

LIVRO DE RECURSOS DA OMS SOBRE SAÚDE MENTAL,

DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO

Cuidar, sim - Excluir, não



LIVRO DE RECURSOS DA OMS SOBRE SAÚDE MENTAL, DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO

Cuidar, sim - Excluir, não

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO resource book on mental health, human rights and legislation.

1.Mental health 2.Human rights - legislation 3.Human rights - standards 4.Health policy - legislation 5.International law 6.Guidelines 7.Developing countries
I.World Health Organization.

ISBN 92 4 156282 X

(NLM classification: WM 34)

Informações técnicas relativas a esta publicação podem ser obtidas de:

Dra. Michelle Funk
Equipe de Política de Saúde Mental e Desenvolvimento de Serviços
Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias
Doenças Não Comunicáveis e Grupo de Saúde Mental
Organização Mundial de Saúde
CH-1211, Genebra 27
Suíça
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4160
E-mail: funkm@who.int

© **Organização Mundial de Saúde , 2005**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial de Saúde podem ser obtidas de Marketing and Dissemination, Organização Mundial de Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS – seja para venda ou distribuição não comercial – devem ser dirigidos a Marketing and Dissemination, no endereço acima (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

As designações utilizadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de nenhuma opinião da parte da Organização Mundial de Saúde com relação à situação legal de nenhum país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou em relação à delimitação de suas fronteiras ou limites. Linhas pontilhadas em mapas representam fronteiras aproximadas para as quais ainda pode não haver acordo completo.

A menção de companhias específicas ou de certos produtos de fabricantes não implica que os mesmos sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde de preferência a outros de natureza semelhante que não são mencionados. Exceto por erros e omissões, os nomes de produtos proprietários são distinguidos por letras maiúsculas iniciais.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material publicado está sendo distribuído sem nenhuma espécie de garantia, seja ela explícita ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a Organização Mundial de Saúde será responsabilizada por danos incorridos em consequência de seu uso.

Créditos

O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação foi produzido sob a direção de Michelle Funk, Natalie Drew e Benedetto Saraceno, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde.

Equipe de redação:

Principais redatores: Melvyn Freeman (ex-Departamento de Saúde, Pretória, África do Sul) e Soumitra Pathare (Clínica Ruby Hall, Puna, Índia).

Outros redatores: Natalie Drew (OMS/EC), Michelle Funk (OMS/EC), Benedetto Saraceno (OMS/EC).

Documentos de apoio e exemplos de casos

Julio Arboleda Florez (Departamento de Psiquiatria, Queen's University, Ontário, Canadá), Josephine Cooper (Balmoral, Nova Gales do Sul, Austrália), Lance Gable (Centro de Direito da Universidade de Georgetown, Centro para o Direito e a Saúde Pública [Center for the Law and the Public's Health], Washington, EUA), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington, EUA), John Gray (Associação Internacional de Gerontologia, Canadá), HWANG Tae-Yeon (Departamento de Reabilitação Psiquiátrica e Saúde Mental Comunitária, Yongin Hospital Mental, República da Coreia), Alberto Minoletti (Ministério da Saúde, Chile), Svetlana Polubinskaya (Instituto de Estado e Direito, Academia Russa de Ciências, Moscou, Federação Russa), Eric Rosenthal (Mental Disability Rights International, Washington, EUA), Clarence Sundram (Corte Distrital Americana para o Distrito de Colúmbia, Washington, EUA), XIE Bin (Ministério da Saúde, Beijing, China).

Comitê Editorial

José Bertolote (OMS/EC), José Miguel Caldas de Almeida (Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO)), Vijay Chandra (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático (SEARO)), Philippe Chastonay (Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra, Suíça), Natalie Drew (OMS/EC), Melvyn Freeman (ex-integrante do Ministério da Saúde, Pretória, África do Sul), Michelle Funk (OMS/EC), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington, EUA), Helen Herrman (ex-integrante do Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental (WPRO)), Michael Kirby (Câmaras de Juizes de Canberra, Tribunal Superior da Austrália), Itzhak Levav (Relações Políticas e Exteriores, Serviços de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Jerusalém, Israel), Custodia Mandlhate (Escritório Regional da OMS para a África (AFRO)), Ahmed Mohit (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental (EMRO)), Helena Nygren-Krug (OMS/EC), Genevieve Pinet (OMS/EC), Usha Ramanathan (Déli, Índia), Wolfgang Rutz (ex-integrante do Escritório Regional para a Europa (EURO)), Benedetto Saraceno (OMS/EC), Javier Vasquez (AMRO).

Apoio Administrativo e Secretarial

Adeline Loo (OMS/EC), Anne Yamada (OMS/EC) e Razia Yaseen (OMS/EC)

Coordenação da Tradução para o Português e Revisão Técnica da Tradução:

Willians Valentini (Brasil)

O Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação está incluído no programa da Rede Acadêmica Internacional de Genebra (GIAN/RUIG).

Contribuição técnica e críticas

| | |
|-----------------------|---|
| Beatrice Abrahams | Rede Nacional Progressista de Atenção Básica à Saúde [National Progressive Primary Health Care Network], Kensington, África do Sul |
| Adel Hamid Afana | Ministério de Formação e Educação [Training and Education Department], Programa de Saúde Mental Comunitária de Gaza [Community Mental Health Programme], Gaza |
| Thérèse A. Agossou | Escritório Regional para África, Organização Mundial de Saúde, Brazzaville, Congo |
| Bassam Al Ashhab | Saúde Mental Comunitária, Ministério da Saúde, Autoridade Palestina, Margem Ocidental |
| Ignacio Alvarez | Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos, Washington, EUA |
| Ella Amir | Alliance for the Mentally Ill Inc., Montreal, Quebec, Canadá |
| Paul S. Appelbaum | Departamento de Psiquiatria, Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts, Worcester, MA, EUA |
| Julio Arboleda-Florez | Departamento de Psiquiatria, Queen's University, Kingston, Ontário, Canadá |
| Begone Ariño | Federação Européia de Associações de Famílias de Pessoas Mentalmente Doentes, Bilbao, Espanha |
| Joseph Bediako Asare | Ministério da Saúde, Acra, Gana |
| Larry Ash | Genebra, Suíça |
| Jeannine Auger | Ministério da Saúde e Serviços Sociais, Quebec, Canadá |
| Florence Baingana | Saúde, Nutrição, População, Banco Mundial, Washington, EUA |
| Korine Balian | Médicos Sem Fronteiras, Amsterdã, Holanda |
| Neville Barber | Junta de Revisão de Saúde Mental, West Perth, Austrália |

| | |
|---------------------|--|
| James Beck | Departamento de Psiquiatria, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, EUA |
| Sylvia Bell | Comissão de Direitos Humanos da Nova Zelândia, Auckland, Nova Zelândia |
| Jerome Bickenbach | Faculdade de Direito, Queen's University, Kingston, Ontário, Canadá |
| Louise Blanchette | Programa de Certificação em Saúde Mental da Universidade de Montreal [University of Montreal Certificate Programme in Mental Health], Montreal, Canadá |
| Susan Blyth | Valkenberg Hospital, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul |
| Richard J. Bonnie | Escolas de Direito e Medicina, Universidade da Virgínia, VA, EUA |
| Nancy Breitenbach | Inclusão Internacional, Ferney-Voltaire, França |
| Celia Brown | MindFreedom Support Coalition International, EUA |
| Martin Brown | Northern Centre for Mental Health, Durham, Reino Unido |
| Anh Thu Bui | Ministério da Saúde, Koror, Palau |
| Angela Caba | Ministério da Saúde, Santo Domingo, República Dominicana |
| Alexander M. Capron | Ética, Profissão, Direitos Humanos e Direito em Saúde [Ethics, Trade, Human Rights and Health Law], Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça |
| Sylvia Caras | People Who, Santa Cruz, CA, EUA |
| Amnon Carmi | Associação Mundial para o Direito Médico [World Association for Medical Law], Haifa, Israel |
| Claudina Cayetano | Programa de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Belmopan, Belize |
| CHEN Yan Fang | Centro Provincial Shandong de Saúde Mental, Jinan, China |

| | |
|-------------------------|--|
| CHUEH Chang | Faculdade de Saúde Pública, Taipei, China (Província de Taiwan) |
| Dixon Chibanda | Universidade do Zimbábue, Escola de Medicina, Harare, Zimbábue |
| Chantharavdy Choulamany | Hospital Geral Mahosot, Vientiane, República Democrática Popular do Laos |
| Hugo Cohen | Organização Mundial de Saúde, México |
| Josephine Cooper | Nova Gales do Sul, Austrália |
| Ellen Corin | Centro de Pesquisas do Hospital Douglas, Quebec, Canadá |
| Christian Courtis | Instituto Tecnológico Autônomo do México, Departamento de Direito, Cidade do México, México |
| Jim Crowe | Federação Mundial para Esquizofrenia e Transtornos Afins [World Federation for Schizophrenia and Allied Disorders], Dunedin, Nova Zelândia |
| Jan Czeslaw Czabala | Instituto de Psiquiatria e Neurologia, Varsóvia, Polónia |
| Araba Sefa Dedeh | Unidade de Psicologia Clínica, Departamento de Psiquiatria, Escola de Medicina da Universidade de Gana, Acra, Gana |
| Paolo Delvecchio | Ministério da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Washington, EUA |
| Nimesh Desai | Departamento de Psiquiatria, Instituto do Comportamento Humano e Ciências Afins [Institute of Human Behaviour and Allied Sciences], Déli, Índia |
| M. Parameshvara Deva | Departamento de Psiquiatria, Hospital SSB, Brunei, Darussalam |
| Amita Dhanda Índia | Universidade de Hyderabad, Andhra Pradesh, Índia |
| Aaron Dhir | Faculdade de Direito, Universidade de Windsor, Ontário, Canadá |

