuntariamente em instituições psiquiátricas é importante como parâmetro para a caracterização da evolução do direito à saúde mental nos dois países, além de poder atuar como referência para a busca de novos caminhos para a saúde mental no Brasil.

O estudo foi dividido em 7 capítulos.

O primeiro trata desta introdução que apresenta o trabalho, seus objetivos e justificativa. O segundo capítulo introduz a temática dos direitos humanos, saúde mental e internação involuntária. No terceiro capítulo são detalhados os procedimentos metodológicos. No quarto capítulo são descritos os resultados, seguidos pela discussão no capítulo cinco. Enfim, no sexto capítulo são apresentadas as considerações finais.

***Direitos Humanos, Saúde Mental e
Internação Involuntária***

2. DIREITOS HUMANOS, SAÚDE MENTAL E INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

2.1 Saúde Mental e a Internação Involuntária como meio de restrição de direitos

A Internação involuntária representa medida extrema, aceita somente quando necessária para proteger as pessoas com transtornos mentais de si mesmos e dos outros, além de proteger a sociedade. No entanto, continua a ser uma questão ética e legal controversa e complexa, uma vez que envolve a busca de equilíbrio entre os direitos dos pacientes e os das pessoas de forma geral (ZHANG et al., 2015). Nesse contexto, há vários instrumentos internacionais de direitos humanos que tratam sobre as circunstâncias excepcionais em que as pessoas com transtornos mentais podem ser involuntariamente internadas, dentre eles: Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950); Declaração do Havaí (1983); Declaração de Caracas (1990); Princípios das Nações Unidas para a proteção de pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991); Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (OMS, 2005) enfatiza que a legislação em saúde mental deve descrever as circunstâncias em que a internação involuntária é adequada, expondo detalhadamente procedimentos legais para que os direitos sejam protegidos.

De acordo com o Princípio 16 (1) e (3) das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM),

1. Uma pessoa pode (a) ser admitida involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental como paciente; ou (b) tendo sido já admitida voluntariamente como paciente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e somente se, um clínico de saúde mental qualificado autorizado por lei para esse fim determinar, conforme o Princípio 4, que a pessoa tem uma doença mental e

considerar:

- (a) Que, devido a essa doença mental, haja uma séria probabilidade de dano imediato ou iminente para essa pessoa ou para outras pessoas; ou
- (b) Que, no caso de uma pessoa cuja doença mental é grave e cujo juízo está prejudicado, é provável que o fracasso em admitir ou reter essa pessoa conduza a uma deterioração grave em sua condição ou evite a realização de tratamento apropriado que só pode ser realizado por admissão a um estabelecimento de saúde mental conforme o princípio da alternativa menos restritiva (ONU, 1991).

Segundo Gable e Gostin (2009), um dos mitos sobre o transtorno mental é o equívoco comum de que as pessoas com transtornos mentais geralmente representam uma ameaça para os outros. Estudos sobre esta questão demonstram que as pessoas com transtornos mentais não têm maior propensão a cometer atos violentos do que pessoas que não têm transtornos mentais. A variável-chave na previsão de periculosidade é a comorbidade com álcool e dependência de drogas. Além disso, os atos mais violentos são cometidos por pessoas que não têm transtorno mental. No entanto, a mídia muitas vezes dá atenção desproporcional aos casos raros, de pessoas com transtornos mentais que cometeram crime violento. Nesse contexto, um único incidente desta natureza pode alimentar a indignação pública e o estigma contra todas as pessoas com transtornos mentais, e, adicionalmente, motivar a aprovação de leis de saúde mental punitivas. As recentes alterações da legislação de saúde mental no Reino Unido refletem essa tendência. Em reação a um crime violento muito divulgado, o Parlamento aprovou o *Mental Health Act* de 2007, que abrange os estereótipos acima mencionados sobre periculosidade e aumenta os poderes do governo de confinamento preventivo em detrimento do tratamento e dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Tais abordagens ameaçam restringir e até mesmo extinguir o direito à saúde mental por meio da adoção de medidas punitivas e que não estejam centradas no tratamento (GABLE; GOSTIN, 2009).

Embora permitida pelos instrumentos internacionais que estabelecem diretrizes sobre o tratamento a pessoas com transtornos mentais, a internação involuntária representa uma interferência extremamente grave na medida em que invade o direito à liberdade e segurança, o direito de escolha, bem como o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade, o direito de ser tratado e cuidado, também, na medida do possível, na comunidade, e traz o risco de abuso por razões políticas, sociais e outras (OMS, 2005; HUNT; MESQUITA, 2006).

A seguir alguns destes direitos com alta possibilidade de serem violados em virtude da internação involuntária são destacados e discutidos.

2.1.1 Direito à Liberdade

O direito à liberdade e à segurança da pessoa está previsto no artigo 9º da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU)_ e foi reafirmado no artigo 14 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) que dispõe:

1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:
 - a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
 - b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade (ONU, 2006).

Segundo Silva (2005), liberdade da pessoa física “é a possibilidade jurídica que se reconhece a todas as pessoas de serem senhoras de sua própria vontade e de locomoverem-se desembaraçadamente dentro do território nacional” .

Para Castilho, “contemporaneamente, entende-se liberdade como pressuposto básico de toda ação eticamente responsável. Em contrapartida, são más para a pessoa e para o grupo todas as ações que resultam em limitação ou restrição a essa liberdade” (2013, p. 249). Ainda, segundo o mesmo autor, relatividade é uma expressão inteiramente embutida em qualquer análise que se faça sobre liberdade (CASTILHO, 2013).

Nesse sentido, a liberdade não é um direito absoluto e, portanto, a liberdade de uma pessoa pode ser privada em conformidade com os procedimentos estabelecidos por lei (ERDMANE, 2010). Assim, no caso da internação involuntária, o direito à liberdade da pessoa pode ser restringido tendo em vista a prevalência de outros direitos, como o direito à saúde mental.

No entanto, nem sempre a privação desse direito garante que o direito à saúde seja garantido, já que, em alguns casos, a saúde do paciente acaba por se deteriorar ainda mais, pois muitas vezes quando um paciente é internado, ele é despersonalizado e a perda da liberdade e da autonomia faz com que deixe de ser visto pelos outros e por si mesmo como um ser humano com direitos e desejos que devem ser respeitados.

Em decorrência da hospitalização emergem sentimentos de vulnerabilidade, isolamento e impotência. Estudos demonstram que os pacientes se sentem encarcerados, presos, desumanizados, estigmatizados e tratados de forma punitiva, expressando sentimentos de tédio, alienação e solidão (ALEXANDER, 2006). Além disso, uma decisão por um tratamento específico pode ser contrária aos valores sociais, médicos, políticos ou religiosos profundamente arraigados de uma pessoa com transtorno mental.

Dessa forma, o tratamento forçado pode violar o sentido que um indivíduo possui de controle sobre sua vida, saúde e corpo. Quando são impostas decisões sobre cuidados de saúde, tratamento ou serviços à uma pessoa, esta pode estar sendo privada de uma sensação de que é respeitada pelas autoridades públicas médicas. Após ser submetida a tratamento involuntário em um serviço de saúde mental, a pessoa pode nunca mais se sentir segura ou confiar nos serviços de saúde. Embora possa ser difícil quantificar os sentimentos subjetivos de humilhação e degradação causados pelo tratamento coercivo, não há dúvida de que esses sentimentos podem ser muito intensos (ROSENTHAL; SUNDRAM, 2001).

A privação do direito à liberdade leva a privação de todos os outros direitos, destacando-se a preservação máxima da capacidade civil, o direito de ser tratado em ambiente menos restritivo possível; direito de viver e ser incluído na comunidade; o direito à privacidade e à integridade.

2.1.2 Preservação máxima da capacidade civil

A preservação máxima da capacidade civil diz respeito à ligação entre a internação em hospital psiquiátrico (involuntária ou voluntária) e a incapacidade legal. Nas primeiras recomendações do Comitê dos Ministros do Conselho da

Europa, considerando questões de saúde mental, os Estados foram convidados a modificar as regras de capacidade civil aplicadas às pessoas com transtornos mentais, a fim de garantir que qualquer hospitalização não necessariamente resulte em uma determinação automática de incapacidade legal (ERDMANE, 2010).

A exposição de motivos da recomendação do Conselho da Europa sobre os princípios relativos à proteção jurídica dos adultos incapazes expressa a opinião que não existe qualquer necessidade de remoção completa da capacidade jurídica da pessoa no caso de determinados direitos (por exemplo, o direito de voto, ou o direito de consentir ou recusar qualquer tratamento médico) (ERDMANE, 2010).

O mito da incompetência baseia-se na falsa suposição de que as pessoas com transtorno mental não pode tomar decisões ou dar consentimento. Na realidade, os transtornos mentais variam consideravelmente, assim como a capacidade da pessoas com estes transtornos. Enquanto algumas pessoas com transtorno mental não têm competência, outros têm competência plena ou incapacidade meramente limitada. Outrossim, as políticas presumem competência automática ou perpétua para pessoas com transtorno mental, ou deixam de avaliar separadamente a competência de uma pessoa no que diz respeito a decisões ou funções específicas que podem violar os direitos humanos (GABLE; GOSTIN, 2009).

O artigo 12 (1) da CDPD afirma que "as pessoas com deficiência têm o direito de serem reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei" e o artigo 12 (2) determina que os "Estados reconhecerão que as pessoas com deficiência têm capacidade legal, em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida" (ONU, 2006).

Pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com transtorno mental, se queixam que sua capacidade jurídica é frequentemente negada por razões equivocadas ou falaciosas, ou porque uma deficiência é automaticamente igualada com incompetência e incapacidade (WELLER, 2011). Nessa perspectiva, o artigo 12 (3) da CDPD exige que os Estados "tomem as medidas apropriadas para promover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitem no exercício de sua capacidade legal" (ONU, 2006).

As pessoas com transtorno mental relatam que sua capacidade se perde a medida que procuram recusar tratamento médico, ou expressar uma preferência por um tratamento médico alternativo, muitas vezes com a justificativa de que não têm compreensão sobre sua doença e os benefícios do tratamento. A circularidade do

raciocínio associado com determinações de capacidade em saúde mental é incentivada em países onde as legislações de saúde mental repousam sobre decisões de tratamento com o critério do médico. Nesses países, a menos que o clínico aceite a legitimidade da recusa de uma pessoa ao tratamento, o exercício legítimo da capacidade jurídica da pessoa pode ser substituído. Como demonstrado em diversas pesquisas em saúde, as preferências de tratamento de uma pessoa são mais propensas a serem respeitadas, quando há uma comunicação ideal entre a pessoa e o clínico (WELLER, 2011).

Desse modo, quando uma pessoa é incapaz de tomar decisões por si, incluindo as decisões médicas, o artigo 12 (4), estabelece que

Os Estados Parte 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 (ONU, 2006).

2.1.3 Direito de ser tratado em ambiente menos restritivo possível

Toda pessoa com transtorno mental “tem direito de ser tratada em ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou invasivo apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física das outras pessoas” (ONU, 1991).

O princípio de que o tratamento deve ser o menos restritivo objetiva proteger contra práticas como restrições físicas ou isolamento involuntário. Tais práticas devem ser usadas “somente quando são o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos outros”. O Princípio 11 (11) (Princípios ASM) contém uma série de salvaguardas processuais contra o abuso:

A restrição física ou isolamento involuntário não deverá prolongar para além do período estritamente necessário para esse propósito. Em todos os casos de restrição física ou isolamento voluntário, as razões para os mesmos e seu caráter e extensão serão registrados no prontuário médico do paciente. O paciente restringido ou isolado deverá ser mantido sob condições humanitárias e sob os cuidados e estreita e regular supervisão de membros qualificados do quadro pessoal. Um representante pessoal, se houver e caso seja relevante, deverá receber pronta notificação de qualquer restrição física ou isolamento involuntário imposto ao paciente (ONU, 1991).

Os Princípios ASM permitem a internação involuntária para prevenir contra a grave deterioração no estado de saúde de uma pessoa. No entanto, o tratamento involuntário para esse fim só pode ser justificado se os demais tratamentos forem ineficazes. Assim, se uma pessoa pode receber tratamento adequado na comunidade, a internação involuntária não pode ser justificada.

2.1.4 Direito de viver e ser incluído na comunidade

O cuidado integrado à comunidade visa fornecer às pessoas com transtorno mental tratamento eficaz em um ambiente dentro da comunidade e para maximizar as oportunidades de integração social (GABLE; GOSTIN, 2009).

A importância do tratamento baseado na comunidade tem sido enfatizada em todos os padrões modernos em matéria de transtornos mentais, com base no movimento de inclusão dos serviços de saúde mental como parte de cuidados de saúde primários. A Declaração de Caracas, adotada em 1990, por exemplo, tem como tema central modelos de serviços baseados na comunidade integrados em redes sociais e de saúde (OMS, 1990). Um dos objetivos da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, adotada em 1999, é promover a plena integração das pessoas com deficiência na sociedade (OEA, 1999). Os Princípios ASM referem explicitamente sobre "o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade"; "o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade"; e "o direito de devolver à comunidade o mais rápido possível", onde o tratamento e cuidados é indisponível. A OMS também recomenda que os serviços de saúde mental, incluindo serviços de apoio, sejam baseados na

comunidade e integrados, tanto quanto possível, em serviços gerais de saúde, incluindo cuidados de saúde primários, de acordo com o princípio vital do ambiente menos restritivo (HUNT; MESQUITA, 2006).

2.1.5 Direito à Privacidade

Dentre as violações mais comuns aos direitos humanos de pessoas admitidas em hospitais psiquiátricos enfatiza-se o direito à privacidade. As pessoas podem ser forçadas a viver durante anos em dormitórios de enfermarias, onde nunca são capazes de ter um momento de solidão, sem um lugar seguro para colocar seus pertences pessoais ou suas roupas, e nenhuma privacidade para tomar banho ou ir ao banheiro. Mesmo quando possuem um quarto individual ou duplo, os funcionários ou outros pacientes podem violar seu espaço pessoal. Encontros íntimos com amigos, família, ou mesmo cônjuges podem ser restritos. A comunicação com a família ou amigos é frequentemente monitorada e suas cartas abertas (ROSENTHAL; SUNDRAM, 2001).

O Princípio 13 (1) dos Princípios ASM protege o direito à privacidade, liberdade de comunicação e visitas privadas (ONU, 1991). A privacidade também é protegida como direito nos termos do artigo 12 da Declaração de Direitos Humanos da ONU e no artigo 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP), artigo 8º da Convenção Européia sobre Direitos Humanos (CEDH), e artigo 22 da CDPD, que prevê que

Nenhuma pessoa com deficiência, qualquer que seja seu local de residência ou tipo de moradia, estará sujeita à interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, correspondência ou outros tipos de comunicação, nem a ataques ilícitos à sua honra e reputação. As pessoas com deficiência têm direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques (ONU, 2006).

A literatura geralmente distingue entre dois tipos de privacidade, a privacidade de informação e de decisão. A privacidade informacional diz respeito ao

controle sobre o acesso e uso de informações sobre outras pessoas. A privacidade decisional se relaciona à liberdade de tomar decisões fundamentais sobre a vida e relações íntimas sem interferência do Estado. Ambos os tipos de privacidade são essenciais para o bem-estar mental, porque fornecem condições em que a intimidade e individualidade podem florescer (SIEGEL, 2008).

Existem importantes conexões entre a privacidade informacional e saúde mental. A obra de Erving Goffman (2015) sobre as instituições totais revela que a experiência de privação completa de privacidade que os prisioneiros e pessoas com transtornos mentais sofrem viola os limites da pessoa e ameaça sua integridade física e mental (SIEGEL, 2008).

Atividades de vigilância podem ser destrutivas mesmo quando aqueles que estão sujeitos à observação conseguem evitar a exposição de informações íntimas sobre si mesmos. Estar sujeito à observação afeta as circunstâncias em que as pessoas agem e pode alterar o caráter de seus atos e a manutenção de relações sociais importantes. Relacionamentos exigem que as pessoas compartilhem alguns detalhes íntimos sobre suas vidas e o problema é que aqueles que temem estarem sendo observados por terceiros, geralmente se sentem inibidos para falar de sua vida pessoal. Outra preocupação é que as pessoas que acreditam estarem sendo observadas estarão mais inclinadas a agir em conformidade com as normas sociais. A tendência das pessoas que têm sua privacidade restringida para estar em conformidade com as expectativas da sociedade é aquela que, de acordo com Sidney Jourard, pode dar origem a doenças mentais. Este autor argumenta que a adesão rígida às normas sociais pode levar à inibição, repressão, alienação e possível colapso mental (SIEGEL, 2008).

Quanto à privacidade decisional, o direito de uma pessoa à saúde mental claramente pode ser prejudicado quando lhe negam a capacidade de tomar decisões relacionadas a sua saúde (GABLE; GOSTIN, 2009).

O artigo 12(3) da CDPD reconhece que a tomada de decisão é um processo de comunicação e que a capacidade de decisão é um atributo humano variável. A grande maioria das pessoas, quer tenham ou não um transtorno mental, são mais ou menos capazes de raciocinar e entender o conteúdo e as consequências de um curso de ação, dependendo da quantidade de informação que recebem, de que forma a informação é recebida, do contexto em que a informação é recebida, quanto tempo é fornecido para processar a informação, e as oportunidades existentes para

discutir as informações com pessoas de confiança. Isso é especialmente verdade em relação à informação em saúde. Na área da saúde mental, a complexidade dos processos de comunicação pode ser sobrecarregada com os efeitos colaterais da medicação e outros tratamentos e a natureza cíclica ou instável da condição (WELLER, 2011).

Para o desenvolvimento de uma cultura de tomada de decisão em saúde mental é necessária a implementação de uma série de estratégias, incluindo o desenvolvimento de programas de treinamento e orientações práticas para garantir que as pessoas com deficiência, médicos e pessoal de apoio cumpram seus respectivos papéis no processo de comunicação (WELLER, 2011).

2.1.6 Direito à Integridade física e mental

O artigo 17 da CDPD protege o "direito ao respeito à integridade física e mental em condições de igualdade com os outros" (ONU, 2006). O artigo chama a atenção para uma série de práticas implementadas em tratamento psiquiátrico que comprometem a integridade física e mental da pessoa.

Algumas dessas práticas foram identificadas pelo Relator Especial das Nações Unidas sobre a Tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos e degradantes: más condições de confinamento; o uso de restrições, incluindo medicação como forma de contenção química; medicamentos administrados como punição ou restrição; uso de reclusão e isolamento; a violência, incluindo a violência sexual; experimentação ou tratamento experimental sem o consentimento; tratamentos forçados que se destinam a corrigir e aliviar deficiências específicas; tratamento invasivo ou irreversível, como a lobotomia e psicocirurgia; abortos forçados ou esterilização sem consentimento livre e esclarecido; eletroconvulsoterapia sem o consentimento livre e esclarecido. Nessa perspectiva, o consentimento informado deve incluir informações sobre os efeitos secundários e os riscos relacionados aos procedimentos, tais como complicações cardíacas, confusão, perda da memória e até mesmo a morte; intervenções psiquiátricas forçadas que equivalem a repressão política ou social; administração não-consensual e forçada de drogas psiquiátricas, em particular de neurolépticos para o tratamento de uma condição mental, especialmente na presença de efeitos colaterais debilitantes e extremos (WELLER, 2011).

2.2 Direito à Saúde

A restrição dos direitos acima mencionados por meio da internação involuntária se justifica para que se promova a saúde mental do indivíduo garantindo, dessa forma, seu direito humano à saúde.

No preâmbulo da Constituição da OMS, os Estados membros declararam que, em conformidade com a Carta da ONU, os princípios a seguir são básicos para a felicidade dos povos, suas relações harmoniosas e sua segurança: a) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade; b) gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social; c) a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados; d) os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos; e) o desigual desenvolvimento em diferentes países no que diz respeito à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum; f) o desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; e a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento; g) a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde; h) opinião pública esclarecida e cooperação ativa por parte da população são de importância capital para o melhoramento da saúde dos povos; i) os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (ONU, 1946).

Nesse cenário, Dallari e Serrano Júnior (2010) afirmam que a OMS

ao associar o conceito de saúde ao bem-estar social e psíquico, exprime a ideia do ser humano em relação ao seu meio e enaltece a saúde como um bem jurídico não só individual, mas também coletivo e, nessa medida, de desenvolvimento, acenando para a necessidade da preservação presente e futura, tanto do indivíduo – tomado isoladamente – como da humanidade (p. 10).

Assim, o direito à saúde não engloba apenas o direito a ser saudável, mas representa o direito a serviços, bens e condições que são favoráveis à realização do mais alto nível possível de saúde física e mental (HUNT; MESQUITA, 2006).

Em 2001, o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais emitiu a Recomendação Geral nº 14 que trata do direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Seu objetivo é auxiliar os Estados que se vincularam ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais na aplicação do seu artigo 12, que prevê: *Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental* (OLIVEIRA, 2010). A Recomendação Geral adota uma ampla interpretação normativa do direito à saúde trazendo um exame de seu alcance e significado. Assim, o direito ao mais alto nível de saúde possível abrange a saúde pública, cuidados de saúde e os determinantes subjacentes necessários para uma vida saudável, incluindo acesso à água potável, condições sanitárias, habitação adequada e segura, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e informação em saúde. O conteúdo do direito à saúde também abrange além dos direitos, determinadas liberdades. As liberdades são proteções essencialmente inseridas no contexto dos direitos civis e políticos: o direito de ter controle sobre a própria saúde e corpo, o direito à liberdade sexual e reprodutiva, e livre de interferência, que inclui o direito de estar livre de tortura e participação de experimentos médicos sem consentimento (HUNT; MESQUITA, 2006; GABLE; GOSTIN, 2009; OLIVEIRA, 2010).

O direito à saúde, tal como estabelecido nos instrumentos internacionais de direitos humanos, necessariamente e claramente abarca tanto a saúde física e mental. Assim como é difícil lidar com o direito à saúde, sem contemplar outros direitos humanos relacionados, a saúde mental e a saúde física não podem ser consideradas separadamente no contexto dos direitos humanos - um nível mínimo de saúde física e mental é necessário para garantir a capacidade de desfrutar e se beneficiar de outros direitos humanos. Assim, os esforços para reconhecer e defender o direito humano à saúde devem incorporar estratégias para proteger, respeitar e atingir a saúde mental, bem como a saúde física. Estabelecer ações afirmativas de defesa do direito à saúde mental pode avançar fundamentalmente a dignidade e o bem-estar de pessoas com transtornos mentais, e, ao mesmo tempo,

contribuir para o reconhecimento e desenvolvimento do direito à saúde em geral (GABLE; GOSTIN, 2009).

O direito fundamental à atenção à saúde mental é destacado em diversos acordos e normas internacionais (Quadro 1), especialmente os Princípios ASM (1991); Regras Gerais sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993); Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

Os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) foram adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1991, e contêm normas de direitos humanos mínimos relativos à saúde mental, que são aplicáveis às pessoas com transtornos mentais. Os Princípios ASM incluem compromissos abrangentes relacionados aos: padrões de cuidados e tratamento, incluindo o direito ao meio ambiente menos restritivo; o direito à medicação; consentimento para o tratamento; o tratamento dos menores e os criminosos; a revisão das internações involuntárias; acesso a informação; reclamações, monitoramento e remédios (HUNT; MESQUITA, 2006).