| | |
|------------------------|---|
| Kate Diesfeld | Universidade de Tecnologia de Auckland, Nova Zelândia |
| Robert Dinerstein | American University, Faculdade de Direito de Washington, Washington, EUA |
| Saida Douki | Sociedade Tunisiana de Psiquiatria, Túnis, Tunísia |
| Moera Douthett | Pasifika Healthcare, Cidade de Henderson Waitakere, Auckland, Nova Zelândia |
| Claire Dubois-Hamdi | Secretariado da Carta Social Européia, Estrasburgo, França |
| Peter Edwards | Peter Edwards & Co., Hoylake, Reino Unido |
| Ahmed Abou El-Azayem | Federação Mundial para Saúde Mental, Cairo, Egito |
| Félicien N'tone Enyime | Ministério da Saúde, Iaundé, Camarões |
| Sev S. Fluss | Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas, Genebra, Suíça |
| Maurizio Focchi | Associazione Cittadinanza, Rimini, Itália |
| Abra Fransch | Organização Mundial de Faculdades Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, Bulauaio, Zimbábue |
| Gregory Fricchione | Carter Center, Atlanta, GA, EUA |
| Michael Friedman | Instituto Nathan S. Kline para Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Diane Froggatt | Comunidade Mundial para a Esquizofrenia e Transtornos Afins [World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders], Ontário, Canadá |
| Gary Furlong | CLSC Métro, Montreal, Quebec, Canadá |
| Elaine Gadd | Departamento de Bioética, Conselho da Europa, Estrasburgo, França |
| Vijay Ganju | National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, Alexandria, Virgínia, EUA |

| | |
|--------------------------|---|
| Reine Gobeil | Hospital Douglas, Quebec, Canadá |
| Howard Goldman | National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute e Escola de Medicina da Universidade de Maryland, MD, EUA |
| Nacanieli Goneyali | Serviços Hospitalares, Ministério da Saúde, Suva, Fiji |
| Maria Grazia Giannicheda | Dipartimento di Economia Istituzioni Società, Universidade de Sassari, Sassari, Italy |
| Stephanie Grant | Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Genebra, Suíça |
| John Gray | Setor de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas, Associação Internacional de Gerontologia, Ministério Responsável pelos Idosos, Victoria, BC, Canadá |
| Margaret Grigg | Setor de Saúde Mental, Departamento de Serviços Humanos, Melbourne, Austrália |
| Jose Guimon | Departamento de Psiquiatria, Hospitais Universitários de Genebra, Suíça |
| Oye Gureje | Departamento de Psiquiatria, University College Hospital, Ibadan, Nigéria |
| Karin Gutierrez-Lobos | Universidade Médica de Viena, Departamento de Psiquiatria, Viena, Áustria |
| Timothy Harding | Instituto Universitário de Medicina Legal, Centro Médico Universitário, Genebra, Suíça |
| Gaston Harnois | Centro de Colaboração da OMS, Centro de Pesquisa do Hospital Douglas, Verdun, Quebec, Canadá |
| Gary Haugland | Instituto Nathan S. Kline para a Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Robert Hayes | Tribunal de Revisão de Saúde Mental de Nova Gales do Sul, Austrália |
| HE Yanling | Centro de Saúde Mental de Xangai, Xangai, China |

| | |
|---------------------------|---|
| Ahmed Mohamed Heshmat | Ministério da Saúde e População, Programa de Saúde Mental, Cairo, Egito |
| Karen Hetherington | Diretoria Regional da Saúde e dos Serviços Sociais de Montreal-Centro, Montreal, Quebec, Canadá |
| Frederick Hickling | Seção de Psiquiatria, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade das Índias Ocidentais, Kingston, Jamaica |
| Kim Hopper | Instituto Nathan S. Kline para a Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Paul Hunt | Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e Departamento de Direito e Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex, Reino Unido |
| HWANG Tae-Yeon | Departamento de Reabilitação Psiquiátrica e Saúde Mental Comunitária, Hospital Mental de Yongin, República da Coreia |
| Lars Jacobsson | Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Umea, Umea, Suécia |
| Aleksandar Janca | Departamento de Psiquiatria e Ciência Comportamental, Universidade da Austrália Ocidental, Perth, Austrália |
| Heidi Jimenez | Escritório Regional para as Américas, Organização Mundial de Saúde, Washington, EUA |
| Dale L. Johnson | Comunidade Mundial para Esquizofrenia e Transtornos Afins [World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD)], Taos, Novo México, EUA |
| Kristine Jones | Instituto Nathan S. Kline para Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Nancy Jones | Seattle, WA, EUA |
| Emmanuel Mpinga Kabengele | Instituto de Medicina Social e Preventiva da Universidade de Genebra, Faculdade de Medicina, Genebra, Suíça |

| | |
|----------------------------|--|
| Nadia Kadri | Universidade Psiquiátrica Ibn Rushd, Casablanca, Marrocos |
| Lilian Kanaiya | Fundação Esquizofrenia do Quênia, Nairóbi, Quênia |
| Eddie Kane | Serviços de Saúde Mental e Seguro [Mental Health and Secure Services], Departamento de Saúde, Manchester, Reino Unido |
| Zurab I. Kekelidze | Centro Nacional de Pesquisa Serbsky [Serbsky National Research Centre] para Psiquiatria Social e Forense, Moscou, Federação Russa |
| David Musau Kiima | Departamento de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Nairóbi, Quênia |
| Susan Kirkwood | Federação Européia de Associações de Famílias de Pessoas Mentalmente Doentes, Aberdeen, Reino Unido |
| Todd Kriebler | Departamento de Política de Saúde Mental e Desenvolvimento de Serviços, Diretoria de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Wellington, Nova Zelândia |
| John P. Kummer | Equilibrium, Unteraegeri, Suíça |
| Lourdes Ladrado-Ignacio | Departamento de Psiquiatria e Medicina Comportamental, Faculdade de Medicina e Hospital Geral das Filipinas, Manila, Filipinas |
| Pirkko Lahti | Associação Finlandesa para a Saúde Mental, Maistraatinportti, Finlândia |
| Eero Lahtinen | Departamento de Saúde, Ministério de Assuntos Sociais e Saúde, Helsinque, Finlândia |
| Eugene M. Laska | Instituto Nathan S. Kline para a Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Eric Latimer | Centro de Pesquisa do Hospital Douglas, Quebec, Canadá |
| Louis Letellier de St-Just | Montreal, Quebec, Canadá |
| Richard Light | Consciência da Deficiência em Ação [Disability Awareness in Action], Londres, Reino Unido |

| | |
|----------------------|---|
| Bengt Lindqvist | Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Genebra, Suíça |
| Linda Logan | Desenvolvimento de Políticas, Departamento de Saúde Mental e Retardamento Mental do Texas [Texas Department of Mental Health and Mental Retardation], Austin, TX, EUA |
| Marcelino López | Pesquisa e Avaliação, Fundação Andaluz para a Integração Social de Doentes Mentais, Sevilha, Espanha |
| Juan José López Ibor | Associação Psiquiátrica Mundial, Clínica López-Ibor, Madri, Espanha. |
| Crick Lund | Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul |
| Annabel Lyman | Divisão de Saúde Comportamental, Ministério da Saúde, Koror, Palau |
| MA Hong | Centro Nacional para a Saúde Mental, China-CDC, Beijing, China |
| George Mahy | Universidade das Índias Ocidentais, Hospital Rainha Elizabeth, Barbados |
| Rohit Malpani | Escritório Regional para o Sudeste Asiático, Organização Mundial de Saúde, Nova Déli, Índia |
| Douma Djibo Maïga | Ministério da Saúde Pública, Niamey, Níger |
| Mohamed Mandour | Cooperação Italiana, Consulado Geral da Itália, Jerusalém |
| Joseph Mbatia | Unidade de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Dar es Salaam, República Unida da Tanzânia |
| Nalaka Mendis | Universidade de Colombo, Sri Lanka |
| Céline Mercier | Centro de Pesquisa do Hospital Douglas, Quebec, Canadá |
| Thierry Mertens | Departamento de Planeamento Estratégico e Inovação, Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça |
| Judith Mesquita | Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex, Colchester, Reino Unido |

| | |
|---------------------|---|
| Jeffrey Metzner | Departamento de Psiquiatria, Universidade do Colorado, Escola de Medicina, Denver, CO, EUA |
| Leen Meulenbergs | Serviço Federal Público da Saúde, Bruxelas, Bélgica |
| Harry I. Minas | Centro para Saúde Mental Internacional e Psiquiatria Transcultural Victoriana [Centre for International Mental Health and Victorian Transcultural Psychiatry], Universidade de Melbourne, Austrália |
| Alberto Minoletti | Unidade de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Santiago do Chile, Chile |
| Paula Mogue | Ministério da Saúde, Maputo, Moçambique |
| Fernando Mora | Gabinete do Comissariado para os Direitos Humanos, Conselho da Europa, Estrasburgo, França |
| Paul Morgan | SANE, South Melbourne, Austrália |
| Driss Moussaoui | Universidade Psiquiátrica, Centro Ibn Rushd, Casablanca, Marrocos |
| Rebecca Muhlethaler | Comitê Especial de ONGs de Direitos Humanos, Genebra, Suíça |
| Matt Muijen | Escritório Regional para a Europa, Organização Mundial de Saúde, Copenhague, Dinamarca |
| Carmine Munizza | Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria, Turim, Itália |
| Shisram Narayan | Hospital St Giles, Suva, Fiji |
| Sheila Ndyabangi | Ministério da Saúde, Campala, Uganda |
| Jay Neugeboren | Nova York, NY, EUA |
| Frank Njenga | Associação dos Psiquiatras do Quênia, Nairóbi, Quênia |
| Grayson Norquist | Instituto Nacional de Saúde Mental, Bethesda, MD, EUA |

| | |
|-----------------------|---|
| Tanya Norton | Ética, Profissão, Direitos Humanos e Direito em Saúde, Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça |
| David Oaks | MindFreedom Support Coalition International, OR, EUA |
| Olabisi Odejide | Faculdade de Medicina, Universidade de Ibadan, Nigéria |
| Angela Ofori-Atta | Unidade de Psicologia Clínica, Universidade de Gana, Escola de Medicina, Acra, Gana |
| Richard O'Reilly | Departamento de Psiquiatria, Campus da Universidade, Universidade de Ontário Ocidental, Canadá |
| Mehdi Paes Arrazi | Hospital Psiquiátrico da Universidade Arrazi, Sale, Marrocos |
| Rampersad Parasram | Ministério da Saúde, Port of Spain, Trinidad e Tobago |
| Vikram Patel | Escola Londrina de Higiene e Medicina Tropical [London School of Hygiene & Tropical Medicine], Centro Sangath, Goa, Índia |
| Dixianne Penney | Instituto Nathan S. Kline para Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Avanti Perera | Nawala, Sri Lanka |
| Michael L. Perlin | Escola de Direito de Nova York, Nova York, EUA |
| Yogan Pillay | Planejamento Estratégico, Departamento Nacional de Saúde, Pretória, África do Sul |
| Svetlana Polubinskaya | Instituto de Estado e Direito, Academia Russa de Ciências, Moscou, Federação Russa |
| Laura L. Post | Serviços Psiquiátricos de Marianas, Saipan, Ilhas Marianas do Norte, EUA |
| Prema Ramachandran | Comissão de Planejamento, Nova Déli, Índia |
| Bas Vam Ray | Federação Européia de Associações de Famílias de Pessoas Mentalmente Doentes, Heverlee, Bélgica |

| | |
|-------------------------|--|
| Darrel A. Regier | Instituto Psiquiátrico Americano para Pesquisa e Educação, Arlington, VA, EUA |
| Brian Robertson | Departamento de Psiquiatria, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul |
| Julieta Rodriguez Rojas | Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica |
| Eric Rosenthal | Mental Disability Rights International, Washington DC, EUA |
| Leonard Rubenstein | Médicos para os Direitos Humanos, Boston, MA, EUA |
| Khalid Saeed | Instituto de Psiquiatria, Rawalpindi, Paquistão |
| Ayesh M. Sammour | Saúde Mental Comunitária, Ministério da Saúde, Autoridade Palestina, Gaza |
| Aive Sarjas | Departamento de Bem-estar Social, Ministério da Saúde, Tallinn, Estônia |
| John Saunders | Schizophrenia Ireland, Dublin, Irlanda |
| Ingeborg Schwarz | União Interparlamentar, Genebra, Suíça |
| Stefano Sensi | Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Genebra, Suíça |
| Radha Shankar | AASHA (Esperança), Indira Nagar, Chennai, Índia |
| SHEN Yucun | Instituto de Saúde Mental, Universidade de Beijing, China |
| Naotaka Shinfuku | Centro Internacional para a Pesquisa Médica, Escola de Medicina da Universidade de Kobe, Japão |
| Carole Siegel | Instituto Nathan S. Kline para Pesquisa Psiquiátrica, Orangeburg, Nova York, EUA |
| Helena Silfverhielm | Conselho Nacional de Saúde e Bem-estar, Estocolmo, Suécia |
| Joel Slack | Respeito Internacional [Respect International], Montgomery, AL, EUA |

| | |
|----------------------------|---|
| Alan Stone | Faculdade de Direito e Faculdade de Medicina, Universidade de Harvard, Cambridge, MA, EUA |
| Zebulon Taintor | Associação Mundial para Reabilitação Psicossocial, Departamento de Psiquiatria, Centro Médico da Universidade de Nova York, Nova York, EUA |
| Michele Tansella | Departamento de Medicina e Saúde Pública, Universidade de Verona, Itália |
| Daniel Tarantola | Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça |
| Jacob Taylor | Maryland, EUA |
| Myriam Tebourbi | Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Genebra, Suíça |
| Mrinali Thalgodapitiya | NEST, Distrito de Gampaha, Sri Lanka |
| Graham Thornicroft | PRISM, Instituto Maudsley de Psiquiatria, Londres, Reino Unido |
| Giuseppe Tibaldi | Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria, Turim, Itália |
| E. Fuller Torrey | Centro Stanley de Pesquisa Médica, Bethesda, MD, EUA |
| Gombodorjiin Tsetsegdary | Programa NCD & MNH, Ministério da Saúde e Bem-estar Social, Ulaanbaatar, Mongólia |
| Bogdana Tudorache | Liga Romena para Saúde Mental, Bucareste, Romênia |
| Judith Turner-Crowson | Programa NIMH de Apoio Comunitário [NIMH Community Support Programme], Kent, Reino Unido |
| Samuel Tyano | Associação Mundial de Psiquiatria, Tel Aviv, Israel |
| Liliana Urbina | Escritório Regional para a Europa, Organização Mundial de Saúde, Copenhague, Dinamarca |
| Pascale Van den Heede | Mental Health Europe, Bruxelas, Bélgica |
| Marianna Várfalvi-Boggarne | Ministério da Saúde, Budapeste, Hungria |

| | |
|------------------|---|
| Uldis Veits Riga | Comissão de Saúde Municipal, Riga, Letônia |
| Luc Vigneault | Associação dos Grupos de Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec, Canadá |
| WANG Liwei | Ministério da Saúde, Beijing, China |
| WANG Xiangdong | Escritório Regional para o Pacífico Ocidental, Organização Mundial de Saúde, Manila, Filipinas |
| Helen Watchirs | Rede de Instituições de Regulamentação [Regulatory Institutions Network], Escola de Pesquisa de Ciências Sociais, Canberra, Austrália |
| Harvey Whiteford | Universidade de Queensland, Centro Queensland para Pesquisa de Saúde Mental, Wacol, Austrália |
| Ray G. Xerri | Departamento de Saúde, Floriana, Malta |
| XIE Bin | Centro de Saúde Mental de Xangai, Xangai, China |
| Derek Yach | Divisão de Saúde Global, Universidade de Yale, New Haven, CT, EUA |
| YU Xin | Instituto de Saúde Mental, Universidade de Beijing, China |
| Tuviah Zabow | Departamento de Psiquiatria, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul |
| Howard Zonana | Departamento de Psiquiatria, Universidade de Yale, New Haven, CT, EUA |

A OMS gostaria de agradecer o generoso apoio financeiro do Governo da Noruega e da Rede Acadêmica Internacional de Genebra [Geneva International Academic Network/Réseau Universitaire International de Genève (GIAN/RUIG)] para o desenvolvimento do Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. O mesmo agradecimento se estende ao apoio financeiro geral dos governos da Itália, Holanda e Nova Zelândia e da Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa.

Layout e design gráfico: 2s) Graphicdesign

Lista de Abreviações na Edição Brasileira

| | |
|----------------|---|
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OMS/EC | Organização Mundial de Saúde/Escritório Central |
| OPAS/OMS | Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde |
| Princípios ASM | Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental |
| Regras Padrão | Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências [Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities] |
| CMETA | Comunidade Mundial para Esquizofrenia e Transtornos Afins [World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD)] |
| PIDCP | Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos [International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)] |
| PIDESC | Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)] |
| DMET | Declaração Mundial sobre Educação para Todos [World Declaration on Education for All (WDEA)] |
| ECT | Eletroconvulsoterapia |

Sumário

| | |
|--|-------|
| Prefácio | xxiii |
| Capítulo 1 Contexto da legislação de saúde mental | 1 |
| 1. Introdução | 1 |
| 2. A interface entre legislação de saúde mental e política de saúde mental | 2 |
| 3. Proteção, promoção e melhoria dos direitos mediante legislação de saúde mental | 4 |
| 3.1 Discriminação e saúde mental | 4 |
| 3.2 Violações de direitos humanos | 5 |
| 3.3 Autonomia e liberdade | 6 |
| 3.4 Direitos para infratores mentalmente enfermos | 7 |
| 3.5 Promoção do acesso à atenção à saúde mental e da integração comunitária | 7 |
| 4. Legislação independente ou integrada de saúde mental | 9 |
| 5. Regulamentações, ordens de serviço, decretos ministeriais | 9 |
| 6. Instrumentos internacionais e regionais fundamentais de direitos humanos relacionados aos direitos de pessoas com transtornos mentais | 11 |
| 6.1 Instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos | 11 |
| 6.1.1 Declaração Internacional de Direitos | 12 |
| 6.1.2 Outras convenções internacionais relacionadas à saúde mental | 14 |
| 7. Principais normas de direitos humanos aplicáveis à saúde mental | 18 |
| 7.1 Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991) | 18 |
| 7.2 Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (Regras Padrão, 1993) | 19 |
| 8. Normas Técnicas | 19 |
| 8.1 Declaração de Caracas (1990) | 19 |
| 8.2 Declaração de Madri (1996) | 20 |
| 8.3 Normas técnicas da OMS | 20 |
| 8.4 A Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994) | 21 |
| 9. Limitação de direitos | 21 |
| Capítulo 2 Conteúdo da legislação de saúde mental | 25 |
| 1. Introdução | 25 |
| 2. Preâmbulo e objetivos | 25 |
| 3. Definições | 27 |
| 3.1 Doença mental e transtorno mental | 27 |
| 3.2 Deficiência mental | 30 |
| 3.3 Incapacidade mental | 31 |
| 3.4 Insanidade mental | 31 |
| 3.5 Definições de outros termos | 33 |
| 4. Acesso à atenção à saúde mental | 35 |
| 4.1 Recursos financeiros para a atenção à saúde mental | 35 |
| 4.2 Saúde mental na atenção básica | 36 |
| 4.3 Alocação de recursos para populações sub-atendidas | 37 |
| 4.4 Acesso a medicamentos e intervenções psicossociais | 37 |
| 4.5 Acesso a seguro saúde e outros seguros | 38 |
| 4.6 Promoção da atenção comunitária e da desinstitucionalização | 38 |
| 5. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental | 41 |