As Regras Gerais sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (Regras Gerais) adotadas pela Assembleia Geral da ONU em 1993, contêm uma ampla gama de compromissos para assegurar a igualdade de oportunidades disponíveis às pessoas com deficiência em todos os campos. As normas estabelecem princípios sobre a responsabilidade, ação e cooperação no que diz respeito à: saúde, reabilitação, serviços de apoio, sensibilização, educação, emprego, vida familiar, elaboração de políticas e legislação. Significativamente, enfatizam o direito das pessoas com deficiência à participação, bem como o importante papel desempenhado pelas organizações representativas das pessoas com deficiência (UN, 1993).

Em outubro de 2004, representantes do Estado, organizações internacionais e da sociedade civil, incluindo as pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, adotaram a Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual (Declaração de Montreal) em uma conferência internacional organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS. Em resumo, a Declaração de Montreal reconhece os direitos humanos das pessoas com deficiência intelectual, incluindo o

direito à saúde, e as interconexões entre este e outros direitos (HUNT; MESQUITA, 2006).

A CDPD também afirma o direito ao mais alto nível possível de saúde, acesso a serviços de habilitação e reabilitação e inclusão na comunidade para pessoas com deficiências físicas e mentais. A CDPD articula detalhes do direito à saúde, incluindo a garantia de acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde sem discriminação, promoção de ações de intervenção e identificação precoce para minimizar e prevenir outras deficiências, e facilitar os serviços de saúde de base comunitária. Além disso, a Convenção exige a participação substantiva das pessoas com deficiência na aplicação dos direitos enumerados (GABLE; GOSTIN, 2009).

Muitas disposições contidas nos Princípios ASM, as Regras Gerais, a Declaração de Montreal, e outros compromissos relacionados com transtornos mentais têm ligações profundas ao direito à saúde.

Além desses instrumentos, os Sistemas Regionais de Proteção dos Direitos Humanos também oferecem uma oportunidade substancial para proteção adicional aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. Dessa forma, a jurisprudência coletiva dos sistemas regionais estabeleceu proteções significativas para as pessoas com transtornos mentais e as instituições regionais têm frequentemente produzido interpretações inovadoras de como os governos devem aplicar os direitos humanos para a saúde mental. Além disso, as cortes regionais têm mostrado uma tendência a adotar precedentes de instrumentos internacionais, como os Princípios ASM, e da jurisprudência de outros sistemas regionais (GOSTIN; GABLE; LANCE, 2004; HUNT; MESQUITA, 2006).

As definições amplas e ambiciosas do direito à saúde inseridas na Recomendação Geral nº 14 e na CDPD, assim como o desenvolvimento de jurisprudência sobre o direito à saúde, estabeleceram precedentes que, se seguidos, poderão beneficiar consideravelmente a vida das pessoas com transtornos mentais. Em suma, pessoas com transtornos mentais e seus defensores podem utilizar esses padrões para exigir que os governos cumpram as suas obrigações relacionadas com o direito à saúde mental, incluindo a prestação de serviços baseados na comunidade e a instalação de serviços de tratamento e reabilitação. O amplo direito à saúde exigiria dos governos assegurar que os serviços de saúde mental sejam disponíveis,

acessíveis, aceitáveis e de qualidade adequada, em conformidade com as normas estabelecidas na Recomendação Geral nº 14 (GABLE; GOSTIN, 2009).

O Quadro 1 sintetiza os direitos e os artigos relacionados a estes conteúdos inseridos nos documentos internacionais de direitos humanos analisados.

Quadro 1. Disposições no contexto de instrumentos de Direito Internacional relacionados aos direitos humanos

Direito	Disposições no contexto de instrumentos de Direito Internacional relacionados aos direitos humanos
Liberdade	<ul style="list-style-type: none"> • Declaração Universal dos Direitos do Homem (Art. 3º e 9º); • Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (Art. 9º); • Convenção Europeia de Direitos Humanos (Art. 5º); • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 14).
Preservação máxima da capacidade civil	<ul style="list-style-type: none"> • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 12).
Direito de ser tratado em ambiente menos restritivo possível	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) (Princípio 9º); • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 19).
Direito de viver e ser incluído na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 19); • Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (Art. 2º); • Declaração de Caracas (3); • Princípios ASM (Princípio 3º).
Privacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Declaração Universal dos Direitos Humanos (Art. 12); • Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (Art. 17); • Princípios ASM (Princípio 13 'b'); • Convenção Europeia de Direitos Humanos (Art. 8º); • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 22).
Integridade física e mental	<ul style="list-style-type: none"> • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Art. 17).
Direito à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição da OMS (Preâmbulo); • Declaração Universal dos Direitos Humanos (Art. 25); • Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Art. 12); • Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial de 1965 (Art. 5(e)(iv)); • Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres de 1979 (arts. 11.1(f) e 12); • Convenção sobre os Direitos da Criança de 1990 (Art. 24); • Princípios ASM (Princípio 1); • Carta Social Europeia de 1996 (art. 11 e 15); • Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988 (art. 10); • Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981 (art. 16).

Direito à Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Carta Social Europeia de 1961 (Art. 15); • Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); • Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Art. 12); • Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais; • Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978); • Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres (1979); • Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos e degradantes (Art. 16); • Convenção Européia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos ou degradantes (1987); • Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); • Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos de 1988 (Arts. 4, 5 e 16); • Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (Arts. 23, 25, 27 e 32); • Regras Padrão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com deficiências; • Declaração de Caracas (1990); • Princípios ASM (Princípio 1); • Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994); • Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); • Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); • Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências (1999); • Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001); • Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).
-------------------------------	---

2.3 Vulnerabilidade e Transtorno Mental

As pessoas com transtornos mentais atendem aos principais critérios de vulnerabilidade, uma vez que sofrem com o estigma e discriminação diariamente, e estão sujeitas a altas taxas de violência física e sexual. Frequentemente, encontram restrições no exercício dos seus direitos políticos e civis, e em sua capacidade de participar nos assuntos públicos. Também são limitadas em sua capacidade de acesso a serviços essenciais de saúde e assistência social, incluindo os serviços de

socorro e emergência. A maioria das pessoas com transtorno mental enfrentam barreiras ao tentar frequentar a escola e encontrar emprego. Como resultado de todos esses fatores, são muito mais propensas a experimentar incapacidade e morte prematura, em comparação com a população em geral (WHO, 2010; FUNK; DREW; KNAPP, 2012).

Nesse sentido, a OMS publicou o Relatório sobre Saúde Mental e Desenvolvimento, que com base em evidências extraídas de uma ampla revisão de literatura e estudos científicos, bem como das Nações Unidas, agências de desenvolvimento, fontes de dados governamentais e não-governamentais, reforça as pessoas com transtornos mentais como grupo vulnerável que merece atenção nas políticas de desenvolvimento (WHO, 2010).

O Relatório identifica que pessoas que vivem em instituições de saúde mental são expostas à violência e abuso por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento e cuidado. Outras formas de abuso também são comuns, incluindo as condições de vida anti-higiênicas e desumanas, e práticas de tratamento prejudiciais e degradantes (WHO, 2010). Estudos na Austrália, Brasil, Canadá, Croácia, Inglaterra, Malásia, Espanha e Turquia revelaram que pessoas com transtornos mentais enfrentam situações de profundo preconceito e discriminação entre os profissionais de saúde e profissionais de saúde mental (WHO, 2010).

Um relatório da *Mind*, associação de pacientes e familiares da Inglaterra/País de Gales, indicou que 71% dos entrevistados relataram terem sido vítimas de alguma violência nos últimos anos devido a ter problemas de saúde mental. Formas comumente relatadas de violência foram o bullying (41%), roubo (34%), o assédio sexual (27%), agressão física (22%) e agressão sexual (10%). Os dados demonstraram que aproximadamente 36% das pessoas que sofrem alguma violência não as comunica às autoridades, principalmente por não acreditarem nelas. Ainda, 60% dos entrevistados que fizeram denúncias sentiram que as autoridades não as levaram a sério (WHO, 2010).

Pessoas com transtornos mentais também são mais propensas a não receberem tratamento para condições de saúde física. Por exemplo, pessoas com esquizofrenia são 40% menos propensas a serem hospitalizadas por doenças isquêmicas do coração, em comparação com pessoas sem condições de saúde mental que sofrem do mesmo problema cardíaco (WHO, 2010). Relatos de casos

indicam que, em muitos países de baixa e média renda, as pessoas em hospitais psiquiátricos não têm acesso a cuidados básicos de saúde, incluindo exames gerais de saúde, atendimento odontológico, vacinas, medicamentos e tratamentos para cortes e escaras (WHO, 2010; FUNK; DREW; KNAPP, 2012).

A falta de acesso à habitação e outros serviços sociais também representa um sério problema: inúmeros estudos documentaram uma alta prevalência de transtornos mentais em pessoas desabrigadas (FUNK; DREW; KNAPP, 2012).

Apesar da educação ser reconhecida como um direito humano fundamental e um componente essencial ao desenvolvimento humano e econômico, a maioria das pessoas com transtornos mentais enfrentam barreiras no acesso à educação. A exclusão de crianças com problemas de saúde mental é discriminatória e leva ao aumento da marginalização desse grupo já vulnerável (FUNK; DREW; KNAPP, 2012). Em muitos países, as pessoas com transtorno mental ou deficiência intelectual são institucionalizadas em instalações que não oferecem oportunidades educacionais. Aqueles que são capazes de frequentar a escola ou universidade muitas vezes experimentam discriminação e rejeição por parte de seus pares (WHO, 2010).

Na Inglaterra/País de Gales, uma pesquisa realizada pela *National Autistic Society* descobriu que uma em cada cinco crianças com autismo e uma em cada quatro crianças com síndrome de Asperger foram excluídas da escola em algum momento. Dentre essas crianças, 16% foram excluídas tantas vezes que seus pais perderam a conta, e 24% foram excluídas permanentemente. As principais razões citadas foram a falta de conhecimento e a falta de locais apropriados (WHO, 2010).

Nesse contexto, dentre todas as formas de deficiência, os transtornos mentais estão associados com as maiores taxas de desemprego, normalmente entre 70% e 90%. Grandes disparidades nas taxas de desemprego existem entre as pessoas com transtornos mentais, pessoas com deficiências físicas, e a população em geral. Pesquisas mostram que a grande maioria das pessoas com transtornos mentais gostariam de ter um emprego, mas o estigma, a discriminação e a falta de experiência profissional os impedem (FUNK; DREW; KNAPP, 2012). Taxas de discriminação entre as pessoas com esquizofrenia que procuram emprego são elevadas e consistentes entre os países de diferentes níveis de renda. Vários estudos indicaram a relutância dos empregadores em contratar pessoas com transtornos mentais (WHO, 2010).

Devido à falta de acesso ao emprego e outras oportunidades de geração de renda, as pessoas com problemas de saúde mental estão em risco elevado de pobreza (WHO, 2010; DREW et al., 2011). No Brasil, Chile, Índia e Zimbábue, pesquisas nacionais têm mostrado que problemas mentais são duas vezes mais frequentes entre os grupos de baixa renda em comparação com o de alta renda (WHO, 2010). Também no Brasil, as crianças que vivem em extrema pobreza têm sido consideradas cinco vezes mais propensas a terem problemas de saúde mental do que as crianças de classe média (FLEITLICH; GOODMAN, 2001).

A explicação causal mais amplamente aceita para as taxas mais elevadas de transtorno mental entre as classes mais baixas é maior estresse. Níveis mais elevados de estresse são fortemente correlacionados com maior risco de transtorno mental e saúde mais fragilizada de forma geral. Ainda, posição inferior na hierarquia socioeconômica pode resultar em estresse elevado por causa das condições de dificuldades materiais como privação financeira, fome, e assim por diante. Estudos recentes sugerem que a saúde de um indivíduo é afetada pelo nível de desigualdade de renda da sociedade, e não apenas por seu próprio nível de renda (SIEGEL, 2008).

Richard Wilkinson argumenta que a desigualdade de renda desempenha um papel significativo nos resultados da saúde, porque a pobreza relativa é associada com baixo status social; e o baixo status social aumenta a ansiedade e estresse (WILKINSON, 1996).

Quando a realidade diária das pessoas que vivem na pobreza nega-lhes bases sociais importantes de auto-respeito, e as pessoas sentem a degradação da sua identidade, a preservação da integridade do eu se torna uma luta constante. Dessa forma, é de se esperar, que, sob tais condições, muitos sofrerão ansiedade crônica, hostilidade, estresse e depressão (SIEGEL, 2008).

Existe uma interação complexa entre a desigualdade, autonomia e saúde mental. Condições de desigualdade contribuem para o aparecimento de traços de personalidade - como desânimo, sentimentos de desesperança, pensamentos suicidas, ansiedade ou problemas de concentração e de tomar decisões - entre as classes mais baixas que prejudicam sua autonomia. Estas características aumentam as desigualdades, reduzindo as chances de sucesso econômico para as classes mais baixas. As desigualdades também criam maiores tensões para as classes mais baixas, e estas tensões contribuem para taxas mais elevadas de transtorno mental

em comunidades pobres. O transtorno mental resulta em uma maior erosão da autonomia, em alguns casos, minando as condições de personalidade moral e política (SIEGEL, 2008).

Pessoas com transtornos mentais também possuem mais chance que a população em geral de morrer prematuramente. Revisões sistemáticas de estudos realizados em diversos países demonstraram que as pessoas com esquizofrenia e depressão têm um elevado risco de morte prematura, que é de 1,6 e 1,4 vezes maior, respectivamente, do que o esperado para população em geral (FUNK; DREW; KNAPP, 2012). Estudo realizado no Reino Unido revelou que as pessoas com doenças graves de saúde mental morrem, em média, 10 anos mais jovem do que a população em geral (DISABILITY RIGHTS COMMISSION, 2006).

A coexistência de problemas de saúde mental com outras características de vulnerabilidade, muitas vezes torna as pessoas com transtornos mentais especialmente vulneráveis a abusos e, conseqüentemente, menos capazes de defender seus direitos humanos. Transtornos mentais ocorrem mais frequentemente em populações pobres, e muitas vezes afetam desproporcionalmente mulheres, crianças e outros grupos sem poder (GABLE; GOSTIN, 2009).

A adoção da CDPD em 2006 foi um grande passo na melhoria da vida das pessoas com transtornos mentais, marcando uma mudança de paradigma em que as pessoas com transtornos mentais deixam de ser vistas como objetos de caridade, passando a ser titulares de direitos humanos com capacidade de autodeterminação. Como já mencionado, a CDPD fornece um quadro jurídico abrangente para acabar com a discriminação sofrida diariamente pelas pessoas com transtornos mentais.

Além da adoção da CDPD, outras medidas podem ser tomadas, como catalisar a reforma dos direitos humanos por meio da promoção do desenvolvimento e implementação de leis e políticas que tratam de forma abrangente da saúde mental e direitos humanos. Quando bem formuladas, estas políticas e leis podem incentivar o desenvolvimento de serviços de boa qualidade baseados na comunidade. Também podem prevenir as violações e promover os direitos humanos nas instituições, e, finalmente, capacitar as pessoas com transtornos mentais a fazerem escolhas sobre as suas vidas e participarem plenamente na comunidade (WHO, 2010; DREW et al., 2011).

Os governos podem também ser encorajados a estabelecer mecanismos independentes, como comissões de visita, para monitorar as condições em estabelecimentos de saúde mental. Esses comitês desempenham um papel crítico em muitos países desenvolvidos, garantindo que as condições sejam aceitáveis, os moradores estejam recebendo os cuidados adequados, e os direitos humanos sejam respeitados (WHO, 2005; WHO, 2010). O Relatório da OMS sobre Saúde Mental e Desenvolvimento menciona exemplo de atuação desses comitês na Inglaterra, em 2005, quando a Comissão de Saúde e a Comissão de Inspeção Social investigaram em conjunto a *Cornwall Partnership National Health Service Trust* da Inglaterra, Reino Unido, devido a relatos de violações dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais que viviam em instalações residenciais do estabelecimento. A equipe de investigação encontrou evidências de violações graves à dignidade das pessoas internadas por parte da equipe e o relatório final em 2006 recebeu ampla atenção da mídia, e levou à suspensão ou demissão de alguns membros da equipe e o eventual fechamento do hospital (WHO, 2010).

Dentre os diferentes agentes de desenvolvimento, os governos possuem o papel mais importante a desempenhar na criação de ambientes favoráveis, redução do estigma e discriminação, promoção dos direitos humanos, e melhoria da qualidade e quantidade de serviços (educação, saúde, serviços sociais e redução da pobreza). A falta de cuidados de saúde é apenas um aspecto do problema - muitas outras barreiras na sociedade afetam a capacidade das pessoas com transtornos mentais em obter a garantia de seus direitos. Para promover a autonomia e saúde mental é necessário apoiar as políticas que reduzem as desigualdades (WHO, 2010).

Enquanto muitos elementos do direito à saúde física e mental estão sujeitos à realização progressiva e disponibilidade de recursos, há muita coisa que os países podem fazer, mesmo com recursos muito limitados, para a realização do direito humano à saúde mental, como: incluir o reconhecimento, cuidado e tratamento (se necessário) de transtornos mentais em programas de formação de todo o pessoal de saúde; promover campanhas públicas contra o estigma e a discriminação das pessoas com transtorno mental; apoiar a formação de grupos da sociedade civil, que sejam representativos dos usuários de saúde mental e suas famílias; formular políticas e programas modernos sobre transtorno mental; reduzir o tamanho de hospitais psiquiátricos e, na medida do possível, estender o cuidado na comunidade;

procurar assistência e cooperação de doadores e organizações internacionais que beneficiem pessoas com transtorno mental; dentre outras ações (HUNT; MESQUITA, 2006).

2.4 Instituições acadêmicas e o estudo da legislação em saúde mental

É possível concluir, diante do que foi apresentado, que o desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais é um tema de abordagem complexa, e que os problemas enfrentados são semelhantes nos diversos países.

As instituições acadêmicas e de pesquisa, bem como os governos, são agentes externos de desenvolvimento com papéis importantes a serem desenvolvidos. Nessa perspectiva, as instituições acadêmicas e de pesquisa podem contribuir para a melhora dos resultados do desenvolvimento através da geração de conhecimento por meio de pesquisas relevantes. Dentre os tópicos de pesquisa de alta prioridade citados pela OMS, está o de estudar o impacto e os resultados das intervenções relacionadas a violações dos direitos humanos em países de baixa e média renda. Além de construir e gerir o conhecimento, as instituições acadêmicas e de pesquisa têm um papel fundamental a desempenhar na promoção de redes internacionais para facilitar o compartilhamento de experiências dos países, o intercâmbio de conhecimento e das melhores práticas (WHO, 2010).

Com o intuito de atender aos padrões internacionais presentes nas Convenções sobre Direitos Humanos mencionadas, os governos têm implementado leis e políticas de saúde mental. No Brasil, desde o final da década de 80, os esforços para uma mudança na forma de cuidado das pessoas com transtornos mentais se intensificaram com a promulgação de portarias e criação de serviços substitutivos a internação em instituições com características asilares. O movimento de reforma psiquiátrica se consolidou em 2001 com a Lei nº 10.216 que formalizou um modelo em rede de assistência à saúde mental no país, envolvendo instituições que se inserissem de uma forma mais efetiva na comunidade.

Outros países passaram por processos de reforma nos seus serviços de saúde mental, dentre eles, destaca-se a Inglaterra/País de Gales (Mental Health Act 1959, Mental Health Act 1983, Community Care Act 1990, Mental Capacity Act 2005,

Mental Health Act 2007), que atualmente contam com uma Rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade e cujos principais esforços sanitários concentram-se na prevenção e na atenção primária diretamente ligada às unidades básicas e comunidades, com um forte investimento na atenção secundária por meio de inúmeros tipos de serviços oferecidos a seus cidadãos. Essas políticas estão em consonância com o Community Care Act 1990, que estabelece que o tratamento e a reabilitação dos pacientes com transtornos mentais deveriam ocorrer na comunidade.

Ambas jurisdições caracterizaram-se por buscar a concretização do direito à saúde de suas populações, por meio do princípio da universalização do acesso, integralidade e qualidade dos serviços de saúde. Passaram por movimentos de reforma em seus serviços de saúde mental, com o mesmo objetivo, reinserir o paciente no meio social, excluindo o modelo hospitalocêntrico de suas práticas de saúde mental. A Inglaterra/País de Gales tem uma legislação mais consolidada, possui uma assistência em saúde de qualidade com embasamento científico e capacidade e reconhecimento internacional (ABP, 2006).

Nesse contexto, enfatiza-se que a análise comparada, muito utilizada nas ciências sociais, tem sido usada nas ciências da saúde por ser um método valioso de se repensar as concepções, os serviços e a prática, encontrando referências para a busca de novos caminhos. A compreensão e comparação das normas do Brasil e Inglaterra/País de Gales sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais é importante como parâmetro para a caracterização da evolução do direito à saúde mental no Brasil, além de poder atuar como referência para a busca de novos caminhos para a saúde mental no país.

Procedimientos Metodológicos

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-comparativo entre as normas sobre internação involuntária no Brasil e Inglaterra/País de Gales.

O método descritivo-comparativo é “muito utilizado nas ciências humanas que necessitam recuperar dados históricos para explicar a realidade social de um determinado fenômeno. Considera o processo tanto ou mais importante do que o produto ou resultado” (SACARDO, 2009).

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinado fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2011). O método comparativo, por sua vez, realiza comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências. Pode ser utilizado em todas as fases e níveis de investigação e em estudos descritivos pode averiguar a analogia entre ou analisar os elementos de uma estrutura (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.2 Etapas da pesquisa e técnicas utilizadas

A pesquisa ocorreu em três momentos: i) levantamento, ii) análise e iii) comparação dos dados.

i) Levantamento de dados

Nessa fase foi realizado o levantamento de informações quantitativas e qualitativas abrangendo aspectos diversos sobre a saúde mental nos países:

- a) Evolução histórica da legislação sobre internação psiquiátrica;
- b) Serviços de saúde mental;
- c) Legislação atual em Saúde Mental.

Os dados dos itens *a* e *b* foram coletados afim de que se conheça a realidade social e jurídica relacionada ao fenômeno estudado, ou seja, a internação psiquiátrica involuntária.

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009),

É primordial em todas as etapas de uma análise documental que se avalie o contexto histórico no qual foi produzido o documento, o universo sócio-político do autor e daqueles a quem foi destinado, seja qual tenha sido a época em que o texto foi escrito. Indispensável quando se trata de um passado diferente, esse exercício o é de igual modo, quando a análise se refere a um passado recente. No último caso, no entanto, cabe admitir que a falta de distância tenha algumas implicações na tarefa do pesquisador, mas vale como desafio. O pesquisador não pode prescindir de conhecer satisfatoriamente a conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento. Pela análise do contexto, o pesquisador se coloca em excelentes condições até para compreender as particularidades da forma de organização, e, sobretudo, para evitar interpretar o conteúdo do documento em função de valores modernos. Tal etapa é tão mais importante, que não se poderia prescindir dela, durante a análise que se seguirá (p. 8).

Nesse sentido, Duarte (2006) adverte que antes de comparar diferentes sistemas,

haverá toda a vantagem em conhecer as linhas básicas da formação deste, isto é, a sua evolução histórica, perspectiva esta que será um elemento coadjuvante da comparação. [...] Explícite-se, contudo, que esses elementos históricos são, rigorosamente falando, exteriores à comparação e se destinam apenas a enquadrar os seus objetos e a facilitar o entendimento das convergências e divergências (p. 779).