| | | |
|--------|---|----|
| 5.1 | Confidencialidade | 41 |
| 5.2 | Acesso à informação | 42 |
| 5.3 | Direitos e condições nos estabelecimentos de saúde mental | 43 |
| 5.3.1 | Ambiente | 44 |
| 5.3.2 | Privacidade | 45 |
| 5.3.3 | Comunicação | 46 |
| 5.3.4 | Tarefa | 46 |
| 5.4 | Notificação de direitos | 47 |
| 6. | Direitos de familiares e atendentes de pessoas com transtornos mentais | 49 |
| 7. | Competência, capacidade e tutela | 51 |
| 7.1 | Definições | 52 |
| 7.2 | Avaliação de incapacidade | 52 |
| 7.2.1 | Capacidade para tomar uma decisão de tratamento | 53 |
| 7.2.2 | Capacidade para escolher um substituto na tomada de decisões | 53 |
| 7.2.3 | Capacidade para tomar uma decisão financeira | 53 |
| 7.3 | Determinação de incapacidade e incompetência | 53 |
| 7.4 | Tutela | 54 |
| 8. | Atenção voluntária e involuntária à saúde mental | 57 |
| 8.1 | Admissão e tratamento voluntários | 57 |
| 8.2 | Pacientes “não protestadores” | 59 |
| 8.3 | Admissão e tratamento involuntários | 61 |
| 8.3.1 | Abordagem da combinação e abordagem da separação para a admissão involuntária e tratamento involuntário | 63 |
| 8.3.2 | Critérios para admissão involuntária | 65 |
| 8.3.3 | Procedimento para admissão involuntária | 66 |
| 8.3.4 | Critérios para tratamento involuntário (onde os procedimentos para admissão e tratamento são independentes) | 70 |
| 8.3.5 | Procedimento para tratamento involuntário de pacientes admitidos | 70 |
| 8.3.6 | Consentimento por procuração para tratamento | 74 |
| 8.3.7 | Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários | 76 |
| 8.4 | Situações de emergência | 80 |
| 8.4.1 | Procedimento para admissão e tratamento involuntários em situações de emergência | 80 |
| 9. | Requisitos de pessoal para a determinação de transtorno mental | 82 |
| 9.1 | Nível de qualificações | 82 |
| 9.2 | Grupos profissionais | 82 |
| 10. | Tratamentos especiais | 83 |
| 10.1 | Principais procedimentos médicos e cirúrgicos | 84 |
| 10.2 | Psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis | 85 |
| 10.3 | Eletroconvulsoterapia (ECT) | 85 |
| 11. | Isolamento e restrições | 86 |
| 12. | Pesquisa clínica e experimental | 88 |
| 13. | Mecanismos de fiscalização e revisão | 90 |
| 13.1 | Fiscalização judicial ou semijudicial de admissão/tratamento involuntário e outras restrições de direitos | 91 |
| 13.1.1 | Composição | 92 |
| 13.2 | Entidade de regulamentação e fiscalização | 93 |
| 13.2.1 | Composição | 94 |
| 13.2.2 | Poderes adicionais | 94 |
| 13.3 | Reclamações e reparações | 95 |
| 13.4 | Salvaguardas processuais | 95 |
| 14. | Responsabilidades policiais com respeito a pessoas com transtornos mentais | 97 |
| 14.1 | Poderes da polícia | 97 |
| 14.2 | Respostas a pedidos de ajuda | 98 |
| 14.3 | Proteções para pessoas com transtornos mentais | 98 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 14.3.1 | Lugar de segurança | 98 |
| 14.3.2 | Opções de tratamento | 99 |
| 14.3.3 | Período de detenção | 99 |
| 14.3.4 | Pronta notificação | 100 |
| 14.3.5 | Revisão de registos | 100 |
| 15. | Disposições legislativas quanto a infratores mentalmente enfermos | 101 |
| 15.1 | Os estágios pré-julgamento no sistema da justiça criminal | 103 |
| 15.1.1 | A decisão de processar | 103 |
| 15.2 | O estágio do julgamento no sistema de justiça criminal | 103 |
| 15.2.1 | Aptidão para suportar julgamento | 103 |
| 15.2.2 | Defesa de responsabilidade criminal (transtorno mental no momento do delito) | 104 |
| 15.3 | O estágio pós-julgamento (sentenciamento) no sistema da justiça criminal | 106 |
| 15.3.1 | Ordens de suspensão temporária de pena e ordens de tratamento comunitário | 106 |
| 15.3.2 | Ordens de hospitalização | 106 |
| 15.4 | O estágio pós-sentenciamento (cumprimento de sentença em prisão) | 107 |
| 15.5 | Estabelecimentos para infratores mentalmente doentes | 108 |
| 16. | Disposições substantivas adicionais que afetam a saúde mental | 110 |
| 16.1 | Legislação antidiscriminação | 110 |
| 16.2 | Atenção à saúde em geral | 110 |
| 16.3 | Habitação | 111 |
| 16.4 | Emprego | 111 |
| 16.5 | Previdência social | 112 |
| 16.6 | Questões civis | 112 |
| 17. | Proteções para grupos vulneráveis – menores, mulheres, minorias e refugiados | 113 |
| 17.1 | Menores | 114 |
| 17.2 | Mulheres | 115 |
| 17.3 | Minorias | 116 |
| 17.4 | Refugiados | 116 |
| 18. | Delitos e penalidades | 117 |

Capítulo 3 Processo: elaboração, adoção e implementação da legislação de saúde mental 119

| | | |
|-----|--|-----|
| 1. | Introdução | 119 |
| 2. | Atividades preliminares | 121 |
| 2.1 | Identificação dos transtornos mentais e de barreiras à atenção à saúde mental | 122 |
| 2.2 | Mapeamento da legislação relacionada à saúde mental | 123 |
| 2.3 | Estudo das convenções e normas internacionais | 124 |
| 2.4 | Revisão da legislação de saúde mental de outros países | 124 |
| 2.5 | Formação de consenso e negociação para a mudança | 126 |
| 2.6 | Educação do público sobre questões relativas à saúde mental e aos direitos humanos | 126 |
| 3. | Elaboração da legislação de saúde mental | 128 |
| 3.1 | O processo de elaboração | 128 |
| 3.2 | A necessidade de consultas | 129 |
| 3.3 | Convocação à consulta | 130 |
| 3.4 | Processo e procedimento de consulta | 132 |
| 3.5 | Linguagem da legislação | 136 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4. | Adoção da legislação | 137 |
| 4.1 | Processo legislativo | 137 |
| 4.1.1 | Responsabilidade pela adoção da legislação | 137 |
| 4.1.2 | Debate da minuta de legislação e sua adoção | 138 |
| 4.1.3 | Sanção, promulgação e publicação da nova legislação | 138 |
| 4.2 | Ações fundamentais durante a adoção da legislação | 139 |
| 4.2.1 | Mobilização da opinião pública | 139 |
| 4.2.2 | Pressão sobre membros do poder executivo do governo e do corpo legislativo | 140 |
| 5. | Implementação da legislação de saúde mental | 141 |
| 5.1 | Importância e papel das entidades responsáveis pela implementação | 141 |
| 5.2 | Disseminação e treinamento | 143 |
| 5.2.1 | Educação e sensibilização do público | 143 |
| 5.2.2 | Usuários, familiares e organizações de defesa de direitos | 144 |
| 5.2.3 | Profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais | 144 |
| 5.2.4 | Desenvolvimento de materiais de informação e orientação | 145 |
| 5.3 | Recursos financeiros e humanos | 146 |
| | Referências | 149 |
| | Bibliografia | 155 |
| Anexo 1 | Lista de checagem da OMS sobre legislação de saúde mental | 157 |
| Anexo 2 | Resumo das principais disposições e instrumentos internacionais relacionados aos direitos das pessoas com transtornos mentais | 195 |
| Anexo 3 | Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental | 197 |
| Anexo 4 | Trecho da Declaração de Caracas da OPAS/OMS | 208 |
| Anexo 5 | Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial | 209 |
| Anexo 6 | Exemplo: Direito do Paciente conforme especificados em Connecticut, EUA | 213 |
| Anexo 7 | Exemplo: Direitos de Pacientes de Serviços de Saúde Mental, Departamento de Serviços de Comportamento e Desenvolvimento do Estado do Maine, EUA | 215 |
| Anexo 8 | Exemplo: Formulários para admissão e tratamento involuntários (abordagem combinada) e formulário de apelação, Victoria, Austrália | 217 |
| Anexo 9 | Exemplo: Diretrizes de Antemão para Pacientes de Saúde Mental da Nova Zelândia | 224 |

Existem muitas maneiras de melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais. Uma maneira importante é aquela que oferecem as boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços. Outro mecanismo fundamental para obter melhor apoio à saúde mental é através de uma boa legislação. Este Livro de Recursos objetiva ajudar os países na concepção, adoção e implementação de legislação em conformidade com os padrões aceitos internacionalmente e com a boa prática em direitos humanos. Ele não prescreve um modelo legislativo específico para os países, mas, antes, destaca as questões e princípios-chave a serem incorporados à legislação.

Como acontece com todos os aspectos da saúde, diferenças sensíveis nos recursos financeiros e humanos disponíveis aos países influem no modo como as questões de saúde mental são tratadas. Com efeito, as necessidades manifestadas pelos usuários, familiares e atendentes dos serviços de saúde mental e pelos trabalhadores da saúde dependem muito da prestação atual e passada do serviço, e as expectativas das pessoas variam consideravelmente de país para país. Por isso, certos serviços e direitos pressupostos como dados em alguns países serão os objetivos nos quais outros países se empenharão. Contudo, em todos os países podem-se envidar esforços para melhorar os serviços de saúde mental, promovendo e protegendo os direitos humanos a fim de melhor atender as necessidades de pessoas com transtornos mentais.

A maioria dos países poderia melhorar significativamente a saúde mental se possuísse recursos especificamente voltados à saúde mental. No entanto, mesmo quando os recursos são limitados, podem-se encontrar meios – como deixa claro este Livro de Recursos – para que os padrões internacionais de direitos humanos possam ser respeitados, protegidos e realizados, mesmo em situações de limitação de recursos. Em certos casos, pode-se empreender uma reforma com pouco ou nenhum recurso adicional. Apesar disso, mesmo para se alcançar metas básicas é necessário, em todas as situações, um nível mínimo de recursos e, evidentemente, recursos adicionais terão de ser reservados – principalmente em países com recursos mínimos ou inexistentes em saúde mental – para que padrões internacionais básicos de direitos humanos sejam aplicados.

A legislação pode ser utilizada para garantir mais recursos para a saúde mental, melhorar os direitos e os padrões e condições de saúde mental em um país. Contudo, para que uma lei possa fazer uma diferença positiva na vida das pessoas com transtornos mentais, ela deve ter objetivos realistas e factíveis. Uma lei irrealista à qual o país não possa recorrer não se presta a objetivo nenhum e pode resultar em despesas desnecessárias relacionadas a litígio, desviando assim, recursos que poderiam estar sendo dirigidos para o desenvolvimento dos serviços. Os corpos legislativos, portanto, somente devem promulgar uma lei após investigar as implicações em termos de recursos. A questão de como os objetivos definidos neste Livro de Recursos podem ser alcançados de maneira realista deve ser uma consideração principal para todos os seus leitores.

O que este Livro de Recursos oferece?

Os capítulos e anexos deste livro contêm muitos exemplos de diversas experiências e práticas, bem como trechos de leis e outros documentos legais de diferentes países. Esses exemplos não representam recomendações ou “modelos” a serem reproduzidos; destinam-se, isso sim, a ilustrar o que diferentes países estão fazendo na área de saúde mental, direitos humanos e legislação.

Três elementos-chave da legislação efetiva são definidos: o contexto, o conteúdo e o processo; ou o “porquê”, o “o quê” e o “como” da legislação de saúde mental. Além disso, o Anexo 1 deste documento contém uma lista de checagem sobre Legislação de Saúde Mental, que pode ser usada em conjunto com o Livro de Recursos. A lista de checagem destina-se a ajudar os países a avaliarem se componentes-chave estão incluídos em sua legislação de saúde mental e a garantir que as recomendações amplas contidas no Livro de Recursos sejam cuidadosamente examinadas e consideradas.

Ao longo do livro faz-se referência também ao *Pacote de Orientação para Políticas e Serviços de Saúde Mental da OMS*. Esse Pacote consiste em uma série de módulos inter-relacionados que tratam de questões como desenvolvimento de políticas, defesa de direitos, financiamento e organização dos serviços de saúde mental, entre outras, destinadas a ajudar os países na consideração de questões chave da reforma da saúde mental.

A quem se destina este Livro de Recursos?

É provável que muitos indivíduos, organizações e órgãos de governo encontrem utilidade neste Livro de Recursos. Em termos mais específicos, ele visa aqueles diretamente envolvidos em elaborar ou emendar a legislação relativa à saúde mental, bem como aqueles responsáveis por encaminhar a legislação ao longo do processo de adoção e implementação. Na maioria dos países, isso tende a ser atribuição antes de pessoas do que de um indivíduo isolado. Provavelmente o uso mais produtivo deste material será trabalhar com o Livro de Recursos como uma equipe, discutindo e debatendo os pontos levantados e sua relevância cultural e nacional específica para o país.

No entanto, este livro identifica diversos interessados com objetivos e interesses variados, podendo todos eles beneficiar-se do seu uso. Entre esses interessados se incluem: políticos e parlamentares; formuladores de políticas; assessorias nos ministérios governamentais (saúde, ação social, legislação, finanças, educação, trabalho, serviços policiais e correccionais); profissionais de saúde (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos e assistentes sociais) e organizações profissionais; familiares daqueles com transtornos mentais; usuários e grupos de usuários; organizações de defesa de direitos; instituições acadêmicas; prestadores de serviços; organizações não governamentais (ONGs); grupos de direitos civis; organizações religiosas; associações como sindicatos de trabalhadores, associações de empregados da previdência, grupos patronais, associações de moradores e congregações de comunidades particulares; e organizações representando minorias e outros grupos vulneráveis.

Alguns interessados podem desejar entender o contexto da legislação de saúde mental voltada aos direitos humanos; outros, entender melhor seus papéis potenciais ou considerar ou discutir o que ou por que um determinado item deve ser incluído. Outros ainda podem desejar examinar as tendências internacionais ou avaliar como podem ajudar no processo de adoção ou na implementação da legislação. Nossa expectativa é que todos encontrem o que necessitam e que, conseqüentemente, seu objetivo comum de obter melhor apoio para a saúde mental avance mediante a adoção e implementação de legislação que atenda os padrões e as boas práticas de direitos humanos.

Sr. Alexander Captron,
Diretor, Ética, Comércio, Legislação de Direitos Humanos e Saúde

Dra. Michelle Funk
Coordenadora, Departamento de Políticas e Serviços de Saúde Mental

Dr. Benedetto Saraceno
Diretor, Saúde Mental e Abuso de Substâncias

Capítulo 1 - Contexto da legislação de saúde mental

1. Introdução

O objetivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos. No contexto inegável de que toda sociedade necessita de leis para alcançar seus objetivos, a legislação de saúde mental não é diferente de nenhuma outra legislação.

Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis (entre os quais pessoas com transtornos mentais) reflete uma sociedade que respeita e cuida de seu povo. A legislação progressista pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção à saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais.

Entretanto, a presença de legislação de saúde mental em si mesma não garante respeito e proteção dos direitos humanos. Por ironia, em certos países, particularmente onde a legislação por muitos anos não foi atualizada, a legislação de saúde mental tem resultado mais na violação do que na promoção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Isso acontece porque grande parte da legislação de saúde mental inicialmente redigida objetivava salvaguardar pessoas em relação a pacientes “perigosos” e isolar estes do público, em lugar de promover os direitos das pessoas com transtornos mentais como pessoas e como cidadãos. Outra legislação permitia a atenção custodial de longo prazo para pessoas com transtornos mentais que não colocavam nenhum risco à sociedade mas que eram incapazes de cuidar de si mesmas, e isso também resultava em uma violação de direitos humanos. Nesse contexto, é interessante notar que, embora 75% dos países de todo o mundo possuam legislação de saúde mental, apenas metade (51%) tiveram leis aprovadas depois de 1990, e praticamente um sexto (15%) possuem legislação que remonta aos anos pré-1960 (WHO, 2001a). Em muitos países, portanto, a legislação está desatualizada e, conforme mencionado acima, em muitos casos retira os direitos de pessoas com transtornos mentais em lugar de proteger esses direitos.

A necessidade de legislação de saúde mental deriva de um entendimento cada vez maior do que representam os encargos pessoais, sociais e econômicos dos transtornos mentais numa escala mundial. Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência. Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro (WHO, 2001b).

Além do sofrimento óbvio devido aos transtornos mentais, existe um ônus oculto de estigma e discriminação enfrentado pelos portadores de transtornos mentais. Tanto em países de baixa como de alta renda, a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo,

assédio, raiva e rejeição ou evitação. Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade. O abuso físico, sexual e psicológico é uma experiência cotidiana para muitos com transtornos mentais. Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais. Grande parte disso continua sem registro e, com isso, esse ônus permanece sem quantificação. (Arboleda-Flórez, 2001).

A legislação representa um mecanismo importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações.

Este capítulo abrange cinco áreas principais:

- A interface entre legislação de saúde mental e política de saúde mental;
- Proteção, promoção e melhoria das condições de vida por meio de legislação de saúde mental;
- A legislação separada versus legislação integrada de saúde mental;
- Regulamentações, ordens de serviço e decretos ministeriais;
- Instrumentos internacionais chaves de direitos humanos em relação aos direitos de pessoas com transtornos mentais.

2. A interface entre legislação de saúde mental e política de saúde mental

A legislação de saúde mental representa um meio importante de reforçar as metas e objetivos da política. Quando abrangente e bem concebida, uma política de saúde mental tratará de questões críticas como:

- estabelecimento de instalações e serviços de saúde mental de alta qualidade;
- acesso a atenção de qualidade em saúde mental;
- proteção dos direitos humanos;
- direito dos pacientes ao tratamento;
- desenvolvimento de sólidas proteções processuais;
- integração de pessoas com transtornos mentais à comunidade; e
- promoção da saúde mental em toda a sociedade.

A legislação de saúde mental ou outros mecanismos legalmente prescritos, tais como regulamentações ou declarações, podem ajudar a alcançar esses objetivos mediante a garantia de um marco legal para implementação e aplicação.

Inversamente, a legislação pode ser usada como um marco referencial para o desenvolvimento de políticas. Ela pode estabelecer um sistema de direitos aplicáveis que proteja as pessoas com transtornos mentais de discriminação e outras violações de direitos humanos por entidades governamentais e privadas e que garanta tratamento justo e igual em todas as áreas da vida. A legislação pode definir qualificações e aptidões mínimas para credenciamento de profissionais de saúde mental e padrões mínimos de lotação de pessoal para credenciamento de estabelecimentos de saúde mental. Além disso, ela pode criar obrigações afirmativas para melhorar o acesso à

atenção, tratamento e apoio à saúde mental. Proteções legais podem ser ampliadas mediante leis de aplicabilidade geral ou graças a legislação especializada especificamente voltada a pessoas com transtornos mentais.