Ainda sobre a comparação de legislações, Ivo Dantas (1997) discorre que quando se empreende um estudo como este, “sua tarefa vai muito além daquele

instante refletido na norma posta, já que se deve analisar “o quadro geral em que a norma se encontra” (p. 235).

Para o levantamento de dados foram utilizadas as seguintes técnicas:

a) Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sua principal vantagem, segundo Gil (2011), está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

Neste estudo, a pesquisa bibliográfica foi realizada através de bases de dados científicas das áreas da saúde, direito e multidisciplinar, o que possibilitou o acesso a um amplo acervo de publicações sobre o tema pesquisado, incluindo artigos científicos, livros e teses.

b) Pesquisa Documental

A pesquisa documental difere-se da pesquisa bibliográfica quanto à natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica remete para contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação, como leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, relatórios, estatísticas, dentre outros (LÜDKE; ANDRÉ, 2014).

Este tipo de pesquisa “propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). É um importante recurso que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Constitui procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais, em que a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo dos objetivos da pesquisa, pode-se caracterizar como principal

caminho de concretização da investigação. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados; visa o acesso às fontes pertinentes, e, a esse título, faz parte integrante da heurística de investigação (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Os documentos incluídos nesta investigação foram as legislações específicas das jurisdições em estudo, documentos do Ministério da Saúde e do Departamento de Saúde da Inglaterra, bem como relatórios da OMS, da *Disability Rights Commission* e da *Care Quality Commission*. As duas últimas são organizações da Inglaterra que publicam relatórios periodicamente sobre a saúde mental no país.

ii) Análise dos dados

Para a **análise das legislações** foi utilizada a lista de checagem da OMS para a Legislação de Saúde Mental. Esta lista foi desenvolvida por uma equipe da OMS com objetivo de ajudar os países no exame da abrangência e adequação da legislação de saúde mental existente e contribuir para o processo de elaboração de novas leis. Espera-se que mediante o seu uso se possa avaliar se elementos chave estão incluídos nas legislações nacionais e garantir que as recomendações gerais da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação sejam examinadas e consideradas pelos diferentes países (OMS, 2005).

Vários estudos comparativos e de análise de legislações em todo mundo têm utilizado a lista de checagem (FISTEIN et al., 2009; GRAY et al., 2010; SHAO et al., 2010; KELLY, 2011; DLOUHY, 2014). A lista compreende 175 padrões individuais, agrupados em 27 categorias (A-AZ). Apesar de ser bem detalhada, não se trata de um conjunto de regras absolutas, tampouco abrangente. Alguns problemas que a OMS sugere que sejam abrangidos pela legislação em saúde mental podem ser cobertos por outras formas de legislação ou política em seu lugar. No entanto, a lista fornece uma estrutura útil, explicitamente enraizada em questões de direitos humanos, que deve ser considerada no âmbito das legislações nacionais de saúde mental (KELLY, 2011).

Algumas adaptações foram necessárias e 9 padrões que diziam respeito a infratores com transtornos mentais foram excluídos, pois o presente trabalho objetiva focar apenas a modalidade involuntária.

iii) Comparação dos dados

Para a etapa de comparação dos dados dos dois países, foi utilizado o **método comparativo**, considerado valioso para se repensar as concepções, os serviços e a prática (CONILL et al., 1991). Segundo Marc Bloch "...aplicar o método comparativo no quadro das ciências humanas consiste (...) em buscar, para explicá-las, as semelhanças e as diferenças que apresentam duas séries de natureza análoga, tomadas de meios sociais distintos" (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998).

São dois os momentos do método comparativo, o momento analógico, relacionado à identificação das similaridades entre os fenômenos; e o momento contrastivo, no qual são trabalhadas as diferenças entre os casos estudados (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998).

Este estudo seguiu estes dois momentos: primeiro foram identificadas as semelhanças entre as normas e serviços de internação involuntária, para, posteriormente, serem trabalhadas as diferenças, e o que um sistema pode contribuir com o outro.

O quadro 2 relaciona os objetivos específicos deste estudo às etapas do método utilizado.

Quadro 2. Relação entre os objetivos específicos e as etapas metodológicas

Objetivos Específicos	Percurso Metodológico
Compreender a evolução dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e na Inglaterra/Gales.	(i) Levantamento de dados (pesquisa bibliográfica)
Identificar as diferenças e semelhanças entre a legislação infraconstitucional relativa à internação psiquiátrica no Brasil e Inglaterra/Gales.	(i) - Levantamento dos dados (Pesquisa Documental) (ii) Análise dos dados (Lista de Checagem da OMS) (iii) Comparação dos dados (Método comparativo)

Resultados

4. RESULTADOS

4.1 Sistemas de Saúde do Brasil e Inglaterra/País de Gales

Brasil e Inglaterra/País de Gales caracterizaram-se por buscar a concretização do direito à saúde de suas populações, por meio do princípio da universalização do acesso, integralidade e qualidade dos serviços de saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição da República de 1988 e tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 538).

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS) foi criado em 1948, e é considerado desde então, “um modelo de socialização de serviços de saúde” (CONILL, 2006, p. 586). A garantia de acesso universal e o modelo assistencial regionalizado serviram como referência para algumas reformas sanitárias (CONILL, 2006).

Quanto ao NHS da Inglaterra, a sua trajetória demonstra “a manutenção de direitos com tendência atual de ampliação do acesso e a busca de maior integração entre os serviços. A equidade tem sido uma temática constante e persiste como preocupação central no país” (CONILL, 2006, p. 592).

O Quadro 3 sintetiza as características predominantes dos Sistemas de Serviço de Saúde do Brasil e Inglaterra.

Quadro 3. Características dos sistemas de serviços de saúde: Brasil e Inglaterra/ País de Gales

CARACTERÍSTICAS	BRASIL	INGLATERRA/PAÍS DE GALES
Tipo de Sistema	Sistema Único de Saúde (SUS)	Serviço Nacional
Acesso/Cobertura	Universalização com segmentação 75% SUS 25% Sams	Universal
Regulação/Gestão	Ministério da Saúde com gestão municipal	Departamento de Saúde/Direção do NHS Gestão Distrital com Primary Care Trusts na Inglaterra
Organização/Prestação	Rede pública com APS na porta de entrada/integralidade Mix público-privado Diversidade de prestadores com especialização na saúde supletiva	Regiões/Distritos
Problemas/tendências	Diferenças de Qualidade nos subsistemas público e privado Estratégia de Saúde da Família	Dificuldades no acesso Integração, avaliação, investimentos

Fonte: Conill, E.M. Sistemas comparados de Saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec/Fiocruz, 2006. p.563-613. (Saúde em debate, 170).

4.2 Saúde Mental no Brasil

Até os anos 1980, hospitais psiquiátricos e asilos formavam o núcleo de atenção às pessoas com transtornos mentais no Brasil, que incluíam grandes hospitais estatais e instituições privadas, financiadas e reguladas pelo governo (JACOB et al., 2007).

A partir dos anos 80, no contexto social brasileiro de superação da ditadura militar pelo processo de redemocratização, sob influência dos movimentos internacionais mundiais de reforma - como a psiquiatria de setor (França), Psiquiatria comunitária (EUA), Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática Italiana - a cidadania foi incorporada à linguagem de movimentos sociais de vanguarda e também na área de saúde e de saúde mental. Nesse período, ressaltam-se dois movimentos sócio-políticos determinantes: a Reforma Sanitária e a Reforma

Psiquiátrica (OLIVEIRA; ALESSI, 2005; PITTA, 2011; BRITO; VENTURA, 2012; BRITO; VENTURA, 2012).

Em 1978, combinando reivindicações trabalhistas e discurso humanitário foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que alcançou grande repercussão e 10 anos mais tarde transformou-se no movimento de luta antimanicomial. Apesar do diagnóstico da prevalência nociva do modelo asilar, bem como seus determinantes econômicos e políticos, as ações concretas não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento (TENÓRIO, 2002).

Tenório (2002) ressalta que nesse período

produziram-se importantes diagnósticos quanto ao funcionamento do modelo de prestação de serviços vigente no país, caracterizado pela solidária articulação entre a prevalência da internação asilar e a privatização da assistência: as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público (p.33).

Esta articulação entre internação asilar e privatização da assistência foi consolidada pelos governos militares. Entre 1965 e 1970, o número de pacientes internados em hospitais públicos permaneceu o mesmo, enquanto que o número de pacientes internados em hospitais privados remunerados pelo poder público por meio de convênios aumentou de 14 mil em 1965, para trinta mil, em 1970 (TENÓRIO, 2002).

Além do amadurecimento da crítica ao modelo asilar, na década de 1980, ocorreram três processos importantes para a consolidação do movimento da reforma atual: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reforma legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na construção de um novo paradigma em cuidados de saúde mental (TENÓRIO, 2002).

Quanto à incorporação dos novos atores, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de virada dois eventos: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), em que se constatou que “a perspectiva sanitarista de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico” (BEZERRA

JUNIOR, 1992); com base nestas considerações, decidiu-se realizar na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que representa um marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, em que se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Desde então, o Movimento organiza no dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, realizando atividades culturais, artísticas e científicas, visando sensibilizar e envolver novos atores sociais para a questão (TENÓRIO, 2002; PITTA, 2011).

Quanto ao surgimento de experiências institucionais, duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados: o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS) em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP) (TENÓRIO, 2002; PITTA, 2011).

O CAPS Luiz Cerqueira nasceu em 1987 e tornou-se exemplo de um novo modo de cuidar que considera o sujeito com transtorno mental como “estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo” (PITTA, 2011). O CAPS se tornou parte de uma política nacional em 1992 com a Portaria do Ministério da Saúde nº 224 (PITTA, 2011).

Os CAPS são serviços públicos abertos e comunitários do SUS, destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia, e oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Seu objetivo principal é atender a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, com a proposta de favorecer o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias (VENTURA; BRITO, 2012).

A experiência santista nasceu da intervenção realizada pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica privada conveniada com o Inamps, único hospital psiquiátrico na região que funcionava há quarenta anos. A intervenção, motivada pelas denúncias de mortes, superlotação, abandono, maus-tratos, iniciou pela primeira vez

um processo global de transformação do sistema psiquiátrico, tomando como horizonte a desconstrução do universo manicomial e a criação de uma rede de cuidados e de relações com a sociedade inteiramente novas. O desmantelamento imediato do regime de clausura e abandono dos pacientes, a criação de novos espaços de acolhimento dos pacientes, a organização territorial da assistência – com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), a aproximação em relação às forças sociais, a abertura de canais de intercomunicação com a opinião pública, a ênfase no trabalho cultural – mostraram que era possível, no nível regional, transformar radicalmente o cenário psiquiátrico (Bezerra Junior, 1992, p. 182).

Quanto à reformulação legislativa, buscando atingir os objetivos do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o deputado Paulo Delgado apresentou em 1989, o projeto de lei nº 3.657/89. Um projeto simples com apenas três artigos, cujo conteúdo impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002; BRITO; VENTURA, 2012).

O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi aprovada em 2001. No entanto, a legislação protagonizou a situação curiosa de produzir efeitos antes de ser aprovada. Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar (TENÓRIO, 2002; VENTURA; BRITO, 2012).

Em 1990, o Brasil adotou a Declaração de Caracas que promoveu a reforma psiquiátrica e a incorporação de programas de saúde mental na atenção primária (OMS, 1990). Os princípios da Declaração foram incorporados na legislação brasileira em editais operacionais do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover programas alternativos baseados na comunidade (JACOB et al., 2007). Destacam-se as portarias 189/1991 e 224/1992 que deram existência institucional aos Núcleos de Atenção Psicossocial e Centros de Atenção Psicossocial, e as portarias nº 106 e 1.220 de 2000 que instituíram os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) (BRITO; VENTURA, 2012).

Em 1994, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.407/1994 adotando os Princípios ASM aprovados pela Assembléia Geral das

Nações Unidas em 17.12.91 e em 2000, publicou a Resolução nº 1.598 que normatizou o atendimento médico a pacientes com transtornos mentais (BRITO; VENTURA, 2012).

Dez anos mais tarde foi promulgada no Brasil a Lei Federal nº 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, garantindo às pessoas com transtornos mentais o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária. Nesse contexto, a internação somente é permitida como último recurso no tratamento.

A partir da promulgação da lei, milhares de leitos psiquiátricos foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

No sentido de repensar e reclassificar o atendimento nos hospitais psiquiátricos, em 2002, foi criada pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 251, que apresentou normas e diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria, reforçando o conteúdo da Lei 10.216. Em 2010, o CFM publicou a Resolução nº 1.952 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2006), revogou a Resolução nº 1.407/1994, e modificou a resolução nº 1.598 de 2000.

Em 2003, para atender ao disposto no Art. 5º da Lei 10.216/2001, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Volta para casa, que tem por objetivo a inserção social de pessoas com transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais), incentivando seu processo de inserção social, assim como a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003).

Em resumo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira representa um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos

profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (VENTURA; BRITO, 2012). Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, a Reforma Psiquiátrica é marcada, no país, por impasses, tensões, conflitos e desafios (JORGE; FRANÇA, 2001). Culminou com a constituição da Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil, parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no país por Lei Federal na década de 90 (JORGE; FRANÇA, 2001).

Segundo Pitta (2011), a reforma psiquiátrica brasileira

tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações. Foram criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos e outros serviços ambulatoriais de referência. Foram incorporados ao campo da saúde cuidados e procedimentos tais como renda (o auxílio Reabilitação de volta pra casa, Lei Federal), trabalho protegido (Programa geração de renda e trabalho, MS/MT), lazer assistido (Pontos de cultura, MINC/MS) e outras formas de intervenção intersetorial ampliada. É constituída uma rede de atenção psicossocial que diz respeito à própria existência do sujeito assistido (p. 4588).

Pode-se concluir sobre a saúde mental no Brasil que a mudança na política e no fortalecimento de recursos humanos em saúde mental resultou em uma grande reforma do sistema de saúde mental, mudanças na prestação de cuidados, ampliando a acessibilidade aos medicamentos psicotrópicos essenciais, a prestação de cuidados na comunidade, e a provisão de cobertura universal e de acesso gratuito a uma rede de serviços. As reformas políticas no país e o compromisso dos profissionais de saúde para prestar atendimento no sistema de cuidados de saúde primários foram os principais facilitadores para seu fortalecimento. No entanto, muitos obstáculos e desafios precisam ser superados, como a distribuição desigual e cobertura de serviços à comunidade em todas as regiões e o fracasso do governo em aumentar os recursos para os cuidados de saúde mental. O efeito das alterações

na política de prestação de cuidados de saúde mental em todo o Brasil precisa ser avaliado periodicamente em busca de se melhorar e aperfeiçoar o sistema (JACOB et al., 2007). O quadro 4 sintetiza os momentos históricos que levaram à implementação do processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Quadro 4. Linha do tempo dos principais eventos na história da Saúde Mental Brasileira

1934	Decreto 24.559 dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.
1978	Criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental
1987	II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, Bauru, São Paulo
1987	Nasce o CAPS Luiz Cerqueira – considerado marco de um modo de cuidar que considera o sujeito com transtorno mental como “estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para trata-lo”.
1989	Intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP)
1989	Deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.657, que viria a ser conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica
1990	Brasil adotou a Declaração de Caracas que promoveu a reforma psiquiátrica e a incorporação de programas de saúde mental na atenção primária.
1991	Ministério da Saúde (MS) editou a portaria 189/1991 que deu existência institucional aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).
1992	MS editou a portaria 224/1992 que deu existência institucional aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental
1994	Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1407 que dispõe sobre a adoção dos princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
2000	CFM publicou a Resolução nº 1598 que normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.
2000	MS editou as portarias 106 e 1.220 que instituem os serviços residenciais terapêuticos (SRTs).
2001	Foi promulgada a Lei nº 10.216 – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2003	Foi instituído o Programa De Volta Para Casa pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica.
2010	CFM publicou a Resolução nº 1.952 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), revogou a Resolução nº 1.407/1994, e modificou a resolução de 2000.

4.3 Saúde Mental na Inglaterra/País de Gales

Os serviços de saúde mental na Inglaterra/País de Gales passaram por uma transformação radical nos últimos 30 anos: um modelo de cuidados agudos e de longo prazo com base em grandes instituições foi substituído por um em que os cuidados estão sendo prestados em ambientes comunitários por equipes multidisciplinares de saúde mental. Essas equipes dão suporte às pessoas em suas próprias casas, mas têm acesso a unidades hospitalares especializadas para admissões agudas e a unidades residenciais menores para aqueles que necessitam de cuidados de longa duração (GILBERT et al., 2014).

Uma das mudanças mais importantes e marcantes na história da assistência à saúde mental britânica do pós-guerra tem sido o aumento da perspectiva do usuário do serviço. Organizações de defesa dos usuários dos serviços de saúde mental existem na Grã-Bretanha desde 1845. No entanto, o surgimento de movimentos de usuários de serviços no período moderno começa em 1970 com a fundação de grupos que incluiu a *Mental Patients Union* (fundada em 1972) e, em seguida, quando esta se separou, organizações como a *Community Organization for Psychiatric Emergencies* (COPE), a *Protection for the Rights of Mental Patients in Treatment* (PROMPT) e a *Campaign Against Psychiatric Oppression* (CAPO) (TURNER et al., 2015).

A transformação dos serviços de saúde mental vem ocorrendo ao longo de anos, mas se acentuou a partir da década de 1980. Até o século XVIII, o cuidado das pessoas com transtornos mentais era principalmente responsabilidade da família. Outrossim, a partir da revolução industrial, observa-se uma abordagem mais institucional, que evoluiu ainda mais no século 19. Durante esse tempo, recorrentes escândalos envolvendo as "madhouses", associados à crescente incapacidade dos asilos de gerenciar as pessoas com transtornos mentais levou à construção de uma rede de asilos de propriedade pública. O cuidado prestado por esses hospitais especializados se distinguem da medicina tradicional e em 1954, havia 154.000 pacientes nessas instituições, que estavam superlotadas e subfinanciadas (GILBERT et al., 2014).

Na segunda metade do século XX, houve uma mudança fundamental na forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais. Os avanços na

psiquiatria, incluindo a introdução de medicamentos antipsicóticos e estabilizadores de humor durante o final da década de 1950, permitiram que mais pessoas fossem tratadas na comunidade, e os atendimentos ambulatoriais aumentaram de virtualmente zero em 1930 para 144.000 em 1959. Além disso, observou-se maior ênfase nos direitos humanos e avanços na ciência social e filosofia, o que influenciou a promulgação do Mental Health Act (MHA) de 1959, que afirma que as pessoas consideradas "moralmente defeituosas", devido ao seu comportamento não convencional, não podiam mais ser internadas em asilos. A lei também identificou a comunidade como o lugar mais adequado para o cuidado às pessoas com transtornos mentais (GILBURT et al., 2014).

A década de 1960 foi reconhecida como um período de mudança lenta, mas necessária. Os serviços eram dominados institucionalmente e intelectualmente por psiquiatras, que começaram a estabelecer uma identidade profissional e treinamento formal diferenciado sob os auspícios do Royal College of Psychiatry fundado em 1971 (TURNER et al., 2015).

Por volta de 1974, havia 100.000 residentes em asilos, 50.000 a menos que 20 anos antes. A maioria desses moradores viviam internados há muito tempo e agora eram idosos, e com vários problemas de saúde mental e física. As pressões financeiras que o país enfrentou durante este período resultaram na implementação de pouquíssimos serviços à comunidade e apesar das reduções significativas nos números de internação, os primeiros fechamentos de grande escala não ocorreram até o final de 1980. A maioria dos residentes de longa permanência foram removidos dos asilos para habitações fornecidas pelos setores privados e voluntários, que em grande parte ofereciam cuidado institucional "baseado na comunidade" (GILBURT et al., 2014).

A insatisfação com o *status quo* se manifestou de diferentes formas. O pessimismo terapêutico do sistema de asilo foi desafiado por esperanças geradas por novas intervenções farmacológicas, enquanto a falta de recursos suficientes para os cuidados das pessoas com transtornos mentais na comunidade já estava causando frustração para os médicos. Os primeiros movimentos de usuários dos serviços apareceu no início de 1970, exigindo direitos civis e econômicos para pacientes na comunidade, e, em paralelo, grupos de pressão, como a *Mind* exigiam alterações na MHA de 1959. No entanto, na década de 1970 também ocorreram

inovações significativas no tratamento e prestação de serviços, lideradas por médicos que responderam a estes desafios (TURNER et al., 2015).

Ao longo do processo de reforma dos serviços e implantação do tratamento na comunidade preconizado pelo MHA de 1983, a Inglaterra passou por várias experiências negativas (ABP, 2006).

Uma série de relatórios sobre a inadequação dos serviços de cuidados comunitários levou à introdução da abordagem do programa de cuidados em 1990 e do *NHS and Community Care Act* (1990), que redefiniu o papel das autoridades de saúde e autoridades locais para garantir que as pessoas fossem avaliadas pela assistência social, tratadas e reabilitadas na comunidade. Uma das premissas era que a comunidade representaria um espaço mais benéfico, acolhedor e humano para as pessoas com transtornos mentais que a vida dentro do asilo, e consequentemente, ofereceria oportunidade para reabilitação e reintegração social não disponível para a pessoa hospitalizada (ABP, 2006).

Ao longo da década de 1990, o número de grandes asilos fechando suas portas aumentou e até o final da década, a maioria tinha planos para fechar. Outras preocupações surgiram sobre a capacidade e habilidade das equipes comunitárias de saúde mental em gerir pessoas com problemas de saúde mental complexos e aqueles em crise aguda. Uma série de incidentes adversos em particular o assassinato de Jonathan Zito por Christopher Clunis (ambos pacientes psiquiátricos) em 1992, fomentaram argumentos de que a prestação de cuidados baseada na comunidade havia falhado, o que resultou no crescimento de políticas voltadas para pessoas com transtornos mentais graves e gestão de riscos, segurança pública e de contenção (GILBURT et al., 2014; TURNER et al., 2015).

Esta nova fase de transformação ganhou um novo impulso em 1998, quando a saúde mental foi identificada como uma das três prioridades clínicas por parte do novo governo. A publicação do White Paper *Modernising mental health services* (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998) forneceu uma visão abrangente sobre o futuro da política de saúde mental, apoiado por £700 milhões de novos investimentos ao longo de três anos, resultando em 1999 na primeira rede nacional de serviços para saúde mental (National Service Framework – NSF) (DEPARTMENT OF HEALTH, 1999). Nesse cenário, foram estabelecidos padrões em cinco áreas de cuidados: promoção da saúde mental; cuidados primários e acesso a serviços; serviços

eficazes para as pessoas com doença mental grave e duradoura; cuidado com os cuidadores; e prevenção do suicídio (GILBURT et al., 2014).

Um organismo nacional, o Instituto Nacional para a Saúde Mental na Inglaterra (National Institute for mental Health in England), foi estabelecido para supervisionar e apoiar o processo de modernização. O foco na infra-estrutura e apoio financeiro foram bem sucedidos para conduzir a mudança em ampla escala, particularmente em áreas em que o desenvolvimento do serviço tinha sido limitado ou lento. Além disso, os benefícios esperados de melhoria da atenção na comunidade e evidências que sugerem que isso iria reduzir a demanda por leitos levou grande parte dos provedores a reduzir os leitos hospitalares disponíveis. Alguns provedores fecharam leitos antecipadamente, outros em paralelo com o desenvolvimento de serviços à comunidade ou depois (GILBURT et al., 2014).