Os formuladores de políticas nos governos (aos níveis nacional, regional e distrital), o setor privado e a sociedade civil, que podem ter relutado em buscar mudanças no status quo, podem ser obrigados a fazê-lo com base em uma injunção legislativa; outros que podem ter sido restringidos de desenvolver políticas progressivas podem encontrar essa possibilidade mediante mudanças legislativas. Disposições legais que proíbem a discriminação contra pessoas com transtornos mentais, por exemplo, podem induzir os formuladores de políticas a desenvolver novas políticas para proteção contra discriminação, ao passo que uma lei que promova o tratamento comunitário como alternativa a admissões involuntárias em hospitais pode conceder aos formuladores de políticas flexibilidade muito maior para criar e implementar novos programas de base comunitária.

Por outro lado, a legislação de saúde mental também pode ter o efeito contrário, evitando a implementação de novas políticas de saúde mental em virtude de um marco legislativo existente. As leis podem inibir objetivos da política por impor exigências que não permitem as modificações políticas desejadas ou efetivamente impedir tais modificações. O desenvolvimento de políticas de tratamento comunitário para pessoas com transtornos mentais, por exemplo, tem sido impedido em muitos países por leis que não incluem disposições relativas ao tratamento comunitário. Além disso, até sob estruturas legais permissivas a política pode ser obstada devido à falta de poderes de aplicação.

Política e legislação são dois métodos complementares para melhorar a atenção e os serviços de saúde mental, mas, a menos que também haja vontade política, recursos adequados, instituições funcionando corretamente, serviços de apoio comunitário e pessoal de boa formação, a melhor política e a melhor legislação terão pouca importância. A legislação de integração à comunidade acima sugerida, por exemplo, não vingará se os recursos fornecidos forem insuficientes para o desenvolvimento de instalações, serviços e programas de reabilitação de base comunitária. Embora a legislação possa fornecer um ímpeto para a criação de tais instalações, serviços e programas, os legisladores e formuladores de políticas precisam acompanhar todo o processo a fim de perceber os benefícios plenos dos esforços de integração à comunidade. Todas as políticas de saúde mental exigem apoio político para garantir que a legislação seja corretamente implementada. O apoio político também é necessário para emendar a legislação, após ela ter sido aprovada, para corrigir quaisquer situações indesejadas que possam minar os objetivos da política.

Em suma, legislação de saúde mental e política de saúde mental estão estreitamente ligadas. A legislação de saúde mental pode influenciar o desenvolvimento e implementação da política, ao passo que o inverso também é verdadeiro. A política de saúde mental depende do marco legal para alcançar seus objetivos e proteger os direitos e melhorar as vidas de pessoas afetadas por transtornos mentais.

3. Proteção, promoção e melhoria dos direitos mediante legislação de saúde mental

De acordo com os objetivos da Carta das Nações Unidas (ONU) e acordos internacionais, uma base fundamental para a legislação de saúde mental são os direitos humanos. Direitos e princípios fundamentais incluem a igualdade e a não discriminação, o direito à privacidade e autonomia individual, liberdade de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação. A legislação de saúde mental é uma ferramenta poderosa para codificar e consolidar esses valores e princípios fundamentais. Da mesma forma, ser impossibilitado de acessar a atenção é uma transgressão do direito de uma pessoa à saúde, e o acesso pode ser incluído na legislação. Esta seção apresenta uma série de motivos inter-relacionados pelos quais a legislação de saúde mental é necessária, com atenção especial aos temas dos direitos humanos e do acesso aos serviços.

3.1 Discriminação e saúde mental

A legislação é necessária para prevenir a discriminação contra pessoas com transtornos mentais. Via de regra, a discriminação assume muitas formas, afeta diversas áreas fundamentais da vida e (quer de maneira aberta ou involuntária) é generalizada. A discriminação pode influir no acesso de uma pessoa a tratamento e atenção adequados, bem como em outras áreas da vida, como emprego, educação e abrigo. A incapacidade de integrar-se devidamente à sociedade como consequência dessas limitações pode aumentar o isolamento experimentado pelo indivíduo, o que pode, por sua vez, exacerbar o transtorno mental. Políticas que aumentam ou ignoram o estigma associado ao transtorno mental podem agravar essa discriminação.

O próprio governo pode discriminar ao excluir pessoas com transtornos mentais de muitos aspectos da cidadania, tais como votar, dirigir automóvel, possuir e usar imóvel, ter direitos à reprodução sexual e ao casamento, e obter acesso aos tribunais. Em muitos casos, as leis não discriminam ativamente as pessoas com transtornos mentais, mas impõem a elas barreiras ou ônus indevidos ou desnecessários. Embora as leis trabalhistas de um país, por exemplo, possam proteger uma pessoa contra demissão indiscriminada, não há nenhuma coerção no sentido de transferir uma pessoa para um cargo menos estressante, caso ela exija alguma pausa para recuperar-se de uma recaída em sua condição mental. O resultado pode ser que a pessoa cometa erros ou não consiga concluir o trabalho e conseqüentemente seja demitida com base na incompetência e incapacidade para desempenhar as funções atribuídas. A discriminação também pode ocorrer contra pessoas sem nenhum transtorno mental se elas forem equivocadamente encaradas como tendo um transtorno mental ou se experimentaram um transtorno mental anteriormente em sua vida. Dessa forma, proteções contra discriminação no direito internacional vão muito mais longe do que simplesmente banir leis que explicita ou deliberadamente excluem ou negam oportunidades a pessoas com deficiências, e se referem também a legislação que produz o *efeito* de negar direitos e liberdades (ver, por exemplo, o Artigo 26 do *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* das Nações Unidas).

3.2 Violações de direitos humanos

Um dos motivos mais importantes pelos quais a legislação de saúde mental voltada aos direitos humanos é vital decorre de violações passadas e presentes desses direitos. Alguns membros do público, certas autoridades de saúde e até certos trabalhadores em saúde, em diferentes momentos e lugares, violaram – e em certos casos continuam a violar – os direitos de pessoas com transtornos mentais de uma maneira gritante e extremamente abusiva. Em muitas sociedades, as condições de vida das pessoas com transtornos mentais são extremamente duras. A marginalização econômica é uma explicação parcial para isso; entretanto, a discriminação e ausência de proteções legais contra tratamento impróprio e abusivo são fatores importantes. Muitas vezes, as pessoas com transtornos mentais são privadas de liberdade por períodos prolongados sem processo legal (embora por vezes também com processo legal injusto, por exemplo, onde se permite a detenção sem prazos estritos ou relatórios periódicos). Frequentemente são submetidas a trabalho forçado, abandonadas em ambientes institucionais desumanos e privadas de atenção básica à saúde. Também são expostas a tortura ou outro tratamento cruel, desumano ou degradante, inclusive a exploração sexual e abuso físico, muitas vezes em instituições psiquiátricas.

Além disso, certas pessoas são admitidas e tratadas em estabelecimentos de saúde mental onde frequentemente ficam para o resto da vida contra sua vontade. Questões relativas ao consentimento para admissão e tratamento são ignoradas e avaliações independentes sobre a capacidade nem sempre são realizadas. Isso significa que muitas pessoas podem ser compulsoriamente mantidas em instituições, apesar de possuírem a capacidade para tomar decisões concernentes a seu futuro. Por outro lado, onde há escassez de leitos hospitalares, o fracasso em admitir pessoas que necessitam de tratamento por internação, ou sua alta prematura (o que pode levar a índices elevados de readmissão e, por vezes, até à morte), também constitui uma violação ao seu direito de receber tratamento.

Pessoas com transtornos mentais são vulneráveis a violações tanto dentro como fora do contexto institucional. Mesmo dentro de suas próprias comunidades e no seio de suas próprias famílias, por exemplo, existem casos de pessoas que são trancadas em espaços confinados, acorrentadas a árvores e abusadas sexualmente.

Exemplos de tratamento desumano e degradante dirigido a pessoas com transtornos mentais

A BBC (1998) noticiou como, em certo país, as pessoas são isoladas em hospitais mentais tradicionais, onde são constantemente algemadas e rotineiramente espancadas. Por que? Porque se acredita que a doença mental seja o mal e que os afligidos estejam possuídos por maus espíritos.

Uma ONG voltada a campanhas pelos direitos de pessoas com transtornos mentais, documentou negligência e maus-tratos de crianças e adultos em instituições em todo o mundo. Não são raros os casos de crianças amarradas a suas camas, deitadas na sujeira ou vestindo roupas imundas e sem receber nenhum estímulo ou reabilitação para a superação de sua condição.

Outra ONG noticiou que certos países continuam a prender pacientes em “camas gaiolas” durante horas, dias, semanas ou mesmo durante meses ou anos. Um informe indicou que um casal de pacientes viveu nesses dispositivos praticamente 24 horas por dia durante pelo menos os últimos 15 anos. Pessoas em camas cercadas também são freqüentemente privadas de toda forma de tratamento, incluindo remédios e programas de reabilitação.

Também se encontra bem documentado que, em muitos países, pessoas com transtornos mentais vivem com suas famílias ou por contra própria e não recebem nenhum apoio do governo. O estigma e discriminação associados aos transtornos mentais significam que essas pessoas permanecem encerradas em casa e não podem participar na vida pública. A ausência de serviços e apoio de base comunitária também os deixa abandonados e segregados da sociedade.