A NSF influenciou melhorias significativas na prestação de serviços para pessoas com transtornos mentais graves em todo o país. Serviços destinados a intervir nas fases iniciais da doença, com foco em ajudar as pessoas a gerirem e viverem com o transtorno mental se mostraram muito bem sucedidos. Novos modelos baseados em evidências de apoio ao trabalho levaram o foco para além de simplesmente gerenciar a doença e novos serviços foram desenvolvidos para substituir os modelos ultrapassados de cuidados, tais como hospitais-dia (GILBURT et al., 2014).

O governo publicou em 2009 o documento *New horizons: towards a shared vision for mental health*, incluindo como prioridades: serviços personalizados; igualdade; enfrentamento do estigma; e melhoria da saúde física das pessoas com transtornos mentais (DEPARTMENT OF HEALTH, 2009). A abordagem do governo de coalizão baseia-se nessa visão. A *Health and Social Care* (2012) exigiu do NHS colocar a saúde mental em pé de igualdade com a saúde física, bem como a estratégia do governo *No health without mental health* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2011) que estabeleceu seis objetivos para melhorar a saúde e bem-estar da população. Ambos os documentos fornecem um conceito muito mais amplo de saúde mental, o alargamento do acesso e a defesa de modelos de prestação de serviços que suportem o envolvimento igualitário dos pacientes em tratamento, gestão e prestação de serviços (GILBURT et al., 2014).

Como foi possível observar, a transformação dos serviços de saúde mental na Inglaterra não aconteceu facilmente ou de forma consistente e de modo algum foi

um processo linear. Em diferentes pontos tem havido considerável entusiasmo para a mudança, bem como a resistência entre alguns grupos de profissionais, familiares e cuidadores. Um dos fatores importantes que permitiram a transformação dos serviços de saúde mental foi a força das vozes de profissionais, público, e usuários dos serviços, cujas preocupações sobre negligência e maus tratos em asilos deu impulso ao processo de mudança. Estas preocupações foram levantadas em relatórios amplamente divulgados de investigações sobre abuso a pacientes; em críticas acadêmicas à psiquiatria por sociólogos e psiquiatras questionando o papel fundamental dos manicômios (GOFFMAN, 2015); e por grupos fortes, representantes dos usuários dos serviços, como o *National Advocacy Group* e *Survivors Speak Out* (GILBURT et al., 2014; TURNER et al., 2015).

Embora menos unificado do que os movimentos originais pedindo o fechamento dos manicômios, os movimentos de usuários de serviços e cuidadores continuaram a ter impacto na transformação de serviços. Instituições de caridade como *Mind* e *Rethink* provaram serem mecanismos eficazes na pressão por mudanças. Muitas vezes, as campanhas promovidas por essas instituições são movidas por abordagens baseadas nos direitos humanos, com foco em áreas de atendimento ainda deficiente e inadequado (GILBURT et al., 2014). O quadro 5 sintetiza estes momentos de evolução do atendimento em saúde mental no Reino Unido e Gales e legislações relacionadas.

Quadro 5. Linha do tempo dos principais eventos na história da Saúde Mental da Inglaterra/País de Gales

1946	Fundada a <i>National Association for Mental Health</i> (agora MIND)
1948	NHS entra em vigor
1959	<i>Mental Health Act</i> – revoga a lei de 1890, reduz a internação a asilos através de critérios de internação mais rigorosos
1971	A <i>Medico-Psychological Association</i> torna-se o <i>Royal College of Psychiatrists</i>
1974	NHS reorganização de serviços integrados de saúde mental com serviços médicos e hospitalares gerais em um NHS unificado organizado em distritos coincidentes com as autoridades locais
1975	É fundada a <i>National Schizophrenia Fellowship</i> (agora Rethink)
1983	<i>Mental Health Act</i> - reforço da proteção dos direitos civis das pessoas com transtornos mentais
1986	É fechado o primeiro asilo
1988	<i>Community care: agenda for action</i>
1990	NHS e <i>Community Care Act</i> - introduziu a divisão comprador / fornecedor de serviços de saúde e delineia o direito a uma avaliação de cuidados comunitários para os usuários dos serviços
1992	Avaliação dos serviços de saúde e sociais para os infratores mentalmente enfermos e outros que necessitem de serviços similares (<i>The Reed Report</i>)
1992	<i>Health of the Nation</i> - inclui metas específicas doença mental
1994	Ritchie report sobre o assassinato de Jonathan Zito por Christopher Clunis destaca falhas no atendimento da comunidade
1998	Publicação de <i>Modernising mental health services</i> (White Paper)
1999	<i>National Service Framework</i> (NSF) para a saúde mental descreve padrões de atendimento.
2000	Plano NHS sublinha novos modelos de serviço à comunidade, financiamento e calendário de execução
2001	Criado o <i>National Institute for Mental Health</i> na Inglaterra para apoiar o desenvolvimento de serviços
2005	É publicado <i>New ways of working</i> pelo Royal College of Psychiatrists
2007	<i>Mental Health Act</i> - após uma longa batalha travada entre o governo e a <i>Mental Health Alliance</i>

4.4 Serviços de Saúde Mental no Brasil e Inglaterra/País de Gales

A Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada com base em ações e serviços públicos de saúde, e instituída no país por Lei Federal na década de 90 (JORGE; FRANÇA, 2001).

A Rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (VENTURA; BRITO, 2012).

Na Inglaterra/País de Gales, O país conta com uma rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade. Seus principais esforços sanitários concentram-se na prevenção, atenção primária diretamente ligada às unidades básicas e comunidades e um forte investimento na atenção secundária com inúmeros tipos de serviços oferecidos a seus cidadãos.

4.5 Sistemas Jurídicos

Brasil e Inglaterra/País de Gales adotam sistemas jurídicos diferentes. O Brasil adota a tradição romano-germânica ou *civil law*, enquanto a Inglaterra/País de Gales adota o *Common Law*.

Common Law

O *commom law* é sistema jurídico cuja fonte primária é a jurisprudência (ABDALA-FILHO; BERTOLETE, 2006). Dessa forma, um julgamento anterior pode funcionar como um precedente legal a ser usado como argumento defensável, um princípio de lei em um novo julgamento (ABDALA-FILHO; BERTOLETE, 2006).

Esses precedentes são mantidos ao longo do tempo por meio dos registros dos tribunais, bem como historicamente documentados em coleções de jurisprudência conhecidas como *year-books* e relatórios. Os precedentes a serem

aplicados na decisão de cada novo caso são determinados pelo juiz. Como resultado, os juízes têm um enorme papel na formação da lei britânica.

Especificamente em relação à saúde mental, os instrumentos legais tendem a ser detalhados e abordam as diversas situações possíveis com o objetivo de se evitar confusões ou ambiguidades em suas interpretações (ABDALA-FILHO; BERTOLETE, 2006).

Sistema romano-germânica

O *civil law*, ao contrário do *common Law*, é codificado. Países que adotam o sistema romano-germânico possuem códigos jurídicos abrangentes, atualizados continuamente e que especificam todas as questões suscetíveis de serem levadas a um tribunal, o procedimento aplicável, e a punição apropriada para cada ofensa. No sistema *civil law*, o papel dos juízes é estabelecer os fatos do caso e aplicar as disposições dos códigos e legislações, uma vez que a fonte primária é a lei. A decisão dos juízes é, conseqüentemente, menos crucial na formação do *civil law* do que as decisões dos legisladores e juristas que elaboram e interpretam os códigos.

4.6 Legislação Atual de Saúde Mental relacionada às internações involuntárias no Brasil

A principal legislação em vigor no Brasil sobre Saúde Mental é a Lei 10.216 de 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Desde sua promulgação, foram aprovadas várias normas legislativas sobre internação psiquiátrica e saúde mental de forma geral. Para a lista de checagem da OMS foram analisadas as seguintes normas legais:

Lei nº 9.867/ 1999 – Permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes com transtornos mentais em acompanhamento nos serviços comunitários (BRASIL, 2002).

Portaria MS/GM nº 106/2000 – Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2002).

Resolução CFM nº 1.598/2000 - Normatiza o atendimento médico a pacientes com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Portaria MS/GM nº 251/2002 – Institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos de avaliação fixados pelo Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária (BRASIL, 2002).

Portaria MS/GM nº 336/2002 – Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria de 1992 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Também cria mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS (BRASIL, 2002).

Resolução CFM nº 1.640/2002 – Regulamenta o uso terapêutico da eletroconvulsoterapia (ECT).

Portaria MS/GM nº 2.391/2002 - Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com o disposto na Lei 10.216/2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS (BRASIL, 2002).

Lei nº 10.708/2003 – Institui o Programa “De volta para Casa”, que estipula o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Portaria MS/GM nº 52/2004 – Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos (BRASIL, 2004).

Resolução CFM nº 1.952 /2010 - adota as Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598/2000.

Portaria MS/GM nº 3.088/2011 - institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Resolução CFM 2.057/2013 - consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, a defesa do ato médico privativo de psiquiatras e os critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer natureza, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

4.7 Legislação Atual de Saúde Mental relacionada às internações involuntárias na Inglaterra/País de Gales

O Mental Health Act de 1983, revisado em 2007, é a legislação que mais afeta as pessoas com transtornos mentais. Constitui a legislação que permite que os pacientes com transtornos mentais sejam internados em hospitais, detidos e tratados contra a sua vontade ou recebam cuidados na comunidade sob ordens de tratamento comunitário ou de tutela. Isso só pode ser feito se eles estão colocando a sua própria saúde ou a segurança ou de outras pessoas em risco. Devem ter ou parecer ter um distúrbio mental (ABDALLA-FILHO; ENGELHARDT, 2003; COMMISSION, 2016).

O MHA inclui salvaguardas para os direitos das pessoas quando estão internadas ou sendo tratadas por profissionais, especialmente por meio de regras e requisitos que os profissionais devem seguir em conjunto com o *MHA Code of Practice*, que é um guia de orientação legal para profissionais e serviços de saúde mental.

Mental Capacity Act 2005 (MCA) – aparato jurídico para pessoas que não têm capacidade para tomar decisões e precisam de que outra pessoa o faça por elas. Seus artigos estabelecem quem pode tomar decisões e em que situações, visando garantir que estejam agindo no melhor interesse da pessoa e, ainda, capacitando-as para tomar suas próprias decisões sempre que possível.

Deprivation of Liberty Safeguards - a parte do MCA que fornece salvaguardas que protegem os direitos das pessoas que estão privadas de sua liberdade para evitar decisões arbitrárias, e para que assim possam receber o tratamento necessário. As salvaguardas se aplicam especificamente a lares e hospitais (CQC, 2016). Também é conhecida como “*Bournewood safeguards*”. No

caso Bournewood, um homem autista com graves dificuldades de aprendizagem foi informalmente admitido no Bournewood Hospital. A Corte Europeia de Direitos Humanos descobriu que ele tinha sido privado da sua liberdade de forma ilegal, em virtude da falta de procedimento legal que oferecesse garantias suficientes contra a detenção arbitrária e acesso rápido a um tribunal. O Departamento de Saúde comprometeu-se a introduzir uma nova legislação para fechar a "lacuna Bournewood" (DOW, 2008).

4.8 Análise das Legislações sobre Saúde Mental do Brasil e Inglaterra/País de Gales

O quadro 7 apresenta os 166 padrões da OMS relacionados à saúde mental, e resume os padrões encontrados nas legislações de saúde mental no Brasil e na Inglaterra/País de Gales. O quadro indica se a legislação no Brasil e na Inglaterra cumpre (✓) ou não cumpre (x) as normas específicas.

Este trabalho centra-se na internação involuntária, portanto, os padrões que se referem exclusivamente a infratores mentalmente doentes (E4; T1-6) e crianças foram omitidos.

Quadro 6. Síntese dos Resultados da comparação da Lista de Checagem da OMS com as legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales (OMS, 2005)¹.

	Questão Legislativa			BR	ING
A	Preâmbulo e objetivos	1a	A legislação tem um preâmbulo que enfatiza os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais?	x	x
		1b	A legislação tem um preâmbulo que enfatiza a importância de serviços de saúde mental acessíveis a todos?	x	x
		2a	A legislação especifica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem não discriminação contra pessoas com transtornos mentais?	✓	✓
		2b	A legislação especifica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem promoção e proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais?	✓	x
		2c	A legislação especifica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem melhor acesso a serviços de saúde mental?	✓	x
		2d	A legislação especifica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem uma abordagem de base comunitária?	✓	✓
B	Definições	1	Há uma definição clara de transtorno mental /doença mental / deficiência mental / incapacidade mental?	x	✓
		2	A partir da legislação fica evidente por que foi escolhido o termo específico (acima)?	x	x
		3	A legislação é clara sobre se retardamento mental /deficiência intelectual, transtornos de personalidade e abuso de substâncias estão contemplados ou não na legislação?	x	✓
		4	Todos os termos chaves da legislação estão definidos com clareza?	x	✓
		5	Todos os termos chaves são empregados coerentemente ao longo de toda a legislação (ou seja, não são intercambiados com outros termos com significados semelhantes)?	✓	✓
		6	Todos os termos “interpretáveis” (ou seja, termos que podem ter várias interpretações ou significados possíveis ou podem ser ambíguos em termos de seu significado) são definidos na legislação?	x	✓
C	Acesso à atenção à saúde mental	1	A legislação tem disposições para o financiamento dos serviços de saúde mental?	x	x
		2	A legislação estipula que os serviços de saúde mental devem ser fornecidos numa base igual à da atenção à saúde física?	x	x
		3	A legislação garante alocação de recursos a populações subatendidas e especifica que esses serviços devem ser culturalmente adequados?	x	✓

¹ Esse quadro inclui uma versão editada da Lista de Checagem da OMS (OMS, 2005).

D		4	A legislação promove a saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde?	x	x
		5	A legislação promove o acesso a drogas psicotrópicas?	x	x
		6	A legislação promove uma abordagem psicossocial, reabilitadora?	✓	x
		7	A legislação promove o acesso a seguro-saúde no setor saúde pública e privada para pessoas com transtornos mentais?	x	x
		8	A legislação promove a atenção comunitária e a desinstitucionalização?	✓	✓
	Direitos dos usuários de serviços de saúde mental	1	A legislação inclui os direitos ao respeito, à dignidade e a ser tratado de maneira humana?	✓	✓
		2	O direito dos pacientes à confidencialidade com relação a informações sobre si mesmos, sua doença e tratamento é incluído?	✓	x
		2a	Existem sanções e penalidades para pessoas que transgridem a confidencialidade dos pacientes?	x	x
		2b	A legislação prevê circunstâncias excepcionais em que a confidencialidade pode ser legalmente violada?	x	✓
		2c	A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de liberação de informações?	x	x
		3	A legislação concede aos pacientes acesso livre e pleno a informações sobre si mesmos (inclusive acesso a seus registros clínicos)?	x	x
		3a	As circunstâncias nas quais esse acesso pode ser negado são descritas?	✓	x
		3b	A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de reter informações?	x	x
		4	A lei especifica o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante?	✓	✓
		5	A legislação estabelece as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente terapêutico e higiênico?	x	x
		6	A lei insiste na privacidade de pessoas com transtornos mentais?	x	x
		6a	A lei é clara sobre os níveis mínimos de privacidade a serem respeitados?	x	x
		7	A legislação proíbe o trabalho forçado ou inadequadamente remunerado dentro de instituições de saúde mental?	x	x
		8	A lei dispõe sobre: • Atividades educacionais, • Treinamento vocacional, • Lazer e atividades recreativas, e • Necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais?	✓	x
		9	As autoridades de saúde são compelidas pela lei a informar aos pacientes os seus direitos?	✓	✓
		10	A legislação assegura que os usuários dos serviços de saúde mental se envolvam na política de saúde mental, desenvolvimento de legislação e planejamento de serviços?	✓	✓

E	Direitos dos familiares e outros atendentes	1	A lei autoriza familiares ou outros atendentes imediatos a ter informações sobre a pessoa com um transtorno mental (a menos que o paciente se oponha à divulgação dessas informações)?	x	✓
		2	Os membros da família ou outros atendentes imediatos são incentivados a se envolver na formulação e implementação do plano de tratamento individualizado do paciente?	x	x
		3	Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de apelar contra decisões de admissão e tratamento involuntários?	x	✓
		5	A legislação assegura que os familiares ou outros atendentes se envolvam no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental?	✓	✓
F	Competência, capacidade e tutela	1	A legislação dispõe sobre a administração dos negócios de pessoas com transtornos mentais caso eles sejam inaptos para tal?	x	✓
		2	A lei define “competência” e “capacidade”?	x	✓
		3	A lei formula um procedimento e critérios para determinação da incapacidade/incompetência de uma pessoa com relação a questões como decisões de tratamento, seleção de um substituto na tomada de decisões, tomada de decisões financeiras?	x	✓
		4	São estabelecidos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade/incompetência e para revisões periódicas de decisões?	x	x
		5	A lei estabelece procedimentos para a designação, duração, deveres e responsabilidades para um tutor atuar em nome de um paciente?	x	✓
		6	A lei determina um processo para definir em quais áreas um tutor pode tomar decisões em nome de um paciente?	x	✓
		7	A lei prevê uma revisão sistemática da necessidade de um tutor?	x	x
		8	A lei dispõe que um paciente possa apelar contra a designação de um tutor?	x	✓
G	Admissão e voluntário	1	A lei promove a admissão e tratamento voluntário como uma alternativa preferencial à admissão e tratamento involuntários?	✓	✓
		2	A lei estipula que todos os pacientes voluntários apenas podem ser tratados após obtido o consentimento informado?	✓	x
		3	A lei estipula que pessoas admitidas como usuários de saúde mental voluntários devem ser atendidas de maneira equivalente a como são atendidos os pacientes com problemas de saúde física?	x	x
		4	A lei estipula que a admissão e tratamento voluntários também implicam o direito à alta/recusa voluntária de tratamento?	✓	x
		5	A lei estipula que os pacientes voluntários devem, no momento da admissão, ser informados de que eles apenas perderão o direito de sair caso se enquadrem nas condições para a atenção involuntária?	x	x

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

J	Tratamento involuntário (quando separado da admissão involuntária)	1a	A lei define critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os quais que o paciente sofre de um transtorno mental?	✓	✓
		1b	A lei define critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os quais que o paciente carece de capacidade para tomar decisões informadas de tratamento?	✓	✓
		1c	A lei define critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os quais que o tratamento é necessário para produzir uma melhora na condição do paciente e/ou restabelecer a capacidade para tomar decisões de tratamento e/ou prevenir grave deterioração e/ou evitar injúria ou dano ao próprio paciente ou aos demais?	✓	✓
		2	A lei estipula que um plano de tratamento seja proposto por um clínico credenciado com experiência e conhecimento para fornecer tratamento?	✓	✓
		3	A lei dispõe que um segundo clínico concorde com o plano de tratamento?	x	x
		4	Uma entidade independente é instalada para autorizar tratamento involuntário?	✓	✓
		5	A lei estipula que o tratamento se dê apenas por um prazo limitado?	✓	✓
		6	A lei garante o direito de apelar contra tratamento involuntário?	x	✓
		7	A legislação prevê revisões ágeis, regulares e periódicas de tratamento involuntário?	✓	✓
K	Consentimento por procuração para tratamento	1	A lei dispõe que uma pessoa possa consentir com o tratamento em nome de um paciente caso se constate que esse paciente é incapaz para dar consentimento?	✓	✓
		2	O paciente tem o direito de apelar contra uma decisão de tratamento à qual um procurador tenha dado consentimento?	x	✓
		3	A lei dispõe sobre o uso de “diretrizes de ante-mão” e, neste caso, o termo é definido com clareza?	x	✓
L	Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários	1	A lei dispõe sobre tratamento involuntário na comunidade como uma alternativa “menos restritiva” a um estabelecimento de saúde mental com tratamento por internação?	x	✓
		2	Todos os critérios e salvaguardas necessários para tratamento involuntário por internação também são incluídos para tratamento involuntário sediado na comunidade?	x	✓
M	Situações de emergência	1	Os critérios para admissão/tratamento de emergência se limitam a situações em que haja uma alta probabilidade de perigo imediato e iminente de dano ao paciente e/ou aos demais?	✓	✓
		2	Existe na lei um procedimento claro para admissão e tratamento em situações de emergência?	x	✓
		3	A lei dá margem a que um clínico geral ou clínico de saúde mental admita e trate casos de emergência?	x	✓
		4	A lei especifica um prazo para a admissão de emergência (normalmente não mais do que 72 horas)?	x	x

		5	A lei especifica a necessidade de iniciar os procedimentos para admissão e tratamento involuntários, caso necessários, o mais cedo possível após encerrada a situação de emergência?	x	x
		6	Tratamentos como ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais são proibidos para pessoas consideradas como casos de emergência?	x	x
		7	Os pacientes, familiares e representantes pessoais têm o direito de apelar contra admissão/tratamento de emergência?	x	x
N	Determinações de transtorno mental	1a	A legislação define o nível de qualificações necessário para diagnosticar transtorno mental?	✓	✓
		1b	A legislação especifica as categorias de profissionais que podem avaliar uma pessoa para determinar a existência de um transtorno mental?	✓	✓
		2	Codifica em lei o credenciamento de clínicos e determina que o credenciamento seja efetuado por uma junta independente?	✓	✓
O	Tratamentos especiais	1	A lei proíbe a esterilização como tratamento para transtorno mental?	x	x
		1a	A lei especifica que o mero fato de ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização ou aborto sem consentimento informado?	x	x
		2	A Lei exige consentimento informado para procedimentos médicos e cirúrgicos maiores em pessoas com transtorno mental?	✓	✓
		2a	A lei permite procedimentos médicos e cirúrgicos sem consentimento informado, caso a espera por consentimento informado possa colocar em risco a vida do paciente?	✓	✓
		2b	Em casos de inaptidão para consentir tenda a ser de longo prazo, a lei prevê autorização para procedimentos médicos e cirúrgicos concedida por uma junta de revisão independente ou mediante consentimento por procuração de um tutor?	✓	✓
		3	A psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis são proibidos para pacientes involuntários?	x	x
		3a	Existe uma entidade independente para garantir que haja consentimentos informado para psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis para pacientes involuntários?	✓	✓
		4	A lei especifica a necessidade de consentimento informado ao usar ECT?	✓	✓
		5	A lei proíbe o uso de ECT não modificada?	✓	x
		6	A lei proíbe o uso de ECT em menores?	x	x
P	Isolamento e restrições	1	A lei estipula que o isolamento e restrições apenas sejam utilizados em casos excepcionais para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos outros?	x	x
		2	A lei estipula que o isolamento e restrições nunca sejam usados como meio de punição ou para a conveniência do pessoal do estabelecimento?	x	x

		3	A lei especifica um prazo máximo de restrição para o qual o isolamento e as restrições podem ser usados?	x	x
		4	A lei assegura que um período de isolamento e restrição não seja imediatamente acompanhado por outro?	x	x
		5	A lei incentiva o desenvolvimento de requisitos de recursos estruturais e humanos adequados que minimizem a necessidade de utilizar o isolamento e restrições em estabelecimentos de saúde mental?	x	x
		6	A lei estipula procedimentos adequados para o uso do isolamento e restrições inclusive: • quem deve autorizá-lo, • que o estabelecimento deve ser credenciado, • que as razões e a duração de cada incidente sejam registradas em um banco de dados e colocados à disposição de um conselho de revisão, e • que os familiares/atendentes e representantes pessoais sejam imediatamente informados quando o paciente for submetido a isolamento e/ou restrição?	x	x
Q	Pesquisa clínica e experimental	1	A lei estipula que se deva obter consentimento informado para a participação em pesquisa clínica ou experimental tanto de pacientes voluntários como de pacientes involuntários que tenham a aptidão para consentir?	✓	x
		2a	Nos casos em que uma pessoa seja incapaz de dar consentimento informado (e em que foi tomada uma decisão de que a pesquisa pode ser realizada): A lei estipula que um consentimento por procuração seja obtido do tutor legalmente designado ou de um membro da família ou de uma autoridade independente constituída para esse propósito?	✓	✓
		2b	Nos casos em que uma pessoa seja incapaz de dar consentimento informado (e em que foi tomada uma decisão de que a pesquisa pode ser realizada): A lei estipula que a pesquisa não pode ser realizada se a mesma puder ser realizada com pessoas capazes de consentir e que a pesquisa é necessária para promover a saúde do indivíduo e a da população representada?	x	✓
R	Mecanismos de fiscalização e revisão	1	A lei estabelece uma entidade judicial ou semijudicial para processos de revisão relacionados a admissão ou tratamento involuntários e outras restrições de direitos?	✓	✓
		1a (i)	A entidade acima avalia cada admissão / tratamento involuntário?	✓	✓
		1a (ii)	A entidade acima cuida de apelações contra admissão involuntária e/ou tratamento involuntário?	x	✓
		1a (iii)	A entidade acima examina os casos de pacientes admitidos involuntariamente (e pacientes voluntários de longo prazo)?	x	x
		1a (iv)	A entidade acima monitora regularmente pacientes que recebem tratamento contra sua vontade?	✓	✓

	1a (v)	A entidade acima Autoriza casos voluntários de tratamentos invasivos e irreversíveis?	x	✓
	1b	A composição dessa entidade inclui um profissional jurídico experiente, um clínico de saúde experiente e uma “pessoa sábia” que reflete a perspectiva da “comunidade”?	✓	✓
	1c	A lei prevê apelação a um tribunal superior contra as decisões dessa entidade?	x	✓
	2	A lei estabelece uma entidade de controle e fiscalização para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental?	x	✓
	2a (i)	A entidade acima mencionada Realiza inspeções regulares em estabelecimentos de saúde mental?	x	✓
	2a (ii)	A entidade acima mencionada Fornece orientação sobre minimização de tratamentos invasivos?	x	x
	2a (iii)	A entidade acima mencionada Mantém estatísticas; por exemplo, uso de tratamentos invasivos e irreversíveis, isolamento e restrições?	x	✓
	2a (iv)	A entidade acima mencionada Mantém registros de estabelecimentos e profissionais credenciados?	x	x
	2a (v)	A entidade acima mencionada Informa e faz recomendações diretamente ao ministro de governo responsável?	x	✓
	1a (vi)	A entidade acima mencionada Publica resultados com periodicidade regular?	x	x
	2b	A composição da entidade inclui profissionais (saúde mental, direito, assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando famílias de pessoas com transtornos mentais, ativistas de direitos e leigos?	x	✓
	2c	A autoridade dessa entidade é claramente definida na legislação?	x	✓
	3a	A legislação define procedimentos para apresentações, investigações e resoluções de reclamações?	x	x
	3b (i)	A lei estipula o período a partir da ocorrência do incidente no qual a reclamação deve ser feita?	x	x
	3b (ii)	A lei estipula um período máximo no qual a reclamação deve ser respondida, por quem e como?	x	x
	3b (iii)	A lei estipula o direito dos pacientes de escolher e designar um representante pessoal e/ou advogado para representá-los em quaisquer apelações ou procedimentos de reclamações?	x	x

		3b (iv)	A lei estipula o direito dos pacientes a um intérprete para os procedimentos, se necessário?	x	x
		3b (v)	A lei estipula o direito do paciente e seu advogado de acessar cópias de seus prontuários médicos e outros relatórios e documentos importantes durante os procedimentos de reclamações ou apelações?	x	x
		3b (vi)	A lei estipula o direito do paciente e seu advogado de assistir e participar nos procedimentos de reclamações e apelações?	x	x
S	Responsabilidade da polícia	1	A lei impõe restrições às atividades da polícia para garantir que pessoas com transtornos mentais sejam protegidas contra detenção e prisão ilegais e sejam encaminhadas para serviços apropriados de atenção à saúde?	x	✓
		2	A legislação permite que familiares, atendentes ou profissionais de saúde obtenham ajuda da polícia em situações em que um paciente se encontre altamente agressivo ou esteja demonstrando comportamento descontrolado?	x	✓
		3	A lei possibilita que pessoas detidas por atos criminosos e que estejam sob custódia da polícia, em caso de suspeita de transtorno mental, sejam prontamente examinadas em função de tal suspeita?	x	✓
		4	A lei dispõe que a polícia ajude a levar para um estabelecimento de saúde mental uma pessoa que tenha sido involuntariamente admitida ao estabelecimento?	x	✓
		5	A legislação dispõe que a polícia encontre uma pessoa foragida de um estabelecimento para onde fora involuntariamente recolhida e a entregue de volta ao estabelecimento?	x	✓
U	Discriminação	1	A lei inclui disposições destinadas a interromper a discriminação contra pessoas com transtornos mentais?	✓	✓
V	Habitação	1	A lei garante que não haja discriminação de pessoas com transtornos mentais na alocação de moradias?	✓	✓
		2	A lei dispõe sobre o alojamento de pessoas com transtornos mentais em planos estatais de habitação ou mediante subsídios à habitação?	x	x
		3	A legislação prevê alojamento em centros de convalescença e casas para longa permanência assistida para pessoas com transtornos mentais?	✓	x
W	Emprego	1	A lei prevê proteção para pessoas com transtornos mentais contra discriminação e exploração no local de trabalho?	x	✓
		2	A lei estipula “acomodação razoável” para empregados com transtornos mentais mediante a previsão, por exemplo, de um grau de flexibilidade no horário de trabalho para permitir que esses empregados procurem tratamento de saúde mental?	x	x
		3	A lei estipula igualdade de oportunidade de emprego para pessoas com transtornos mentais?	x	x
		4	A lei prevê o estabelecimento de programas de reabilitação vocacional e outros programas para trabalhos e emprego na comunidade?	✓	x

X	Previdência social	1	A legislação prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com deficiências mentais?	x	x
		2	A lei prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com transtornos mentais às mesmas taxas praticadas para pessoas com deficiências físicas?	x	x
Y	Questões Cíveis	1	A lei defende os direitos de pessoas com transtornos mentais para a classe integral de direitos cíveis, políticos, econômicos, sociais e culturais a que todas as pessoas estão intituladas?	x	x
Z	Proteção de grupos vulneráveis <i>Proteção para menores</i>	1	A lei limita a colocação de menores em estabelecimentos de saúde mental aos casos em que foram tentadas todas as alternativas comunitárias viáveis?	x	✓
		2a	Se menores são colocados em estabelecimentos de saúde mental, a legislação estipula que estes devem ter uma área de convivência independente da dos adultos?	x	x
		2b	Se menores são colocados em estabelecimentos de saúde mental, a legislação estipula que o ambiente seja adequado à idade e leve em consideração as necessidades de desenvolvimento dos menores?	x	✓
		3	A lei estipula que todos os menores disponham de um adulto para representá-los em todas as questões que os afetam, inclusive no consentimento para tratamento?	x	x
		4	A lei estipula a necessidade de levar em consideração as opiniões dos menores em todas as questões que os afetam (inclusive no consentimento com o tratamento) dependendo de sua idade e maturidade?	x	✓
		5	A legislação proíbe todos os tratamentos irreversíveis para as crianças?	x	x
	Proteção de grupos vulneráveis <i>Proteção para mulheres</i>	1	A legislação concede às mulheres com transtornos mentais direitos iguais aos dos homens em todas as questões relativas a direitos cíveis, políticos, econômicos, sociais e culturais?	✓	✓
		2a	A lei determina que as mulheres em estabelecimentos de saúde mental tenham privacidade adequada?	x	x
		2b	A lei determina que as mulheres em estabelecimentos de saúde mental disponham de instalações de dormitórios independentes das dos homens?	x	x
		3	A legislação estipula que mulheres com transtornos mentais devem receber igual tratamento e atenção à saúde mental que os homens, incluindo acesso a serviços e atenção à saúde mental na comunidade e em relação a admissão e tratamento voluntários e involuntários?	x	x

	Proteção de grupos vulneráveis <i>Proteção de minorias</i>	1	A legislação estipula especificamente que as pessoas com transtornos mentais não devem sofrer discriminação por motivos de raça, cor, língua, religião, opinião política ou outras opiniões, origem étnica ou social, situação legal ou social?	✓	✓
		2	A legislação prevê uma junta de revisão para monitorar admissão e tratamento involuntários de minorias e garantir que não haja discriminação sob nenhum pretexto?	x	x
		3	A lei estipula que refugiados e os que buscam asilo político tenham direito ao mesmo tratamento de saúde mental que os outros cidadãos do país anfitrião?	x	x
AZ	Delitos e penalidades	1	A lei tem uma seção que trata de delitos e penalidades adequadas?	x	✓
		2	A lei estipula sanções apropriadas contra indivíduos que violarem algum dos direitos dos pacientes conforme estabelecido na lei?	x	✓

Em síntese, na legislação brasileira foram encontrados 52 (31,32%) dos 166 padrões da OMS, enquanto que na legislação da Inglaterra/País de Gales foram encontrados 90 (54,2%).

O quadro 8 apresenta os padrões abarcados pelas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales, de acordo com a Lista de Checagem da OMS.

Quadro 7. Padrões abarcados pelas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales

	Brasil	Inglaterra/País de Gales
Questões com alto nível de cobertura pela legislação		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definições e Determinações de transtorno mental (B e N) ➤ Admissão e tratamento involuntário (I J K e L) ➤ Consentimento (K) ➤ Responsabilidade da polícia (S) ➤ Delitos e penalidades (AZ)
Questões de nível médio de cobertura pela legislação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definições e Determinações de Transtorno mental (B e N) ➤ Princípios fundamentais (A, D) ➤ Admissão e tratamento involuntário (I J K e L) ➤ Tratamentos especiais, Isolamento e restrições (O, P) ➤ Pesquisa clínica e experimental (Q) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Competência, capacidade tutela (F) ➤ Mecanismos de fiscalização e revisão (R) ➤ Tratamentos especiais, Isolamento e restrições (O, P) ➤ Direitos dos familiares e outros atendentes (E) ➤ Pesquisa clínica e experimental (Q)
Questões com baixo nível de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Direitos dos familiares e outros atendentes (E) ➤ Competência, capacidade, tutela e consentimento (F, K) ➤ Pacientes voluntários (G, H) ➤ Situações de Emergência (M) ➤ Mecanismos de fiscalização e revisão (R) ➤ Responsabilidade da polícia (S) ➤ Direitos econômicos e sociais (C,V) ➤ Emprego, Previdência Social e Questões Cíveis (W,X, Y) ➤ Grupos vulneráveis (Z) ➤ Delitos e penalidades (AZ) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Princípios fundamentais (A, D) ➤ Pacientes voluntários (G, H) ➤ Situações de Emergência (M) ➤ Direitos econômicos e sociais (C, V) ➤ Emprego, Previdência Social e Questões Cíveis (W,X, Y) ➤ Grupos vulneráveis (Z)

A legislação da Inglaterra/País de Gales cobre amplamente 9 padrões: Definições (B) e Determinações de transtorno mental (N), Admissão e tratamento involuntário (I J K e L), Consentimento (K), Responsabilidade da polícia (S), Delitos e penalidades (AZ). A legislação brasileira trata dos quatro primeiros mas não de forma abrangente, enquanto que os temas Responsabilidade da polícia e delitos e penalidades não foram abordados pela legislação brasileira.

Os padrões sobre “pesquisa clínica e experimental” (Q) e “tratamentos especiais, Isolamento e restrições” (O, P) foram abordados em ambos países, mas não de maneira plena e abrangente.

A legislação da Inglaterra/País de Gales abarca, mas não plenamente, os padrões da OMS em relação à “competência, capacidade e tutela”, não trata sobre os procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade/incompetência e para revisões periódicas de decisões (F4) e não prevê uma revisão sistemática da necessidade de um tutor (F7). Esses padrões não foram cobertos pela legislação brasileira.

Os padrões Mecanismos de fiscalização e revisão (R) e Direitos dos familiares e outros atendentes (E) não foram tratados plenamente pela legislação da Inglaterra/País de Gales. Esses temas também não foram abarcados pela legislação brasileira.

Brasil e Inglaterra/País de Gales não abordaram adequadamente em suas legislações sobre os padrões da OMS: Pacientes voluntários (G, H); Situações de Emergência (M); Direitos econômicos e sociais (C, V); Emprego, Previdência Social e Questões Civis (W, X e Z) e Grupos vulneráveis (Z).

Discussão

5. DISCUSSÃO

A legislação na Inglaterra/País de Gales reúne 90 (54,2%) das 166 normas estabelecidas pela OMS.

As áreas de alta cobertura incluem definições claras de transtorno mental, procedimentos robustos para internação e tratamento involuntários (embora o acesso à informação em certas fases permaneça abaixo do ideal) e clareza sobre as infrações e sanções para aqueles que violarem a legislação. Áreas de cumprimento médio incidem sobre a competência, capacidade e consentimento, supervisão e mecanismos de revisão, e regras que regem tratamentos especiais, isolamento e contenção, bem como outros assuntos mais específicos como direitos das famílias e pesquisa clínica e experimental.

Dentre as áreas de baixa cobertura estão o compromissos legislativos para proteger e promover os direitos das pessoas com transtornos mentais, a definição e tratamento de pacientes voluntários, proteção de pacientes pertencentes a grupos vulneráveis (menores, mulheres, minorias), procedimentos em situações de emergência. O maior déficit refere-se à proteção dos direitos econômicos e sociais na legislação de saúde mental.

A Legislação no Brasil reúne 52 (31,32%) das 166 diretrizes estabelecidas pela OMS. Nenhuma questão pode ser considerada amplamente coberta. Áreas de cumprimento médio incidem sobre definições e determinações de transtorno mental, princípios fundamentais, admissão e tratamento involuntário e pesquisa clínica e experimental. Questões importantes como competência, capacidade, tutela e consentimento, que receberam destaque na CDPD não foram abordados pela legislação brasileira, assim como delitos e penalidades, responsabilidade da polícia e situações de emergência. Áreas de baixa cobertura também incluem mecanismos de fiscalização e revisão, tratamentos especiais, isolamento e restrições, pacientes voluntários, direitos econômicos, sociais e previdenciários.

Para a discussão, os padrões da OMS foram divididos em três grupos: 1) *Direitos das pessoas com transtornos mentais na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales*, que abrange os padrões: Definições e Determinações de transtorno mental, Princípios Fundamentais, Direitos Econômicos e Sociais. 2) *Internação Involuntária na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales* que

abrange os padrões: Admissão e tratamento involuntário, Situações de Emergência; Tratamentos especiais, isolamento e restrições; Mecanismos de fiscalização e revisão, Competência, capacidade, tutela e consentimento, e 3) *Outras questões relevantes*, que abrange: Pacientes voluntários, Direitos dos familiares e outros atendentes, Pesquisa clínica e experimental, Grupos vulneráveis, Responsabilidade da Polícia e Delitos e Penalidades.

5.1 Direitos das pessoas com transtornos mentais na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales

5.1.1 Definições e Determinações de transtorno mental

A seção de “definições” (B) em uma legislação é um ponto importante, pois apresenta a interpretação e significado dos termos utilizados. Nesse sentido, as definições devem ser claras e inequívocas para aqueles que precisam compreender e implementar a lei, para o público que pode ser afetado por ela, pelos pacientes, familiares e também para os tribunais que precisam tomar suas decisões com base nas definições formuladas (OMS, 2005).

A Legislação da Inglaterra/País de Gales inclui definições claras de transtornos mentais, lista as categorias de transtornos e define termos específicos, como sugere a OMS. A legislação brasileira adotou o termo “transtorno mental”, sem defini-lo ou também definir outros termos utilizados na legislação.

As Legislações do Brasil e da Inglaterra/País de Gales atendem a todos os critérios da OMS em relação a “determinações de transtorno mental” (N), com forte ênfase na participação médica no diagnóstico.

5.1.2 Princípios fundamentais

Os preâmbulos dos MHAs 1983 e 2007 da Inglaterra/País de Gales não mencionam os direitos humanos e, portanto, deixam de concordar com a maioria

dos padrões da OMS em relação ao “preâmbulo e objetivos” (A). A legislação brasileira também não conta com um preâmbulo que mencione os direitos humanos, porém tem uma maior concordância com os padrões da OMS no que diz respeito ao preâmbulo e objetivos.

A OMS enfatiza que os direitos dos usuários de serviços de saúde mental devem ser protegidos formalmente na legislação de saúde mental, embora alguns desses direitos não sejam específicos a pessoas com transtornos mentais, como os direitos à informação e à confidencialidade. Essa proteção especial e adicional é necessária devido ao histórico de abusos de direitos humanos, e também as peculiaridades dos transtornos mentais (OMS, 2005).

A legislação brasileira tem uma maior cobertura desse tema em relação à legislação da Inglaterra/País de Gales. A Lei 10.216/01 especifica os direitos das pessoas com transtornos mentais,

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Entre os princípios fundamentais descritos na seção 8 do MHA 2007, estão: (a) respeitar os desejos e sentimentos passados e presentes dos pacientes, (b) respeitar à diversidade em geral, incluindo, a diversidade de religião, cultura e orientação sexual, (c) minimizar as restrições à liberdade, (d) possibilitar a participação dos pacientes no planejamento, desenvolvimento e fornecimento de cuidados e tratamento adequado a eles, (e) evitar a discriminação ilegal, (f) garantir a eficácia do tratamento, (g) integrar os pontos de vista dos prestadores de cuidados

e outras partes interessadas, (h) buscar o bem-estar e a segurança do paciente, e (i) a segurança pública (*tradução livre*)².

Ambas jurisdições incluem o direito ao respeito, dignidade e a ser tratado de maneira humana (D1)³, mas não satisfazem as exigências da OMS sobre o acesso à informação e o direito à privacidade. Algumas dessas questões são abrangidas por outras leis, mas não são abordadas na legislação de saúde mental. No Brasil, a legislação de saúde mental prevê a garantia de acesso às informações, mas “desde que tal fato não cause dano a si próprio ou a outrem”⁴. Sendo assim, o acesso a esse direito tem restrições o que contraria normas gerais de direitos humanos como o PIDCP e os Princípios ASM.

As legislações de ambas jurisdições também especificam o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante (D4)⁵, no entanto, não estabelecem as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente seguro, terapêutico e higiênico (D5).

Os MHAs da Inglaterra/País de Gales não fazem nenhuma referência explícita para atividades educacionais; formação profissional; lazer e atividades recreativas e as necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais (D8).

No Brasil, a lei prevê que os serviços que realizem assistência psiquiátrica sob regime de internação devem oferecer: instalações para atividades educativas, recreativas e de lazer e para o engajamento do paciente em ocupação adequada a sua tradição cultural e para medidas de reabilitação profissional que favoreçam sua reintegração na comunidade⁶.

A inclusão de referência dos direitos humanos em todos os documentos relativos aos direitos das pessoas com transtornos mentais serve principalmente a finalidade de ressaltar a noção do valor integral dos indivíduos e do princípio da não-

² Section 8 (2B). Mental Health Act 2007. *In preparing the statement of principles the Secretary of States shall, in particular, ensure that each of the following matters is addressed – (a) respect for patients' past and present wishes and feelings, respect for diversity generally including, in particular, diversity of religion, culture and sexual orientation (within the meaning of section 35 of the Equality Act 2006), (c) minimising restrictions on liberty, (d) involvement of patients in planning, developing and delivering care and treatment appropriate to them, (e) avoidance of unlawful discrimination, (f) effectiveness of treatment, (g) views of carers and other interested parties, (h) patient wellbeing and safety, (i) and public safety.*

³ Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8 que altera a MHA 1983, seção 118(2B). Brasil: Lei 10.216/01 Artigo 2º, Parágrafo Único, inc. II.

⁴ Artigo 14, Resolução CFM nº 1.598/2000

⁵ Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8 que altera MHA 1983, seção 118(2B). Brasil: Lei 10.216/01 Artigo 2º, Parágrafo Único, inc. III.

⁶ Artigo 10, Resolução CFM nº 2.057/13

discriminação, reiterando o fato de que uma pessoa ter um transtorno mental não a priva da essência da humanidade, e que seus direitos humanos devem ser respeitados igualmente (ERDMANE, 2010).

5.1.3 Direitos econômicos e sociais

A legislação na Inglaterra/País de Gales e no Brasil permite a internação de pessoas com transtornos mentais e, portanto, gerando questionamentos relacionados a certos direitos civis como por exemplo, o direito à liberdade. Apesar disso, as legislações são substancialmente menos claras sobre outros aspectos dos cuidados de saúde mental, muitos dos quais dizem respeito aos direitos econômicos e sociais (Por exemplo, direito à assistência médica) (KELLY, 2011). Algumas das principais lacunas identificadas referem-se a garantias legais na legislação de saúde mental dos direitos relativos ao acesso à atenção à saúde mental (C), habitação (V), emprego (W), previdência social (X) e outras questões civis (Y) em relação às pessoas com transtornos mentais. Isso levanta a questão da importância do uso da legislação de saúde mental, em vez da legislação geral, para resolver essas questões entre os indivíduos com transtorno mental.

Brasil e Inglaterra/País de Gales têm legislação geral, regulamentos e sistemas relacionados com a igualdade, habitação, várias outras questões civis e previdência social e que são relevantes para todos os indivíduos, independentemente de terem ou não um diagnóstico de transtorno mental (KELLY, 2011). Fortes evidências na história da psiquiatria, no entanto, sugerem que os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais exigem proteção adicional (GOSTIN; GABLE, 2004; KELLY, 2011), e o Livro de Recursos da OMS apresenta de forma detalhada esses direitos na lista de checagem da Legislação de Saúde Mental, embora reconheça que os países podem tratar algumas questões por meio de legislação geral ou regulamentos, em vez de legislação de saúde mental (KELLY, 2011).

5.2 Internação Involuntária na Legislação do Brasil e Inglaterra/País de Gales

5.2.1 Internação e tratamento involuntário

A legislação na Inglaterra/País de Gales cumpre a maioria dos critérios relativos à internação involuntária, não atendendo aos requisitos para o fornecimento de informações (I7), revisões periódicas e a intervalos regulares de admissão involuntária e voluntária de longo prazo por uma autoridade independente (I9), e para o credenciamento de estabelecimentos para a internação de pacientes involuntários (I3). Este requisito é coberto pela legislação brasileira na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.598/2000⁷.

Apesar dos esforços, a legislação brasileira apresenta várias lacunas quanto à internação e tratamento involuntários, trazendo assim risco de abusos na utilização desse recurso, que deve ser usado apenas em situações extremas. A OMS enfatiza que a questão fundamental para a legislação de saúde mental nesse sentido é descrever circunstâncias em que a internação involuntária e o tratamento involuntário são apropriados, e definir procedimentos adequados. Para garantir que os direitos sejam adequadamente protegidos, esta seção da legislação normalmente requer uma exposição bastante detalhada dos processos legais, e consequentemente pode ser um pouco extensa (OMS, 2005, p. 62).