3.3 Autonomia e liberdade

Uma razão importante para desenvolver a legislação de saúde mental é proteger a autonomia e liberdade das pessoas. Existem diversos sentidos em que a legislação pode fazer isto:

- Promover a autonomia garantindo serviço de saúde mental acessível para pessoas que desejem utilizar tais serviços;
- Estabelecer critérios claros e objetivos para admissões hospitalares involuntárias e, na medida do possível, promover as admissões voluntárias;
- Fornecer proteções processuais específicas para pessoas involuntariamente envolvidas, tais como o direito de rever e apelar quanto a tratamento compulsório ou decisões de admissão em hospital;
- Exigir que nenhuma pessoa seja submetida a hospitalização involuntária quando houver uma alternativa viável;
- Prevenir restrições indevidas à autonomia e liberdade dentro dos próprios hospitais (por exemplo, podem ser protegidos os direitos à liberdade de associação, confidencialidade e voz ativa em planos de tratamento); e
- Proteger a liberdade e autonomia na vida civil e política por meio, por exemplo, de inserção na lei do direito de voto e do direito a várias liberdades desfrutadas pelos demais cidadãos.

Além disso, a legislação pode permitir que pessoas com transtornos mentais, seus parentes e outros representantes designados participem do planejamento do tratamento e de outras decisões na qualidade de protetores e defensores. Conquanto a maioria dos parentes atue nos melhores interesses de um membro de sua família com transtorno mental, nas situações em que os parentes não estejam estreitamente envolvidos com o paciente ou tenham um juízo parcial ou conflito de interesse, pode não ser adequado permitir que o membro da família participe de decisões fundamentais ou mesmo que tenha acesso a informações confidenciais sobre a pessoa. A legislação, dessa forma, deve equilibrar os poderes dos membros da família de salvaguardar os direitos da pessoa com verificações sobre parentes que podem possuir motivos ulteriores ou juízo parcial.

Pessoas com transtornos mentais também são, às vezes, submetidas a violência. Embora o público muitas vezes perceba as pessoas com transtornos mentais como indivíduos violentos que são um risco para os demais, a realidade é que as pessoas

com transtornos mentais costumam ser mais vítimas que perpetradoras. Ocasionalmente, porém, pode haver um conflito aparente entre o direito do indivíduo à autonomia e a obrigação da sociedade de prevenir dano a todas as pessoas. Essa situação pode surgir quando pessoas com transtorno mental representam um risco para si mesmas e as demais devido a comprometimentos em sua capacidade de tomar decisões e perturbações de comportamento associadas aos transtornos mentais. Nessas circunstâncias, a legislação deve levar em conta os direitos dos indivíduos à liberdade e seu direito de tomar decisões relativas à sua própria saúde, bem como as obrigações da sociedade de proteger pessoas incapazes de cuidar de si mesmas, de proteger todas as pessoas de danos e de preservar a saúde da população como um todo. Esse conjunto complexo de variáveis demanda minuciosa consideração ao desenvolver a legislação, e prudência em sua implementação.

3.4 Direitos para infratores mentalmente enfermos

A necessidade de ser legalmente justo com pessoas que cometeram um crime aparente devido a um transtorno mental, e de prevenir o abuso em relação a pessoas com transtornos mentais que se envolveram no sistema da justiça criminal, são razões adicionais pelas quais é essencial a legislação de saúde mental. A maioria dos estatutos admite que as pessoas que não tinham controle sobre suas ações devido a um transtorno mental no momento do crime, ou que eram incapazes de compreender e participar em procedimentos judiciais devido a doença mental, necessitam de salvaguardas processuais na época do julgamento e sentenciamento. Mas o modo como esses indivíduos são detidos e tratados não é, em geral, considerado na legislação ou, quando isso é feito, é de maneira omissa, resultando em abuso dos direitos humanos.

A legislação de saúde mental pode definir procedimentos para lidar com pessoas com transtornos mentais em várias etapas do processo legal (ver seção 15 adiante).

3.5 Promoção do acesso à atenção em saúde mental e integração à comunidade

O direito fundamental à atenção à saúde, inclusive a atenção à saúde mental, é destacado em uma série de acordos e normas internacionais. Entretanto, os serviços de saúde mental em diversas partes do mundo se encontram parcamente custeados, são inadequados e de difícil acessibilidade às pessoas necessitadas. Certos países mal chegam a ter quaisquer serviços, enquanto, em outros, os serviços são disponíveis apenas a certos segmentos da população. Os transtornos mentais às vezes afetam a capacidade das pessoas de tomar decisões relativas a sua saúde e comportamento, resultando em dificuldades adicionais na busca e aceitação do tratamento necessário.

A legislação pode garantir que a atenção e o tratamento adequados sejam fornecidos por serviços de saúde e outros serviços de assistência social, quando e onde necessários. Ela pode ajudar a tornar os serviços de saúde mental mais acessíveis, aceitáveis e de qualidade adequada, oferecendo assim às pessoas com transtornos mentais melhores oportunidades de exercer seu direito de receber tratamento adequado. A legislação e/ou respectivas regulamentações podem incluir uma declaração de responsabilidade por:

- Desenvolver e manter serviços de base comunitária;
- Integrar os serviços de saúde mental à atenção básica à saúde;
- Integrar os serviços de saúde mental a outros serviços sociais;
- Fornecer atenção a pessoas que são incapazes de tomar decisões de saúde devido ao seu transtorno mental;
- Estabelecer requisitos mínimos para o conteúdo, alcance e caráter dos serviços;
- Assegurar a coordenação entre vários tipos de serviços;
- Desenvolver normas de lotação de cargos e recursos humanos;
- Definir padrões de qualidade da atenção e mecanismos de controle de qualidade; e
- Assegurar a proteção dos direitos individuais e promover atividades de defesa de direitos entre os usuários dos serviços de saúde mental.

Muitas políticas avançadas de saúde mental têm procurado aumentar as oportunidades para as pessoas com transtornos mentais levarem vidas de realizações na comunidade. A legislação pode fomentar isto se: i) prevenir a institucionalização indevida; e ii) prover instalações, serviços, programas, pessoal, proteções e oportunidades adequados que possibilitem que as pessoas com transtornos mentais prosperem na comunidade.

A legislação também pode desempenhar um papel importante em garantir que uma pessoa que sofre de um transtorno mental possa participar na comunidade. Entre os pré-requisitos a essa participação se encontra o acesso a serviços de tratamento e atenção, um ambiente apoiador, alojamento, serviços de reabilitação (como terapia ocupacional e treinamento em habilidades para a vida, emprego, não discriminação e igualdade, e direitos civis e políticos (como direito de votar, dirigir automóvel e ter acesso a tribunais). Todos esses serviços e proteções comunitários podem ser implementados mediante legislação.

Claro que o nível de serviços que podem ser disponibilizados dependerá dos recursos do país em questão. A legislação que contém disposições inaplicáveis e irrealistas permanecerá ineficaz e impossível de implementar. Além disso, os serviços de saúde mental muitas vezes ficam defasados em relação a outros serviços de atenção à saúde, ou não são prestados de uma maneira adequada ou economicamente eficiente. A legislação pode fazer uma grande diferença em assegurar sua paridade com outros serviços de atenção à saúde e em garantir que o serviço prestado seja adequado às necessidades das pessoas.

O fornecimento de seguro-saúde é outra área em que a legislação pode desempenhar um papel facilitador. Em muitos países, os planos de seguro-saúde excluem pagamento para atenção à saúde mental ou oferecem níveis inferiores de cobertura por períodos menores de tempo. Isso viola o princípio de acessibilidade por ser discriminador e criar barreiras econômicas ao acesso a serviços de saúde mental. Ao incluir disposições concernentes ao seguro-saúde, a legislação pode garantir que as pessoas com transtornos mentais sejam capazes de pagar o tratamento de que necessitam.

4. Legislação independente ou integrada de saúde mental

Existem maneiras diferentes de abordar a legislação de saúde mental. Em certos países, não existe legislação de saúde mental separada e disposições relativas a saúde mental são inseridas em outra legislação pertinente. As questões concernentes à saúde mental, por exemplo, podem ser incorporadas a legislação de saúde geral, emprego, habitação ou justiça criminal. No outro extremo do espectro, alguns países consolidaram legislação de saúde mental por meio da qual todas as questões relevantes à saúde mental são incorporadas em uma única lei. Muitos países têm combinado essas abordagens e, com isso, têm integrado componentes e ao mesmo tempo criado uma legislação de saúde mental específica.

Há vantagens e desvantagens em cada uma dessas abordagens. A legislação consolidada tem a facilidade de promulgação e adoção, sem a necessidade de múltiplas emendas às leis existentes. O processo de redigir, adotar e implementar legislação consolidada também proporciona uma boa oportunidade de sensibilizar o público sobre os transtornos mentais e educar os formuladores de políticas e o público sobre questões de direitos humanos, estigma e discriminação. Entretanto, a legislação consolidada enfatiza a segregação entre saúde mental e pessoas com transtornos mentais, podendo potencialmente reforçar o estigma e o preconceito contra pessoas com transtornos mentais.

As vantagens de inserir disposições relativas aos transtornos mentais em legislação relevante não específica consistem em que isso reduz o estigma e enfatiza a integração à comunidade daqueles com transtornos mentais. Além disso, em virtude de fazer parte da legislação que beneficia uma clientela muito mais ampla, ela aumenta as chances de que as leis promulgadas em benefício daqueles com transtornos mentais sejam efetivamente colocadas em prática. Entre as principais desvantagens associadas à legislação “dispersa” encontra-se a dificuldade em garantir cobertura de todos os aspectos legislativos relevantes às pessoas com transtornos mentais; procedimentos destinados a proteger os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais podem ser totalmente detalhados e complexos e podem ser impróprios em legislação que não seja específica à saúde mental. Além disso, ela exige mais tempo legislativo devido à necessidade de múltiplas emendas à legislação existente.