Aspectos importantes são incluídos na legislação brasileira, como a obrigatoriedade do propósito terapêutico da internação (I1c) e o princípio do ambiente menos restritivo (I4)⁸.

As maiores lacunas relacionam-se ao direito de revisão e apelação à internação.

A internação involuntária deve ser revista pelo clínico de saúde responsável sistematicamente e periodicamente por uma junta de revisão. Além disso, os pacientes e suas famílias devem ter o direito de apelar para uma junta de revisão, corte ou tribunal contra a imposição da internação involuntária (OMS, 2005).

⁷ Artigo 19, Resolução CFM nº 1.598/2000.

⁸ Art. 4º, § 1º Lei 10.216/01

O livro de recursos também trata sobre o “tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários” (L). Estes estabelecimentos geralmente são considerados menos restritivos que um hospital, “embora as condições de vida altamente restritivas e intervenções médicas invasivas que podem fazer parte de sistemas comunitários sejam às vezes mais restritivas que, por exemplo, uma permanência curta em hospital” (OMS, 2005, p. 76).

São exemplos de situações menos restritivas: “tratamento ambulatorial, tratamento em hospital-dia, programas de hospitalização parcial e tratamento em domicílio” (OMS, 2005, p. 76).

Alguns países possuem sistemas de tratamento comunitário que incluem tratamento médico involuntário. É o caso, no Brasil, das Comunidades Terapêuticas (CT). A portaria nº 3.088 de 2011 traz as CT como serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tais instituições devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, apoiando e reforçando o cuidado clínico geral dos seus usuários, e com os Centros de Atenção Psicossocial que são responsáveis pela indicação do tratamento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade ⁹.

Todavia, tal método de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas ainda requer diversos estudos para averiguar se o “isolamento” social em que havia o convívio com a droga não pode ocasionar, no momento de saída da CT, uma recaída devido à desadaptação social, já que a abstinência ocorreu em um ambiente de privação tanto da substância quanto do grupo social. O indivíduo em tratamento nas CT tem seu tratamento em caráter de internação, com foco na abstinência e isolamento social, distanciando-o da família e comunidade por um tempo pré-estabelecido, e por vezes, não propiciando o tratamento do indivíduo em seu território e ferindo seu direito de liberdade (BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013)

⁹ Art. 9º, inciso II, Portaria GM nº 3.088/2011.

As CT também devem atentar para seu objetivo de “atender pacientes dependentes de substâncias psicoativas que almejam uma recuperação”, pois dentro das CT são encontrados também pacientes usuários não-dependentes, internações indiscriminadas, pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos associados à dependência - o que requer um tratamento mais específico - e também internações utilizadas pela família do indivíduo com caráter punitivo (SABINO; CAZENAVE, 2005; BADAGNAN; BRITO; VENTURA, 2013).

Quanto a isso, a OMS (2005) alerta que a legislação sobre

tratamento comunitário somente deve ser introduzida no contexto de serviços comunitários de saúde mental acessíveis e de qualidade que enfatizem a atenção e tratamento voluntários como opção preferida. Há um risco significativo de que devido à supervisão comunitária compulsória, os serviços de saúde mental passem a recorrer à obrigação de fornecer atenção de base comunitária em lugar de se concentrar em tornar tais serviços aceitáveis pelos usuários e investir esforços e recursos no envolvimento voluntário dos usuários nos mesmos (p. 77).

Dessa forma, observa-se que a legislação brasileira não atende ao requisito de que todos os critérios e salvaguardas necessários para tratamento involuntário por internação também devem ser incluídos para tratamento involuntário sediado na comunidade (L2).

O Mental Health Act 2007 introduziu o tratamento involuntário na comunidade, e os indivíduos submetidos ao tratamento na comunidade desfrutam de todos os critérios e salvaguardas necessárias para tratamento involuntário hospitalar (L2)¹⁰.

O Mental Health Alliance (UK) informou que nos primeiros 12 meses foram emitidas 4.000 ordens de tratamento comunitário de acordo com as novas disposições. Segundo Weller (2011), enquanto as ordens de tratamento comunitário podem garantir o acesso ao tratamento na comunidade, não garantem o acesso a serviços comunitários adequados. Para a autora, parece improvável que os serviços melhorem o desenvolvimento de caminhos mais efetivos para a recuperação. Enquanto um exame mais detalhado da operação de CTOs é claramente necessário, a dependência de intervenções coercitivas engendradas pelas novas

¹⁰ MHA 2007, Seções 32 a 36

disposições parece ofender os princípios da CDPD como a igualdade perante a lei, a prestação de serviços e o respeito apropriados a integridade física e mental da pessoa.

5.2.2 Situações de Emergência

Para as internações em situações de emergência (M) o livro de recursos traz algumas questões centrais: para ser uma emergência, primeiro é preciso demonstrar que o tempo exigido para seguir os procedimentos substantivos provocaria atraso suficiente e resultaria em prejuízo à pessoa envolvida ou a outras pessoas. Em uma emergência, a internação e tratamento involuntários devem ser permitidos mediante avaliação e conselho de um clínico geral qualificado ou outro apropriado.

O tratamento de emergência deve ter um prazo limitado (normalmente não mais que 72 horas) e os procedimentos substantivos para internação e tratamento involuntários, se necessários, devem ser iniciados o mais cedo possível e concluídos dentro desse período” (OMS, 2005, p. 81).

Também sugere um procedimento específico que inclui um plano de tratamento, informação imediata aos membros da família ou representantes legais sobre o uso dos poderes de emergência, e direito de apelação a um tribunal de saúde mental e cortes judiciais contra a internação involuntária e tratamento de emergência (OMS, 2005).

A legislação no Brasil e na Inglaterra/País de Gales permite o tratamento de emergência de pacientes incapazes de consentir se o tratamento for necessário imediatamente e se houver uma alta probabilidade de perigo imediato de dano ao paciente ou aos demais (M1)¹¹. O MHA 2007 delineia procedimentos para internação e tratamento em situações de emergência (M2)¹²; e fornece detalhes consideráveis sobre os papéis dos profissionais de saúde mental, incluindo o médico responsável (M3)¹³. O Brasil não cobre esses padrões da OMS.

¹¹ Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, Seção 35 (1) que altera a MHA 1983, seção 64G. Brasil: Resolução CFM nº 2.057/2013, artigo 14.

¹² MHA 1983, alterado pela MHA 2007, part. II

¹³ MHA 2007, seção 9(9) que altera a MHA 1983, seção 34(1), e a seção 12(7)(a), que altera a MHA 1983, seção 64(1).

Nenhuma das jurisdições preenche os demais requisitos da OMS em relação aos procedimentos para internação e tratamento após encerrada a situação de emergência (M5); também não proíbem explicitamente tratamentos como a ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais para as pessoas consideradas como casos de emergência (M6); e não explicitam o direito dos pacientes, familiares e representantes pessoais de apelar contra a internação de emergência (M7).

Em relação ao limite de tempo para a internação de emergência, (M4), o MHA 1983 (Inglaterra/País de Gales) permite a internação de avaliação por até 28 dias¹⁴ período significativamente maior do que as 72 horas sugeridas pela OMS (M4). O Brasil não define um limite de tempo para as admissões em situações de emergência.

5.2.3 Tratamentos especiais, isolamento e restrições

Brasil e Inglaterra/País de Gales exigem consentimento informado para procedimentos médicos, e também permitem que tais procedimentos sejam realizados sem o consentimento, caso a espera pelo consentimento informado coloque em risco a vida do paciente (O2, O2a). Nenhuma das legislações proíbe de forma plena tratamentos irreversíveis para pacientes involuntários. O MHA 2007 introduz várias salvaguardas¹⁵, e a legislação brasileira proíbe que a neuropsicocirurgia e quaisquer tratamentos invasivos e irreversíveis sejam realizados em pacientes involuntários e compulsórios, mas com exceções¹⁶.

Em relação à psicocirurgia, ambas jurisdições atendem ao critério de exigência de uma entidade independente para garantir que haja consentimento informado para psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis para tratamento involuntário (O3a)¹⁷.

¹⁴ MHA 1983, seção 2(2)(a).

¹⁵ MHA 1983, alterada pela MHA 2007, seção 57.

¹⁶ Resolução CFM 2.057/2013, artigo 19.

¹⁷ Brasil: Resolução CFM 2.057/2013, artigo 25. Inglaterra e País de Gales: MHA 1983, alterada pela MHA 2007, seção 57(2).

Quanto à ECT, há, na Inglaterra/País de Gales, a exigência de consentimento informado para pacientes involuntários, exceto aqueles que não têm a capacidade, para os quais é necessária uma segunda opinião (O4)¹⁸. No Brasil, o consentimento informado também é exigido e, para as situações em que o paciente se encontre inapto para fornecer o consentimento informado, este pode ser obtido junto aos familiares ou responsáveis. Quando isso não for possível, o médico que indicar e/ou realizar a ECT torna-se responsável pelo procedimento, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico¹⁹.

A legislação da Inglaterra/País de Gales não proíbe a ECT não modificada (sem anestesia) (O5) ou a ECT em menores (O6). No Brasil, a legislação prevê que a ECT só pode ser realizada com anestesia²⁰ e que seu uso em crianças de idade inferior a 16 anos somente deve ser feito em condições excepcionais²¹. Nenhuma das jurisdições faz referência à esterilização (O1, O1a).

Sobre os MHAs não abordarem a questão da ECT não modificada, Kelly (2001) argumenta que a ECT não é mais praticada na Inglaterra/País de Gales, o que reduz a necessidade de ter esse tema refletido na legislação de saúde mental. A mesma posição se mantém com relação à esterilização. Nenhuma jurisdição proíbe a esterilização e a OMS assinala que esse tipo de proibição é necessária apenas em países em que estas intervenções estejam ocorrendo insustentavelmente como tratamento para transtornos mentais (OMS, 2005).

O atendimento ou não aos critérios da OMS sobre a proibição da ECT não modificada e da esterilização depende também das tradições legais específicas de cada país. Em jurisdições como o Brasil, com um alto nível de aderência aos padrões de direitos humanos, a ECT não modificada representa uma violação do artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de que "ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante" (ONU, 1948) e, portanto, não se faz necessário exigir a menção dessa proibição na legislação de saúde mental. Do mesmo modo, em jurisdições que enfatizam o direito comum, como na Inglaterra/País de Gales, a ECT não modificada pode representar uma violação ao direito comum e, portanto, não requer menção específica. Os

¹⁸ MHA 1983, alterada pela MHA 2007, seção 58A.

¹⁹ Resolução CFM 1.640/02, artigo 3º, § 1º e 2º.

²⁰ Resolução CFM 1.640/02, artigo 6º. Resolução CFM 2.057/2013, artigo 25.

²¹ Resolução CFM 1.640/02, artigo 9º, §2º. Resolução CFM 2.057/2013, artigo 23, parágrafo único.

mesmos argumentos podem aplicar-se à "esterilização como um tratamento para transtorno mental" (O1).

Nenhuma das jurisdições fornece orientações detalhadas sobre "isolamento e restrições" (P). Na Inglaterra/País de Gales, existe um Código de Boas Práticas que trata de isolamento e contenção, mas o código é para fins de orientação e embora a equipe tenha o dever de levá-lo em conta, a lei não impõe um dever legal de cumprir o Código (KELLY, 2011).

5.2.4 Mecanismos de fiscalização e revisão

A legislação na Inglaterra/País de Gales reúne alguns, mas não todos, os padrões da OMS em relação à fiscalização e revisão (R). Os tribunais de revisão em saúde mental avaliam as admissões involuntárias (R1a (i))²² e ordens de tratamento comunitário (R1)²³; tratam das apelações contra internação involuntária (R 1a (ii))²⁴; e reveem os casos de pacientes involuntários, mas não de pacientes voluntários a longo prazo (R1a (iii)).

A legislação afirma a importância da *Care Quality Commission* (CQC), que tem o objetivo de verificar se os direitos humanos dos pacientes estão sendo protegidos e como os fornecedores de serviços de saúde mental estão aplicando as salvaguardas da lei e os princípios e as normas do Código de Prática, enquanto estão sendo tratados.

A CQC inspeciona regularmente instalações (R2a (i)); mantém estatísticas adequadas (R2a (iii)); publica resultados regularmente (R2a (vi)); faz recomendações de forma adequada (R2a (v)); é adequadamente estruturada (R2b); e tem autoridade clara (R2c). Não fornece orientações sobre a minimização dos tratamentos invasivos (R2a (ii)) e não mantém um registro de estabelecimentos e profissionais credenciados (R2a (iv)). Embora a CQC realize consultas, revisões e investigações, não define os procedimentos para reclamações de forma detalhada (R3a R3b-(vi)) (KELLY, 2011).

²² MHA 1983, alterada pela MHA 2007, parte V.

²³ MHA 2007, seção 37(3), que altera a MHA 1983, seção 68(1).

²⁴ MHA 1983, alterada pela MHA 2007, seção 66.

No geral, as normas da OMS em matéria de fiscalização e avaliação são satisfeitas em parte, mas não na sua totalidade, na Inglaterra/País de Gales, com uma maior lacuna sobre procedimentos para apresentações, investigações e resoluções de reclamações (R3a R3b-(VI)). A ausência de um procedimento robusto de reclamações reduz o grau de supervisão e avaliação.

No Brasil, os déficits em relação a mecanismos de fiscalização e revisão são ainda maiores, a legislação apresenta uma baixa cobertura dos padrões da OMS. A legislação determina que seja constituída uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (R1, R1a(i), R1a(iv))²⁵, que deverá ser multiprofissional, tendo como integrantes, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de Saúde Mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. Considera “relevante e desejável” que também faça parte da Comissão, representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares (R1b)²⁶. Assim como ocorre na Inglaterra/País de Gales, a Comissão revê os casos de pacientes involuntários, mas não de pacientes voluntários a longo prazo (R1a (iii)).

A legislação brasileira não cobre nenhum dos padrões relativos a apelação a um tribunal superior contra as decisões da Comissão Revisora (R1c) e também não cumpre com os padrões de estabelecimento de uma entidade de controle e fiscalização para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental.

A proteção aos direitos de recurso e revisão foram intensificadas nas recomendações e princípios internacionais. O estabelecimento de mecanismos legais e de supervisão para proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais é obrigatório nos termos dos artigos 13 e 16 da CDPD. De acordo com as recomendações do Conselho da Europa, uma pessoa tem o direito de interpor recurso contra as decisões tomadas pela justiça ou qualquer outra autoridade competente sobre sua internação involuntária em instituições psiquiátricas. Em relação a ambas as decisões, a pessoa também tem o direito de revisão por um tribunal em intervalos razoáveis (ERDMANE, 2010).

²⁵ Portaria GM nº 2.391/2002, artigo 10.

²⁶ Portaria GM nº 2.391/2002, artigo 10, §1º.

Para Erdmane (2010), é quase impossível exercer o direito de recorrer, se à pessoa tiver sido anteriormente negado o direito de participar e de receber informações sobre o processo em curso. No caso de processos de capacidade, esta questão é ainda mais complexa, uma vez que a maioria das leis nacionais requer capacidade legal para apresentar um recurso. Muitas vezes, as pessoas, consequentemente, enfrentam um impasse se a sua capacidade legal foi restringida e ficam impossibilitadas de apresentar um recurso. Para evitar esse tipo de situação, é essencial que todas as garantias processuais que se inter-relacionam e decorrem uma da outra estejam presentes. Muitas vezes não é possível assegurar um direito se um outro está sendo ignorado. As fortes declarações de documentos internacionais, considerando os direitos de recurso, revisão, de ser ouvido e de participar pode ser interpretadas como pedidos para os países considerarem as garantias processuais das pessoas com transtornos mentais, mesmo se a sua capacidade legal for limitada ou se sua atitude for aparentemente irracional e inadequada (ERDMANE, 2010).

A falta de fiscalização é considerada por Drew et. al. (2011) uma razão significativa da ocorrência de violações aos direitos humanos. Sendo assim, é essencial o compromisso dos governos a fim de estabelecer mecanismos para a implementação e monitoramento adequados.

5.2.5 Competência, capacidade, tutela e consentimento

Na Inglaterra/País de Gales está em vigor desde 2005, o Mental Capacity Act, que é responsável pela boa cobertura das normas da OMS sobre competência, capacidade e tutela. Porém, não estão presentes na legislação da Inglaterra/País de Gales procedimentos para revisões periódicas das decisões em relação à tutela, incapacidade e incompetência (F4), e revisão sistemática da necessidade de um tutor (F7).

No Brasil, essa questão não recebe nenhuma cobertura na legislação de saúde mental. Representa um importante problema a ser resolvido, devido não só ao não cumprimento com relação às Normas do Livro de Recursos da OMS, mas também de acordo com o desenvolvimento, em 2006, da CDPD. A CDPD

compromete os países signatários a “promoverem, protegerem e assegurarem o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promoverem o respeito pela sua dignidade inerente” (artigo 1º). Dentre os oito princípios gerais da CDPD, está o respeito à autonomia individual e à independência das pessoas, e também a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade, (artigo 3º). O Brasil assinou a CDPD em 2007 e a ratificou em 2008, enquanto que o Reino Unido assinou em 2007 e ratificou em 2009. Após a ratificação, sem dúvida, aumenta a pressão para que os países tratem explicitamente de questões como a competência, capacidade e consentimento entre os indivíduos com transtornos mentais.

Sobre o reconhecimento da capacidade legal das pessoas com transtornos mentais na CDPD, Dhandha (2008) argumenta que

Um exame dos sistemas jurídicos em todo o mundo mostra que se existe uma classe de pessoas que não são reconhecidas como capazes de gerir suas vidas, são aquelas com deficiências intelectuais e psicossociais. Essa crença na incapacidade dessas pessoas tem recebido reconhecimento legislativo por meio de leis que negam capacidade legal a pessoas com deficiências. Essas leis as desqualificam e impedem que tomem decisões próprias em questões de tratamento, casamento ou residência, bem como administrem seus negócios mediante uma negação geral da capacidade contratual. A CDPD tentou remediar essa profunda discriminação reconhecendo, em primeiro lugar, que todos os indivíduos com deficiências são pessoas perante a lei. Porém, esse reconhecimento não se resume a reafirmar a identidade legal de pessoas com deficiências como sujeitos do direito. A Convenção também confere a essas pessoas o poder de gerir seus próprios assuntos. Esse poder não está baseado no paradigma da independência, mas no da interdependência, que estabelece que capacidade e apoio podem ser contíguos. Uma pessoa com deficiência não precisa se declarar incapaz para obter apoio. Em consequência, a CDPD reconhece que uma pessoa com deficiência pode precisar de apoio para exercer sua capacidade legal, mas a obtenção de apoio não é motivo para concluir que a capacidade não existe. Esse paradigma da interdependência que permite a coexistência de autonomia e apoio é um avanço importante que a Convenção fez ao estabelecer um regime de direitos para as pessoas com deficiências. Ao reconhecer a autonomia com apoio, a CDPD deu voz às pessoas com deficiências, fez delas parte integrante da sociedade e assim concedeu espaço a um ponto de vista da deficiência sobre o mundo. (p. 48).

5.3 Outras questões relevantes

5.3.1 Pacientes voluntários

Embora o MHA da Inglaterra/País de Gales dê ênfase ao tratamento em ambientes menos restritivos (G1), a legislação atende apenas um dos cinco critérios da OMS sobre “admissão e tratamento voluntário” (G).

O Brasil por sua vez atende a três dos cinco critérios, deixando de estipular que os pacientes voluntários devem, no momento da internação, ser informados de que perderão o direito de sair caso se enquadrem nas condições para atenção involuntária (G5) e que devem ser atendidos de maneira equivalente a como são atendidos os pacientes com problemas de saúde física (G3).

A OMS distingue pacientes voluntários de pacientes não protestadores. O conceito de voluntário “exclui o uso de coerção; e implica que existem escolhas disponíveis e que o indivíduo tem a aptidão de exercer essa escolha” (OMS, 2005, p. 59). Os pacientes “não protestadores” seriam aqueles incapazes, devido ao seu estado de saúde mental, de dar consentimento a internação, mas que não recusam intervenções de saúde mental (por exemplo, pessoas com retardamento mental grave) (OMS, 2005).

Incluir esses pacientes na legislação busca assegurar que não sejam transformados incorretamente em pacientes involuntários ou voluntários, ajudando a prevenir um aumento potencialmente enorme no número de pessoas incorretamente admitidas como pacientes involuntários (OMS, 2005).

A conformidade com as normas da OMS em relação aos pacientes não protestadores (H) é limitada em ambas jurisdições: enquanto a MCA 2005 (Inglaterra/País de Gales) estabelece regras relativas à internação (H1) e tratamento (H2) desses pacientes²⁷, estas disposições são drasticamente limitadas (KELLY, 2011). No Brasil, a legislação não prevê disposição específica para pacientes não protestadores. O maior cumprimento das normas da OMS sobre pacientes voluntários é especialmente importante porque a grande maioria das pessoas que

²⁷ MCA 2005 alterada pela MHA 2007, programação A1 e 1A

acessam a assistência psiquiátrica deveriam fazê-lo de forma voluntária (KELLY, 2011).

5.3.2 Direitos dos familiares e outros atendentes

A legislação na Inglaterra/País de Gales reúne muitos dos padrões da OMS em relação aos “direitos dos familiares e outros atendentes” (E)²⁸, com exceção do incentivo aos familiares e outros atendentes a se envolverem na formulação e implementação do plano de tratamento individualizado do paciente (E2).

O Brasil atende apenas a um dos critérios da OMS sobre esse tópico, que trata da garantia de envolvimento dos familiares ou outros atendentes de se envolverem no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental (E5)²⁹.

É comum que os familiares assumam a responsabilidade principal no cuidado de pessoas com transtornos mentais, a legislação portanto, precisa reconhecer seu importante papel no processo de internação involuntária.

A literatura indica que a inclusão da família na terapêutica, além de ser mais efetiva ao indivíduo, retira a culpabilidade dos familiares em relação à doença e ao processo de adoecer, e os inclui como sujeitos relevantes no processo de reabilitação e reinserção social (HIRDES; KANTORSKI, 2005; BRITO; BADAGNAN; VENTURA, 2015).

A presença de uma pessoa com transtorno mental produz alterações em todo o contexto familiar. Muitas vezes, antes do adoecimento, o indivíduo tinha condições de contribuir não só financeiramente mas também nas atividades domésticas. Quando ocorrem as modificações no comportamento, a rotina familiar é sobrecarregada pela responsabilidade de cuidar deste indivíduo, além dos encargos econômicos devido à impossibilidade do trabalho e do distanciamento do paciente do convívio familiar e das atividades sociais (MELMAN, 2001; BRITO; BADAGNAN; VENTURA, 2015).

²⁸ MHA 1983, seção 132(4); MHA 1983 seção 132A(3), alterada pela MHA 2007, schedule 3, parágrafo 30; MHA 1983, seção 11(4); MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B).

²⁹ Lei 10.216/01, Artigo 3º.

A participação da família na formulação e implementação de um plano de tratamento é importante para a recuperação do usuário, visto que um dos principais componentes para a recuperação da pessoa é a inserção ativa da sua família no desenvolvimento de estratégias que visem à reabilitação psicossocial. Esta participação torna a família o principal estímulo à sua integração social, permitindo-lhe desenvolver mecanismos eficazes para enfrentar as eventuais adversidades surgidas no cotidiano e os desafios que lhe são impostos (CARDOSO; GALERA, 2011).

Sendo assim, a legislação em saúde mental precisa assegurar que os familiares tenham acesso ao apoio e serviços de que necessitam ao cuidar de uma pessoa com transtorno mental, e estimular o envolvimento de familiares em diferentes aspectos dos serviços de saúde mental, bem como dos processos legais como internação involuntária e apelação (OMS, 2005).

5.3.3 Pesquisa clínica e experimental

O PIDCP (1966) proíbe em seu artigo 7 a pesquisa clínica e experimental sem consentimento informado. Já o Princípio 11 (15) dos Princípios ASM afirma que “ensaios clínicos e pesquisa experimental jamais serão realizados em nenhum paciente sem o consentimento informado, a não ser que um paciente que não possa dar consentimento informado possa ser admitido a um ensaio clínico ou receber tratamento experimental, mas somente com a aprovação de uma junta de revisão competente e independente especificamente constituída para esse propósito” (ONU, 1991).

Nessa perspectiva, a OMS inclui padrões específicos para os países que permitem a pesquisa clínica e experimental com pacientes incapazes de consentir.

Em relação à “pesquisa clínica e experimental” (Q) a legislação brasileira estipula que pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com transtorno mental sem o seu consentimento informado (Q1)³⁰. Também estipula que no caso da pessoa ser

³⁰ Resolução CFM nº 2.057/13, artigo 28.

incapaz de dar consentimento informado, o consentimento por procuração seja obtido do representante legal ou de membro da família (Q2a)³¹.

A legislação na Inglaterra/País de Gales não fornece orientação detalhada sobre pesquisa experimental (Q1), mas, para aqueles que não têm capacidade de consentir, o MCA 2005 permite a pesquisa sujeita a certas salvaguardas³², incluindo a obrigatoriedade de consentimento de uma autoridade apropriada (Q2a)³³ e que a pesquisa não pode ser realizada se a mesma pesquisa poderá ser realizada em pessoas capazes de consentir (Q2b)³⁴; e que a pesquisa é necessária para promover a saúde do indivíduo e da população representada (Q2b)³⁵. A legislação brasileira por sua vez, não atende a esse último requisito (Q2b).

5.3.4 Grupos vulneráveis

De acordo com a OMS (2005), seria desnecessária uma legislação específica para menores, mulheres e minorias afetados por transtornos mentais se a prática mostrasse que esses grupos vulneráveis recebem tratamento e serviços adequados e não discriminatórios. No entanto, na realidade esses grupos são discriminados e sofrem injustiças. Embora a extensão desses problemas varie de país para país, nenhum país está imune a discriminação contra grupos vulneráveis, e, por isso, a proteção dos direitos desses grupos na legislação de saúde mental é relevante para todos os países.

Brasil e Inglaterra/País de Gales não atendem adequadamente aos padrões da OMS. Em relação à proteção para menores, a legislação brasileira não cobre nenhum dos padrões, enquanto que o MHA 2007 (Inglaterra/País de Gales) inclui "minimizar as restrições à liberdade", como um "princípio fundamental" (Z1, menores)³⁶; enfatiza a importância das instalações apropriadas à idade (Z2b, menores)³⁷; e requer que se leve em consideração as opiniões dos menores nas

³¹ Lei nº 10.216/01, artigo 11.

³² MCA 2005, seções 30 a 34.

³³ MCA 2005, seção 32.

³⁴ MCA 2005, seção 31(4).

³⁵ MCA 2005, seção 31(5).

³⁶ MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B)(c).

³⁷ MHA 2007, seção 31(3), que altera a MHA 1983, seção 131.

questões que os afetam (Z4, menores)³⁸. A legislação não proíbe todos os tratamentos irreversíveis para as crianças (Z5, os menores), embora haja salvaguardas específicas para certos tratamentos (tais como ECT) na MHA 2007³⁹.

Quanto às mulheres, Brasil e Inglaterra/País de Gales incluem como princípios fundamentais, o respeito pela diversidade em geral, incluindo, a diversidade de sexo, religião, cultura e orientação sexual⁴⁰ e a proteção contra discriminação⁴¹ (Z1, mulheres). Nenhuma das jurisdições atende a qualquer dos outros padrões da OMS em relação às mulheres.

No que diz respeito às minorias, Brasil e Inglaterra/País de Gales incluem como princípios fundamentais, o respeito pela diversidade em geral, incluindo, a diversidade de sexo, religião, cultura e orientação sexual⁴² e a proteção contra discriminação⁴³ (Z1, minorias). Nenhuma das jurisdições atende a qualquer dos outros padrões da OMS em relação à proteção de minorias.

5.3.5 Responsabilidade da polícia

O Livro de Recursos considera importante que a legislação ajude a garantir um papel construtivo e útil para a polícia com respeito a pessoas com transtornos mentais. A polícia, ao mesmo tempo em que tem a responsabilidade imediata de manter a ordem pública, também tem o “dever de proteger e respeitar os direitos das pessoas que são vulneráveis por causa de um transtorno mental e de agir de uma maneira atenciosa e compassiva” (OMS, 2005, p. 97).

A legislação deve tratar sobre os poderes da polícia, como entrar em propriedades particulares para deter uma pessoa e levá-la para um lugar de segurança quando houver justificativas razoáveis para suspeitar que a pessoa

³⁸ MHA 1983, seção 131(2).

³⁹ MHA 2007, seção 58A, que altera a MHA 1983, seção 58.

⁴⁰ Brasil: Lei 10.216/01, artigo 1º. Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B)(b).

⁴¹ Brasil: Lei 10.216/01, artigo 1º. Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B)(e).

⁴² Brasil: Lei 10.216/01, artigo 1º. Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B)(b).

⁴³ Brasil: Lei 10.216/01, artigo 1º. Inglaterra e País de Gales: MHA 2007, seção 8, que altera a MHA 1983, seção 118(2B)(e).

represente um perigo para si e para os outros; levar uma pessoa sujeita à internação involuntária para um estabelecimento de saúde mental designado; levar um paciente involuntário, ausente do estabelecimento de saúde mental sem permissão, de volta a esse estabelecimento. Respostas a pedidos de ajuda em situações de emergência, bem como pode impor restrições às atividades da polícia para assegurar proteção contra apreensão e detenção ilegal de pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005).

A legislação da Inglaterra/País de Gales atende a todas as normas em relação à responsabilidade da polícia⁴⁴. A legislação brasileira, por sua vez, não traz nenhuma menção sobre esse tema, muito embora se veja na prática o uso de força policial em casos de internação involuntária (BRITO, 2011).

5.3.6 Delitos e penalidades

A lei precisa especificar a punição apropriada para os diferentes delitos e pode indicar a gravidade das penalidades a serem empregas para determinadas transgressões, levando em conta o fato de que nem todas as transgressões são igualmente graves. Em muitos países, a menos que seja dada orientação específica na lei, os tribunais podem não conseguir atuar eficazmente quando a lei é transgredida, assim o potencial da lei para promover a saúde mental pode não ser realizada plenamente (OMS, 2005).

A legislação da Inglaterra/País de Gales está em conformidade com as normas da OMS sobre "delitos e penalidades" (AZ)⁴⁵. Já a legislação brasileira não traz nenhuma previsão sobre punições a quem infringir os direitos das pessoas com transtornos mentais, o que reduz sua eficácia, uma vez que prevê a garantia de diversos direitos mas não traz as punições aplicáveis aos casos de desrespeito a esses direitos.

⁴⁴ MHA 1983, alterada pela MHA 2007, seções 135 e 136.

⁴⁵ MHA 1983, alterada pela MHA 2007, parte IX.

5.4 Das semelhanças e diferenças nas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales sobre internação involuntária

Brasil e Inglaterra/País de Gales passaram por processos de reforma em suas legislações e serviços de saúde mental, buscando a reinserção da pessoa com transtorno mental no meio social, excluindo o modelo hospitalocêntrico de suas práticas de saúde mental. A legislação brasileira possui várias lacunas em relação a internação involuntária, enquanto que a legislação da Inglaterra/País de Gales é mais detalhista sobre os procedimentos, revisões e infrações a lei. Sua legislação é tão intimamente ligada à clínica que até mesmo lista os tipos de transtornos mentais e define termos específicos (ABDALLA-FILHO; ENGELHARDT, 2003). Como mencionado anteriormente, o detalhamento e abordagem de diversas situações possíveis é uma característica própria das legislações de países que adotam a *commom law*.

Comissões de fiscalização como a já citada Care Quality Commission (CQC), são bons exemplos a serem seguidos pelo Brasil, na busca da garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais internadas involuntariamente. Instituída pelo MHA de 1983, a CQC tem o dever de monitorar como os serviços exercem seus poderes e desempenham as suas funções quando os pacientes são submetidos à admissões involuntárias, ordens de tratamento comunitário ou tutela. A equipe visita e entrevista pessoas cujos direitos são restringidos pelo MHA, e exige ações dos provedores de serviços quando tomam conhecimento de assuntos de interesse. Também possuem o dever de prover segunda opinião por um médico nomeado e analisar as reclamações. Como um dos vários organismos do Reino Unido que formam o Mecanismo Nacional de Prevenção do Reino Unido contra a tortura, tratamento desumano ou degradante, também são obrigados a trabalhar preventivamente para implementar ações quando durante as visitas encontram práticas que desrespeitam padrões de direitos humanos.

Sendo assim, a legislação da Inglaterra/País de Gales pode servir de referência ao legislador brasileiro quanto ao aperfeiçoamento da legislação em relação aos procedimentos específicos para internação involuntária, fiscalização externa, e a inserção de definições de termos chave da legislação, delitos e penalidades a que estão sujeitos os que desrespeitarem os direitos garantidos pela

legislação de saúde mental, assim como responsabilidades policiais no que diz respeito a pessoas com transtornos mentais.

A legislação brasileira, por sua vez, é mais minuciosa ao elencar os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, pecando ao não definir as penalidades quando estes não são desrespeitados.

As duas jurisdições precisam rever suas legislações nas seguintes áreas: Pacientes voluntários, situações de emergência, direitos econômicos e sociais, questões civis e grupos vulneráveis.

Direitos fundamentais que muitas vezes são restringidos nos casos de internação involuntária, como o direito à privacidade, preservação máxima da capacidade civil e direito à integridade física e mental, receberam atenção especial da CDPD e outros instrumentos internacionais de direitos humanos, mas não são abordados adequadamente pelas legislações estudadas. Com a ratificação da CDPD por ambas jurisdições, faz-se necessário a revisão da legislação no que diz respeito a esses direitos essenciais ao exercício efetivo da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Quadro 8. Síntese das semelhanças e diferenças nas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales

Principais Semelhanças	Principais diferenças
Legislações cobrem mas não de forma abrangente a questão de pesquisa clínica e experimental e tratamentos especiais, isolamento e restrições.	Procedimentos relacionados à Internação involuntária são mais detalhados na legislação da Inglaterra e País de Gales.
Legislações não tratam adequadamente dos temas: Pacientes voluntários, situações de emergência, direitos econômicos e sociais, emprego, previdência, questões civis e grupos vulneráveis.	Legislação da Inglaterra/País de Gales traz definições dos termos chave utilizados na legislação, enquanto que a legislação brasileira não cobre esses padrões.
	Legislação Inglaterra/País de Gales elenca os delitos e penalidades em casos de desrespeito a lei de saúde mental. Legislação Brasileira é mais detalhista ao estabelecer os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, porém não trata dos delitos e penalidades.

A não abordagem ou a abordagem inapropriada de alguns padrões específicos podem impactar diretamente nas condições de saúde das pessoas com transtornos mentais e no exercício de sua cidadania. Podemos mencionar como exemplo disso, o Brasil e a lacuna em relação aos padrões sobre competência, capacidade e tutela. Ao deixar de legislar sobre competência, capacidade e tutela, o país contribui com o aumento da possibilidade das pessoas com transtornos mentais terem seu direito à autonomia, tomada de decisão, preservação máxima da capacidade, desrespeitados. A ausência desses direitos tem impactos na vida dessas pessoas que ficam sujeitas ao estigma e discriminação, abusos, restrições ao exercício dos direitos civis e políticos, restrições na capacidade de participar de assuntos públicos e também barreiras no acesso a educação e trabalho.

As figuras 1 e 2 relacionam os padrões que não são abordados pelas legislações do Brasil e Inglaterra/País de Gales, os direitos humanos e as condições de vulnerabilidade a que ficam sujeitas as pessoas que não têm esses direitos garantidos.

Figura 1. Relação entre os padrões não abordados pela legislação brasileira, direitos humanos e condições de vulnerabilidade.

Figura 2. Relação entre os padrões não abordados pela legislação da Inglaterra/País de Gales, direitos humanos e condições de vulnerabilidade.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de leis de saúde mental é fundamental para a promoção dos direitos humanos de um grupo vulnerável da população, as pessoas com transtornos mentais. Pode-se afirmar que em razão do transtorno, essas pessoas ficam sujeitas a serem admitidas em instituições psiquiátricas arbitrariamente, tendo seus direitos restringidos.

Brasil e Inglaterra/País de Gales têm buscado, por meio de implementação de leis e programas, a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, limitando as possibilidades de internação involuntária e visando garantir uma maior fiscalização nos casos das internações serem necessárias.

Por intermédio desta pesquisa, buscou-se analisar as semelhanças e diferenças entre a legislação em saúde mental relacionadas à internação psiquiátrica involuntária no Brasil e Inglaterra/País de Gales, uma vez que a compreensão e comparação dessas normas pode atuar como referência para a busca de novos caminhos para a saúde mental.

A partir da análise comparada das legislações conclui-se que:

- A legislação da Inglaterra/País de Gales traz procedimentos mais claros e detalhados sobre “internação involuntária” e possui “mecanismos de fiscalização” mais eficazes do que o Brasil;
- Apesar das lacunas quanto aos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade e a revisão da necessidade de um tutor, o MCA apresenta uma boa cobertura sobre “competência, capacidade e tutela”, tema de elevada importância, principalmente após a ratificação da CDPD, e que o Brasil não aborda em sua legislação;
- A legislação brasileira elenca um rol maior de “direitos fundamentais”, porém não prevê “penalidades” quanto ao descumprimentos desses direitos. Já a Inglaterra/País de Gales cobre amplamente essa questão;
- As principais semelhanças entre Brasil e Inglaterra/País de Gales referem-se aos padrões que necessitam de revisão: “Pacientes voluntários”, situações de emergência“, direitos econômicos e sociais”, “questões civis” e “grupos vulneráveis”;

- Ambas jurisdições também apresentam o mesmo nível de cobertura quanto a “pesquisa clínica e experimental”, e “tratamentos especiais, isolamento e restrições”.

Em suma, a análise das legislações de saúde mental apresentada neste trabalho sugere que documentos internacionais de direitos humanos, como o Livro de Recursos OMS, são instrumentos importantes e que podem nortear a construção de legislações. É necessário também que a formulação de leis e políticas de saúde mental esteja articulada com os documentos internacionais de direitos humanos como a CDPD.

Por fim, este trabalho reflete uma análise feita por um único indivíduo e não por uma comissão multidisciplinar de avaliação formada por representantes de grupos diferentes, com uma ampla gama de respostas possíveis para cada item da lista de verificação, como recomenda a Organização Mundial da Saúde. Além disso, esse trabalho analisa apenas o conteúdo legal e não mede a sua aplicabilidade prática, não avaliando os resultados.

Espera-se, contudo, que o presente estudo, traga a tona a reflexão das autoridades competentes sobre a necessidade de solicitar auditorias mais profundas no âmbito da legislação nacional de saúde mental, realizadas por comitês multidisciplinares, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde. A legislação de saúde mental deve estar num processo de constante evolução, centrada na busca da consolidação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Referências

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, E.; ENGELHARDT, W. The practice of forensic psychiatry in England and Brazil: a brief comparison. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, p. 245-248, Outubro 2003.

ALEXANDER, J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 13, n. 5, p. 543-53, Oct 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BADAGNAN, H. F.; BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Reflexões Acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 3, n. 1, p. p. 29-39, 2013.

BEZERRA JUNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R. e TAVARES, R. (Ed.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Ed. UFRJ, 1992.

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

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 25 set. 2008.

_____. Projeto de Lei 3657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF, 12 set. 1989. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 3 set. 2010.

_____. **Legislação em Saúde Mental**. 2. Ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1.640 de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3103&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1640&situacao=VIGENTE&data=10-07-2002> Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS – 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.952 de 11 de junho de 2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução nº 1.598 de 2000. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. 20 set. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.057 de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

BRITO, E. S. **O Direito Humano à Saúde Mental**: compreensão dos profissionais da área. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 2, p. 41-63, 2012.

BRITO, E. S. D.; BADAGNAN, H. F.; VENTURA, C. A. The care integrated to family and community in the view of professionals from a psychiatric hospital. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 8088-8096, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CARE QUALITY COMMISSION (CQC). **Monitoring the Mental Health Act in 2014/2015**. Care Quality Commision. London. 2016

CASTILHO, R. **Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de Saúde. In: CAMPOS, G.; MINAYO, M., AKERMAN M, *et al* (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006. p.p. 563-613.

CONILL, E. M. et al. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 3, p. 328-346, 1991.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DANTAS, I. Direito comparado como ciência. **Revista Informação Legislativa**, v. 34, n. 134, p. 231-250, 1997.

DEPARTMENT OF HEALTH. **A national service framework for mental health**. London: Department of Health, 1999. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2016.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Modernising mental health services: safe, sound and supportive**. London: SO. 1998. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003105>. Acesso em: 8 mar. 2016.

DEPARTMENT OF HEALTH. **No health without mental health:** a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. London: SO, 2011. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2016.

DEPARTMENT OF HEALTH. **New horizons:** towards a shared vision for mental health. London: HMSO, 2009. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/consultations/liveconsultations/dh_103144>. Acesso em: 8 mar. 2016.

DISABILITY RIGHTS COMMISSION. **Equal treatment: closing the gap** – A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. Stratford upon Avon, UK, 2006.

DLOUHY, M. Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.

DOW, J. Mental Health Act 2007. **Journal of Integrated Care**, v. 16, n. 2, p. 33-37, 2008.

DREW, N. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. **Lancet**, v. 378, p. 1664-75, 2011.

DUARTE, R. P. Uma introdução ao Direito Comparado. **Revista O Direito IV**, n. 138, p. 769-792, 2006.

ERDMANE, A. Liberty behind Closed Doors-Involuntary Placement and Medical Treatment in Psychiatric Institutions from the Human Rights Perspective. **Vienna Online J. on Int'l Const. L.**, v. 4, p. 90, 2010.

FISTEIN, E. et al. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. In: (Ed.). **Int J Law Psychiatry**, v.32, p.147-55, 2009.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **British Medical Journal**, n. 323, p. 599-600, 2001.

FUNK, M.; DREW, N.; KNAPP, M. Mental health, poverty and development. **Journal of public mental health**, v. 11, n. 4, p. 166-185, 2012.

GABLE, L.; GOSTIN, L. O. Mental Health as a human right. In: (Ed.). **Swiss Human Rights Book**: Rüffer & Rub, v. 3, 2009. p.249-261

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2011. 200.

GILBERT, H. et al. **Service transformation: Lessons from mental health**. The King's Fund. London. 2014

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Mental Health Policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51-8, 2012.

GOSTIN, L. O.; GABLE, L. The human rights of persons with mental disabilities: a global perspective on the application of human rights principles to mental health. **Maryland Law Review**, v. 63, n. 20, p. 20-121, 2004.

GRAY, J. E. et al. Australian and Canadian mental health Acts compared. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 44, n. 12, p. 1126-31, Dec 2010.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, p. 160-166, 2005.

HUNT, P.; MESQUITA, J. Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health. **Human Rights Quarterly**, v. 28, n. 2, p. 332-356, 2006.

JACOB, K. S. et al. Mental health systems in countries: where are we now? **Lancet**, v. 370, p. 1061-77, 2007.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 1, p. 3-6, 03/2001 2001.

KELLY, B. D. Mental health legislation and human rights in England, Wales and the Republic of Ireland. **Int J Law Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 439-54, Nov-Dec 2011.

LATIF, Z.; MALIK, M. A. Mental health legislation in Ireland: a lot done, more to do. **J Am Acad Psychiatry Law**, v. 40, n. 2, p. 266-9, 2012.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. Rio de Janeiro: E.P.U., 2014. 112p.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

OLIVEIRA, A. A. S. Direito à Saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, v. Ano XIV, n. 48, p. 92-100, 2010.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS/WHO, 1946.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, 1948.

_____. **Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotado pela Resolução 2200(A) da Assembleia Geral da ONU de 16 de dezembro de 1966. Nova Iorque, 1966.

_____. **Princípios para a proteção de pessoas acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental**. Resolução nº 46. Nova Iorque, 1991.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova York, 2006.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência**. Guatemala, 7 jun. 1999. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/o.Convencao.Personas.Portadoras.de.Deficiencia.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

ROSENTHAL, E.; SUNDRAM, C. J. International human rights in mental health legislation. **NYL Sch. J. Int'l & Comp. L.**, v. 21, p. 469, 2001.

SABINO, N. D. M.; CAZENAVE, S. O. S. Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

SACARDO, D. P. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional**. 2009. 236 f. (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SCHNEIDER, S.; SCHIMITT, C. J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**, v. 9, p. 49-87, 1998.

SHAO, Y. et al. Current legislation on admission of mentally ill patients in China. **Int J Law Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 52-7, 2010.

SIEGEL, A. W. Inequality, privacy, and mental health. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 150-157, 2008.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2005.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. I, n. I, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TURNER, J. et al. The History of Mental Health Services in Modern England: Practitioner Memories and the Direction of Future Research. In: (Ed.). **Med Hist**, v.59, 2015. p.599-624.

UNITED NATIONS. **Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities**. Resolução nº 48/96. New York, 1993.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.; MINAYO, M., AKERMAN M, *et al* (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006. p.p. 563-613.

VENTURA, C. A. A.; BRITO, E. S. D. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 4, 2012.

WELLER, P. J. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the social model of health: new perspectives. **New Perspectives**, 2011.

WILKINSON, R. G. **Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality**. New York: Routledge, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health and Development**: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, 2010.

ZHANG, S. et al. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. **Neurosci Bull**, v. 31, n. 1, p. 99-112, Feb 2015.

ANEXO

Lista de Checagem da OMS para a Legislação de Saúde Mental

Lista de Checagem da OMS para a Legislação de Saúde Mental

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

A lista de checagem não cobre toda e qualquer questão que pode ou deve ser incluída na legislação. Isso não quer dizer que outros itens não tenham importância e que os países não devam adotá-los; entretanto, em favor da simplicidade e facilidade de uso, limitou-se o escopo dessa lista de checagem.

Questão legislativa	Até que ponto é contemplada na legislação (assinale uma opção)	Se (b), explique: • Por que ela não é adequadamente contemplada • O que está faltando ou é problemático na cláusula existente Se (c), explique por que não é contemplada na legislação vigente (se necessário, podem-se acrescentar informações adicionais a novas páginas)	Se (b) ou (c), explique como/se ela deve ser incluída na nova legislação (se necessário, podem-se acrescentar informações adicionais a novas páginas)
A. Preâmbulo e objetivos			
1) A legislação tem um preâmbulo que enfatiza: a) os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais?	a) b) c)		
b) a importância de serviços de saúde mental acessíveis a todos?	a) b) c)		
2) A legislação específica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem: a) não discriminação contra pessoas com transtornos mentais?	a) b) c)		
b) promoção e proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais?	a) b) c)		
c) melhor acesso a serviços de saúde mental?	a) b) c)		
d) uma abordagem de base comunitária?	a) b) c)		
	)		

B. Definições			
1) Há uma definição clara de transtorno mental /doença mental / deficiência mental / incapacidade mental?	a) b) c)		
2) A partir da legislação fica evidente por que foi escolhido o termo específico (acima)?	a) b) c)		
3) A legislação é clara sobre se retardamento mental / deficiência intelectual, transtornos de personalidade e abuso de substâncias estão contemplados ou não na legislação?	a) b) c)		
4) Todos os termos chaves da legislação estão definidos com clareza?	a) b) c)		
5) Todos os termos chaves são empregados coerentemente ao longo de toda a legislação (ou seja, não são intercambiados com outros termos com significados semelhantes)?	a) b) c)		
6) Todos os termos “interpretáveis” (ou seja, termos que podem ter várias interpretações ou significados possíveis ou podem ser ambíguos em termos de seu significado) são definidos na legislação?	a) b) c)		
C. Acesso à atenção à saúde mental			
1) A legislação tem disposições para o	a)		
financiamento dos serviços de saúde mental?	b) c)		
2) A legislação estipula que os serviços de saúde mental devem ser fornecidos numa base igual à da atenção à saúde física?	a) b) c)		
3) A legislação garante alocação de recursos a populações subatendidas e especifica que esses serviços devem ser culturalmente adequados?	a) b) c)		
4) A legislação promove a saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde?	a) b) c)		
5) A legislação promove o acesso a drogas psicotrópicas?	a) b) c)		
6) A legislação promove uma abordagem psicossocial, reabilitadora?	a) b) c)		
7) A legislação promove o acesso a seguro-saúde no setor de saúde pública e privada para pessoas com transtornos mentais?	a) b) c)		
8) A legislação promove a atenção comunitária e a desinstitucionalização?	a) b) c)		

D. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental			
1) A legislação inclui os direitos ao respeito, à dignidade e a ser tratado de maneira humana?	a) b) c)		
2) O direito dos pacientes à confidencialidade com relação a informações sobre si mesmos, sua doença e tratamento é incluído?	a) b) c)		
a) Existem sanções e penalidades para pessoas que transgridem a confidencialidade dos pacientes?	a) b) c)		
b) A legislação prevê circunstâncias excepcionais em que a confidencialidade pode ser legalmente violada?	a) b) c)		
c) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de liberação de informações?	a) b) c)		
3) A legislação concede aos pacientes acesso livre e pleno a informações sobre si mesmos (inclusive acesso a seus registros clínicos)?	a) b) c)		
a) As circunstâncias nas quais esse	a)		
acesso pode ser negado são descritas?	b) c)		
b) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de reter informações?	a) b) c)		
4) A lei especifica o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante?	a) b) c)		
5) A legislação estabelece as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente terapêutico e higiênico?	a) b) c)		
6) A lei insiste na privacidade de pessoas com transtornos mentais?	a) b) c)		
a) A lei é clara sobre os níveis mínimos de privacidade a serem respeitados?	a) b) c)		
7) A legislação proíbe o trabalho forçado ou inadequadamente remunerado dentro de instituições de saúde mental?	a) b) c)		
8) A lei dispõe sobre:	a)		
<ul style="list-style-type: none"> • Atividades educacionais, • Treinamento vocacional, • Lazer e atividades recreativas, e • Necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais? 	b) c) a) b) c)		
9) As autoridades de saúde são compelidas pela lei a informar aos pacientes os seus direitos?			
10) A legislação assegura que os usuários dos serviços de saúde mental se envolvam na política de saúde mental, desenvolvimento de legislação e planejamento de serviços?			

E. Direitos dos familiares e outros atendentes			
1) A lei autoriza familiares ou outros atendentes imediatos a ter informações sobre a pessoa com um transtorno mental (a menos que o paciente se oponha à divulgação dessas informações)?	a) b) c)		
2) Os membros da família ou outros atendentes imediatos são incentivados a se envolver na formulação e implementação do plano de tratamento individualizado do paciente?	a) b) c)		
3) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de apelar contra decisões de admissão e tratamento involuntários?	a) b) c)		
4) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de solicitar alta de infratores mentalmente doentes?	a) b) c)		
5) A legislação assegura que os familiares ou outros atendentes se envolvam no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental?	a) b) c) d)		
F. Competência, capacidade e tutela			
1) A legislação dispõe sobre a administração dos negócios de pessoas com transtornos mentais caso eles sejam inaptos para tal?	a) b) c)		
2) A lei define “competência” e “capacidade”?	a) b) c)		
3) A lei formula um procedimento e critérios para determinação da incapacidade/incompetência de uma pessoa com relação a questões como decisões de tratamento, seleção de um substituto na tomada de decisões, tomada de decisões financeiras?	a) b) c)		
4) São estabelecidos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade/incompetência e para revisões periódicas de decisões?	a) b) c)		
5) A lei estabelece procedimentos para a designação, duração, deveres e responsabilidades para um tutor atuar em nome de um paciente?	a) b) c)		
6) A lei determina um processo para definir em quais áreas um tutor pode tomar decisões em nome de um paciente?	a) b) c)		
7) A lei prevê uma revisão sistemática da necessidade de um tutor?	a) b)		

8) A lei dispõe que um paciente possa apelar contra a designação de um tutor?	c) a) b) c)		
G. Admissão e tratamento voluntário			
1) A lei promove a admissão e tratamento voluntário como uma alternativa preferencial à admissão e tratamento involuntários?	a) b) c)		
2) A lei estipula que todos os pacientes voluntários apenas podem ser tratados após obtido o consentimento informado?	a) b) c)		
3) A lei estipula que pessoas admitidas como usuários de saúde mental voluntários devem ser atendidas de maneira equivalente a como são atendidos os pacientes com problemas de saúde física?	a) b) c)		
4) A lei estipula que a admissão e tratamento voluntários também implicam o direito à alta/recusa voluntária de tratamento?	a) b) c)		
5) A lei estipula que os pacientes voluntários devem, no momento da admissão, ser informados de que eles apenas perderão o direito	a) b) c)		
de sair caso se enquadrem nas condições para a atenção involuntária?			
H. Pacientes não protestadores			
1) A lei dispõe sobre pacientes incapazes de tomar decisões informadas sobre admissão ou tratamento, mas que não recusam admissão ou tratamento?	a) b) c)		
2) As condições nas quais um paciente não protestador pode ser admitido e tratado são especificadas?	a) b) c)		
3) A lei estipula que, caso os usuários admitidos ou tratados nos termos dessa disposição objetem à sua admissão ou tratamento, eles devem receber alta ou ter o tratamento interrompido a menos que se enquadrem nos critérios para admissão involuntária?	a) b) c)		
I. Admissão involuntária (quando separada do tratamento) e tratamento involuntário (onde admissão e tratamento se combinam)			
1) A lei estipula que a admissão involuntária apenas pode ser concedida se:			
a) houver evidência de transtorno mental	a)		

de gravidade especificada?	b) c)		
b) houver grave probabilidade de dano ao próprio paciente ou a outros e/ou considerável probabilidade de grave deterioração na condição do paciente se o tratamento não for feito?	a) b) c)		
c) a admissão tiver um propósito terapêutico?	a) b) c)		
2) A lei estipula que dois clínicos de saúde mental credenciados devem atestar que os critérios para admissão involuntária foram atendidos?	a) b) c)		
3) A lei insiste no credenciamento de um estabelecimento para a admissão de pacientes involuntários?	a) b) c)		
4) O princípio do ambiente menos restritivo é aplicado às admissões involuntárias?	a) b) c)		
5) A lei dispõe que uma autoridade independente (uma junta ou tribunal de revisão, por exemplo)	a) b)		
autorize todas as admissões involuntárias?	c)		
6) São estabelecidos prazos nos quais a autoridade independente deve tomar uma decisão?	a) b) c)		
7) A lei insiste que os pacientes, familiares e representantes legais sejam informados dos motivos para admissão e de seus direitos de apelação?	a) b) c)		
8) A lei garante o direito de apelar contra uma admissão involuntária?	a) b) c)		
9) A lei inclui uma cláusula para revisões periódicas e a intervalos regulares de admissão involuntária (e “voluntária” de longo prazo) por uma autoridade independente?	a) b) c)		
10) A lei especifica que os pacientes devem receber alta de admissão involuntária tão logo não se enquadrem mais nos critérios para admissão involuntária?	a) b) c)		
J. Tratamento involuntário (quando separado da admissão involuntária)			
1) A lei define os critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os			

quais que:			
<ul style="list-style-type: none"> O paciente sofre de um transtorno mental? 	a) b) c)		
<ul style="list-style-type: none"> O paciente carece de capacidade para tomar decisões informadas de tratamento? 	a) b) c)		
<ul style="list-style-type: none"> O tratamento é necessário para produzir uma melhora na condição do paciente e/ou restabelecer a capacidade para tomar decisões de tratamento e/ou prevenir grave deterioração e/ou evitar injúria ou dano ao próprio paciente ou aos demais? 	a) b) c)		
2) A lei estipula que um plano de tratamento seja proposto por um clínico credenciado com experiência e conhecimento para fornecer o tratamento?	a) b) c)		
3) A lei dispõe que um segundo clínico concorde com o plano de tratamento?	a) b) c)		
4) Uma entidade independente é instalada para autorizar tratamento involuntário?	a) b) c)		
5) A lei estipula que o tratamento se dê apenas	a)		
por um prazo limitado?	b) c)		
6) A lei garante o direito de apelar contra tratamento involuntário?	a) b) c)		
7) A legislação prevê revisões ágeis, regulares e periódicas de tratamento involuntário?	a) b) c)		
K. Consentimento por procuração para tratamento			
1) A lei dispõe que uma pessoa possa consentir com o tratamento em nome de um paciente caso se constate que esse paciente é incapaz para dar consentimento?	a) b) c)		
2) O paciente tem o direito de apelar contra uma decisão de tratamento à qual um procurador tenha dado consentimento?	a) b) c)		
3) A lei dispõe sobre o uso de “diretrizes de antemão” e, neste caso, o termo é definido com clareza?	a) b) c)		
L. Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários			
1) A lei dispõe sobre tratamento involuntário na comunidade como uma alternativa “menos	a) b)		

restritiva” a um estabelecimento de saúde mental com tratamento por internação?	c)		
2) Todos os critérios e salvaguardas necessários para tratamento involuntário por internação também são incluídos para tratamento involuntário sediado na comunidade?	a) b) c)		
M. Situações de emergência			
1) Os critérios para admissão/tratamento de emergência se limitam a situações em que haja uma alta probabilidade de perigo imediato e iminente de dano ao paciente e/ou aos demais?	a) b) c)		
2) Existe na lei um procedimento claro para admissão e tratamento em situações de emergência?	a) b) c)		
3) A lei dá margem a que um clínico geral ou clínico de saúde mental admita e trate casos de emergência?	a) b) c)		
4) A lei especifica um prazo para a admissão de emergência (normalmente não mais do que 72 horas)?	a) b) c)		
5) A lei especifica a necessidade de iniciar os procedimentos para admissão e tratamento involuntários, caso necessários, o mais cedo	a) b) c)		
possível após encerrada a situação de emergência?			
6) Tratamentos como ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais são proibidos para pessoas consideradas como casos de emergência?	a) b) c)		
7) Os pacientes, familiares e representantes pessoais têm o direito de apelar contra admissão/tratamento de emergência?	a) b) c)		
N. Determinações de transtorno mental			
1) A legislação:			
a) Define o nível de qualificações necessário para diagnosticar transtorno mental?	a) b) c)		
b) Especifica as categorias de profissionais que podem avaliar uma pessoa para determinar a existência de um transtorno mental?	a) b) c)		
2) Codifica em lei o credenciamento de clínicos e determina que o credenciamento seja efetuado por uma junta independente?	a) b) c)		

O. Tratamentos especiais			
1) A lei proíbe a esterilização como tratamento para transtorno mental?	a) b) c)		
a) A lei especifica que o mero fato de ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização ou aborto sem consentimento informado?	a) b) c)		
2) A lei exige consentimento informado para procedimentos médicos e cirúrgicos maiores em pessoas com transtorno mental?	a) b) c)		
a) A lei permite procedimentos médicos e cirúrgicos sem consentimento informado, caso a espera por consentimento informado possa colocar em risco a vida do paciente?	a) b) c)		
b) Em casos em que a inaptidão para consentir tenda a ser de longo prazo, a lei prevê autorização para procedimentos médicos e cirúrgicos concedida por uma junta de revisão independente ou mediante consentimento por procuração de um tutor?	a) b) c)		
3) A psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis são proibidos para pacientes involuntários?	a) b) c)		
a) Existe uma entidade independente para garantir que haja de fato consentimento informado para psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis para pacientes involuntários?	a) b) c)		
4) A lei especifica a necessidade de consentimento informado ao usar ECT?	a) b) c)		
5) A lei proíbe o uso de ECT não modificada?	a) b) c)		
6) A lei proíbe o uso de ECT em menores?	a) b) c)		
P. Isolamento e restrições			
1) A lei estipula que o isolamento e restrições apenas sejam utilizados em casos excepcionais para prevenir dano imediato ou iminente ao	a) b) c)		

paciente ou aos outros?			
2) A lei estipula que o isolamento e restrições nunca sejam usados como meio de punição ou para a conveniência do pessoal do estabelecimento?	a) b) c)		
3) A lei especifica um prazo máximo de restrição para o qual o isolamento e as restrições podem ser usados?	a) b) c)		
4) A lei assegura que um período de isolamento e restrição não seja imediatamente acompanhado por outro?	a) b) c)		
5) A lei incentiva o desenvolvimento de requisitos de recursos estruturais e humanos adequados que minimizem a necessidade de utilizar o isolamento e restrições em estabelecimentos de saúde mental?	a) b) c)		
6) A lei estipula procedimentos adequados para o uso do isolamento e restrições inclusive: <ul style="list-style-type: none"> • quem deve autorizá-lo, • que o estabelecimento deve ser credenciado, • que as razões e a duração de cada incidente sejam registradas em um banco de dados e colocados à disposição de um conselho de revisão, e 	a) b) c)		
<ul style="list-style-type: none"> • que os familiares/atendentes e representantes pessoais sejam imediatamente informados quando o paciente for submetido a isolamento e/ou restrição? 			
Q. Pesquisa clínica e experimental			
1) A lei estipula que se deva obter consentimento informado para a participação em pesquisa clínica ou experimental tanto de pacientes voluntários como de pacientes involuntários que tenham a aptidão para consentir?	a) b) c)		
2) Nos casos em que uma pessoa seja incapaz de dar consentimento informado (e em que foi tomada uma decisão de que a pesquisa pode ser realizada):	a) b) c)		
a) A lei estipula que um consentimento por procuração seja obtido do tutor legalmente designado ou de um membro da família ou de uma autoridade independente constituída para esse propósito?	a) b) c)		
b) A lei estipula que a pesquisa não pode ser realizada se a mesma puder ser realizada com pessoas capazes de consentir e que a pesquisa é necessária	a) b) c)		

para promover a saúde do indivíduo e a da população representada?			
R. Mecanismos de fiscalização e revisão			
1) A lei estabelece uma entidade judicial ou semijudicial para processos de revisão relacionados a admissão ou tratamento involuntários e outras restrições de direitos?	a) b) c)		
a) A entidade acima:			
(i) Avalia cada admissão / tratamento involuntário?	a) b) c)		
(ii) Cuida de apelações contra admissão involuntária e/ou tratamento involuntário?	a) b) c)		
(iii) Examina os casos de pacientes admitidos involuntariamente (e pacientes voluntários de longo prazo)?	a) b) c)		
(iv) Monitora regularmente pacientes que recebem tratamento contra sua vontade?	a) b) c)		
(v) Autoriza casos voluntários de tratamentos invasivos e irreversíveis?	a) b) c)		
b) A composição dessa entidade inclui um profissional jurídico experiente, um clínico de saúde experiente e uma “pessoa sábia” que reflete a perspectiva da “comunidade”?	a) b) c)		
c) A lei prevê apelação a um tribunal superior contra as decisões dessa entidade?	a) b) c)		
2) A lei estabelece uma entidade de controle e fiscalização para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental?	a) b) c)		
a) A entidade acima mencionada:			
(i) Realiza inspeções regulares em estabelecimentos de saúde mental?	a) b) c)		
(ii) Fornece orientação sobre minimização de tratamentos invasivos?	a) b) c)		

(iii) Mantém estatísticas; por exemplo, uso de tratamentos invasivos e irreversíveis, isolamento e restrições?	a) b) c)		
(iv) Mantém registros de estabelecimentos e profissionais credenciados?	a) b) c)		
(v) Informa e faz recomendações diretamente ao ministro de governo responsável?	a) b) c)		
(vi) Publica resultados com periodicidade regular?	a) b) c)		
b) A composição da entidade inclui profissionais (saúde mental, direito, assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando famílias de pessoas com transtornos mentais, ativistas de direitos e leigos?	a) b) c)		
c) A autoridade dessa entidade é claramente definida na legislação?	a) b) c)		
3)			
a) A legislação define procedimentos para apresentações, investigações e resoluções de reclamações?	a) b) c)		
b) A lei estipula:			
• o período a partir da ocorrência do incidente no qual a reclamação deve ser feita?	a) b) c)		
• um período máximo no qual a reclamação deve ser respondida, por quem e como?	a) b) c)		
• o direito dos pacientes de escolher e designar um representante pessoal e/ou advogado para representá-los em quaisquer apelações ou procedimentos de reclamações?	a) b) c)		
• o direito dos pacientes a um intérprete para os procedimentos, se necessário?	a) b) c)		
• o direito do paciente e seu advogado de acessar cópias de seus prontuários médicos e outros relatórios e documentos importantes durante os procedimentos de reclamações ou apelações?	a) b) c)		

<ul style="list-style-type: none"> o direito do paciente e seu advogado de assistir e participar nos procedimentos de reclamações e apelações? 	a) b) c))))		
S. Responsabilidade da polícia			
1) A lei impõe restrições às atividades da polícia para garantir que pessoas com transtornos mentais sejam protegidas contra detenção e prisão ilegais e sejam encaminhadas para serviços apropriados de atenção à saúde?	a) b) c)		
2) A legislação permite que familiares, atendentes ou profissionais de saúde obtenham ajuda da polícia em situações em que um paciente se encontre altamente agressivo ou esteja demonstrando comportamento descontrolado?	a) b) c)		
3) A lei possibilita que pessoas detidas por atos criminosos e que estejam sob custódia da polícia, em caso de suspeita de transtorno	a) b) c)		
mental, sejam prontamente examinadas em função de tal suspeita?			
4) A lei dispõe que a polícia ajude a levar para um estabelecimento de saúde mental uma pessoa que tenha sido involuntariamente admitida ao estabelecimento?	a) b) c)		
5) A legislação dispõe que a polícia encontre uma pessoa foragida de um estabelecimento para onde fora involuntariamente recolhida e a entregue de volta ao estabelecimento?	a) b) c)		
T. Infratores mentalmente doentes			
1) A legislação possibilita que se desvie um suposto infrator com um transtorno mental para o sistema de saúde mental em lugar de levá-lo a julgamento, levando em conta a gravidade do delito, a história psiquiátrica da pessoa, seu estado de saúde mental no momento do delito, a probabilidade de danos à saúde da pessoa e o interesse da comunidade em levá-la a julgamento?	a) b) c)		
2) A lei contém uma cláusula adequada dispondo que pessoas inaptas para suportar julgamento sejam avaliadas e que as acusações sejam retiradas ou suspensas enquanto elas passam por tratamento?	a) b) c)		

<p>a) As pessoas que estão passando por tal tratamento recebem os mesmos direitos na lei que outras pessoas involuntariamente admitidas, inclusive o direito a revisão judicial por uma entidade independente?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) A lei possibilita que pessoas julgadas pelos tribunais como “não responsáveis devido a deficiência mental” sejam tratadas em um estabelecimento de saúde mental e recebam alta assim que seu transtorno mental melhorar suficientemente?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) A lei possibilita que no estágio do sentenciamento as pessoas com transtornos mentais recebam suspensão temporária de pena ou ordens de hospitalização, em lugar de serem sentenciadas à prisão?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) A lei possibilita a transferência de prisioneiro condenado para um estabelecimento de saúde mental caso este se tornar mentalmente enfermo ao estar cumprindo sentença de prisão?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) A lei proíbe que se mantenha um prisioneiro no estabelecimento de saúde mental por mais tempo que a sentença a</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>menos que sejam adotados procedimentos de admissão involuntária?</p>			
<p>6) A legislação estipula estabelecimentos de saúde mental seguros para infratores mentalmente doentes?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>U. Discriminação</p>			
<p>1) A lei inclui disposições destinadas a interromper a discriminação contra pessoas com transtornos mentais?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>V. Habitação</p>			
<p>1) A lei garante que não haja discriminação de pessoas com transtornos mentais na alocação de moradias?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) A lei dispõe sobre o alojamento de pessoas com transtornos mentais em planos estatais de habitação ou mediante subsídios à habitação?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) A legislação prevê alojamento em centros de convalescença e casas para longa permanência assistida para pessoas com transtornos mentais?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>W. Emprego</p>			
<p>1) A lei prevê proteção para pessoas com transtornos mentais contra discriminação e exploração no local de trabalho?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) A lei estipula “acomodação razoável” para empregados com transtornos mentais mediante a previsão, por exemplo, de um grau de flexibilidade no horário de trabalho para permitir que esses empregados procurem tratamento de saúde mental?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) A lei estipula igualdade de oportunidade de emprego para pessoas com transtornos mentais?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) A lei prevê o estabelecimento de programas de reabilitação vocacional e outros programas para trabalhos e emprego na comunidade?</p>	<p>a) b) c)</p>		

X. Previdência social			
1) A legislação prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com deficiências mentais?	a) b) c)		
2) A lei prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com transtornos mentais às mesmas taxas praticadas para pessoas com deficiências físicas?	a) b) c)		
Y. Questões civis			
1) A lei defende os direitos de pessoas com transtornos mentais para a classe integral de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais a que todas as pessoas estão intituladas?	a) b) c)		
Z. Proteção de grupos vulneráveis			
<i>Proteção de menores</i>			
1) A lei limita a colocação de menores em estabelecimentos de saúde mental aos casos em	a) b)		
que foram tentadas todas as alternativas comunitárias viáveis?	c)		
2) Se menores são colocados em estabelecimentos de saúde mental, a legislação estipula que	a) b) c)		
a) estes devem ter uma área de convivência independente da dos adultos?	a) b) c)		
b) o ambiente seja adequado à idade e leve em consideração as necessidades de desenvolvimento dos menores?	a) b) c)		
3) A lei estipula que todos os menores disponham de um adulto para representá-los em todas as questões que os afetam, inclusive no consentimento para tratamento?	a) b) c)		
4) A lei estipula a necessidade de levar em consideração as opiniões dos menores em todas as questões que os afetam (inclusive no consentimento com o tratamento) dependendo de sua idade e maturidade?	a) b) c)		
5) A legislação proíbe todos os tratamentos irreversíveis para as crianças?	a) b) c)		

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