Existe pouca evidência demonstrando que uma abordagem seja melhor que a outra. Uma abordagem combinada, envolvendo a incorporação de questões de saúde mental em outra legislação, além de uma legislação específica de saúde mental, é mais propensa a dar conta da complexidade das necessidades de pessoas com transtornos mentais. Entretanto, essa decisão dependerá das circunstâncias do país.

Ao redigir uma legislação consolidada de saúde mental, outras leis (por exemplo, justiça criminal, previdência, educação) também precisarão ser emendadas a fim de garantir que as disposições de todas as leis relevantes estejam em harmonia entre si e não se contradigam.

Exemplo: Emendando todas as leis relacionadas à saúde mental em Fiji

Durante o processo de reforma da legislação de saúde mental em Fiji, 44 leis diferentes foram identificadas para revisão para garantir que não houvesse disparidades entre a nova legislação de saúde mental e a legislação existente. Além disso, o Código Penal e as normas da Corte dos Magistrados foram revistos e identificou-se a necessidade de alterações em uma série de seções para manter a consistência legal.

WHO Mission Report, 2003

5. Regulamentações, ordens de serviço, decretos ministeriais

A legislação de saúde mental não deve ser considerada um evento, mas um processo em curso que evolui com o tempo. Isso significa necessariamente que a legislação é analisada, revista e emendada à luz de avanços na atenção, tratamento e reabilitação de transtornos mentais, e melhorias no desenvolvimento e prestação dos serviços. É difícil especificar a frequência com que a legislação de saúde mental deve ser emendada; entretanto, onde os recursos permitirem, parece adequado um período de 5 a 10 anos para considerar as emendas.

Na realidade, emendas frequentes à legislação são complicadas devido à duração e aos custos financeiros de um processo de emendas e à necessidade de consultar todos os interessados antes de alterar a lei. Uma solução é elaborar disposições na legislação para o estabelecimento de regulamentações para determinadas ações que tendem a necessitar de constantes modificações. Não se introduzem redações específicas na legislação mas, em lugar disso, disposições são inseridas no estatuto para o que pode ser regulamentado e o processo para definição e revisão de regulamentações. Na lei sul-africana, por exemplo, as normas para credenciamento de profissionais de saúde mental não são especificadas na legislação mas fazem parte das regulamentações. A legislação especifica quem é responsável por organizar as regulamentações e os princípios gerais sobre os quais essas regulamentações se baseiam. A vantagem de usar as regulamentações dessa maneira é que isso possibilita frequentes modificações nas normas de credenciamento sem exigir um processo moroso de emendar a primeira legislação. As regulamentações, dessa forma, podem conferir flexibilidade à legislação de saúde mental.

Outras alternativas às regulamentações em certos países são o uso de decretos executivos e ordens de serviço. Frequentemente são soluções de curto a médio prazo em que, por várias razões, são necessárias intervenções temporárias. No Paquistão, por exemplo, foi emitida uma ordenação em 2001 emendando a legislação de saúde mental, muito embora a Assembléia Nacional e o Senado tivessem sido suspensos por uma Proclamação de Emergência. O preâmbulo à ordenação afirmava que existiam circunstâncias que tornavam necessário “tomar medida imediata” (Paquistão, Ordenação No. VIII de 2001). Esta era exigida e considerada desejável pela maioria das pessoas preocupadas com a saúde mental, dada a antiquada lei existente no país. No entanto, a emissão de tal ordenação necessita ser ratificada pelo organismo eleito dentro de um prazo específico de tempo, como é o caso no Paquistão, para garantir que não persista legislação potencialmente retrógrada ou antidemocrática.

6. Instrumentos internacionais e regionais fundamentais de direitos humanos relacionados aos direitos de pessoas com transtornos mentais

As exigências da legislação internacional de direitos humanos, incluindo tanto instrumentos das Nações Unidas como instrumentos regionais de direitos humanos, devem constituir o marco para a elaboração de legislação nacional concernente a pessoas com transtornos mentais ou para a regulamentação de sistemas de saúde mental e serviço social. Os documentos internacionais de direitos humanos geralmente recaem em duas categorias: os que obrigam legalmente os estados que ratificaram tais convenções e os que se referem aos “padrões” internacionais de direitos humanos, que são considerados diretrizes consagradas em declarações, resoluções ou recomendações internacionais, emitidas principalmente por organismos internacionais. Exemplos do primeiro tipo são convenções internacionais de direitos humanos como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP, 1966) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966). A segunda categoria, que inclui Resoluções da Assembléia Geral da ONU como os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidades Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991), ainda que não legalmente obrigatórias, podem e devem influenciar a legislação nos países, desde que representem um consenso da opinião internacional.

6.1 Instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos

Há uma concepção equivocada e generalizada de que devido ao fato de os instrumentos de direitos humanos relacionados especificamente a saúde mental e deficiência serem antes resoluções não compulsórias do que convenções obrigatórias, a legislação de saúde mental está sujeita, portanto, apenas ao arbítrio dos governos dos países. Isto não é verdade já que os governos se encontram sob obrigação, nos termos da legislação internacional de direitos humanos, de garantir que suas políticas e práticas se conformem a legislação internacional obrigatória de direitos humanos – e isto inclui a proteção de pessoas com transtornos mentais.

Organismos de monitoração de tratados aos níveis internacional e regional desempenham o papel de supervisão e monitoração do cumprimento pelos estados que ratificaram tratados internacionais de direitos humanos. Governos que ratificaram um tratado concordam em informar regularmente as medidas que tomaram para implementar esse tratado ao nível nacional mediante mudanças na legislação, na política e na prática. Organizações não governamentais (ONGs) também podem apresentar informações em apoio ao trabalho dos organismos de monitoração. Os organismos de monitoração de tratados consideram os informes, levando em conta informações apresentadas por ONGs e outras entidades competentes, e publicam suas recomendações e sugestões em “observações conclusivas”, que podem incluir uma decisão de que um governo não cumpriu suas obrigações nos termos do tratado. O processo internacional e regional de supervisão e informes oferece assim uma oportunidade para educar o público acerca de uma área especializada de direitos. Esse processo pode ser uma maneira eficaz de pressionar os governos a garantir direitos fundados em convenções.

Os organismos relativos a tratados do sistema europeu e interamericano de direitos humanos estabeleceram também mecanismos de reclamações individuais que oferecem uma oportunidade para que vítimas individuais de violações de direitos humanos tenham seus casos ouvidos e procurem reparações por parte de seus governos.

Esta seção apresenta uma visão geral de algumas disposições fundamentais dos instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos que dizem respeito aos direitos de pessoas com transtornos mentais.

6.1.1 Declaração Internacional de Direitos

A Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), juntamente com o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP, 1966) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966), constituem, em conjunto, o que é conhecido como a “Declaração Internacional de Direitos”. O Artigo 1º da Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada pelas Nações Unidas em 1948, estabelece que todas as pessoas são livres e iguais em direitos e dignidade. Assim, as pessoas com transtornos mentais também têm o direito ao desfrute e proteção de seus direitos humanos fundamentais.

Em 1996, a Comissão sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais adotou o Comentário Geral 5, detalhando a aplicação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) com respeito a pessoas com deficiências mentais e físicas. Os Comentários Gerais, produzidos por organismos de supervisão dos direitos humanos, são uma fonte importante de interpretação dos artigos das convenções de direitos humanos. Os comentários gerais não são obrigatórios, mas representam a visão oficial quanto à interpretação correta da convenção pelo órgão de supervisão dos direitos humanos.

A Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, criada para monitorar o PIDCP, ainda está para emitir um comentário geral específico sobre os direitos de pessoas com transtornos mentais. Ela emitiu o Comentário Geral 18, que define a proteção contra a discriminação contra pessoas com deficiências nos termos do Artigo 26.

Uma obrigação fundamental de direitos humanos nos três instrumentos é a proteção contra discriminação. Além disso, o Comentário Geral 5 especifica que o direito à saúde inclui o direito a serviços de reabilitação. Isto significa que o direito à saúde também implica o direito ao acesso e benefício de serviços que ampliem a autonomia. O direito à dignidade também é protegido nos termos do Comentário Geral 5 tanto com relação ao PIDESC quanto ao PIDCP. Outros direitos importantes especificamente protegidos na Declaração Internacional de Direitos incluem o direito à integração na comunidade, o direito à acomodação razoável (Comentário Geral 5 PIDESC), o direito à liberdade e segurança da pessoa (Artigo 9 PIDCP) e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com deficiências, o que inclui as pessoas com transtornos mentais.

O direito à saúde tal como corporificado em vários instrumentos internacionais

O Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) estabelece o direito de todos ao desfrute do mais elevado padrão viável de saúde física e mental. O direito à saúde é também reconhecido em outras convenções internacionais, tais como o Artigo 5(e)(iv) da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial de 1965, Artigos 11.1(f) e 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 1979, e o Artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989. Diversos instrumentos regionais de direitos humanos também reconhecem o direito à saúde, tais como a Carta Social Europeia de 1996, em sua revisão (Art. 11), a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981 (Art. 16), e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988 (Art. 10).

O Comentário Geral 14 da Comissão sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais objetiva ajudar os países na implementação do Artigo 12 do PIDESC. O Comentário Geral 14 especifica que o direito à saúde contém tanto liberdades como direitos, que incluem o direito da pessoa de controlar a própria saúde e o próprio corpo, inclusive a liberdade sexual e reprodutiva, e o direito a ser livre de interferência, tal como o direito a ser livre de tortura, tratamento e experimentação médica não consensuais. Entre os direitos também se inclui o direito a um sistema de proteção à saúde que garanta às pessoas igualdade de oportunidade para desfrutar do nível de saúde mais elevado alcançável. Segundo a Comissão, o direito à saúde inclui os seguintes elementos inter-relacionados:

i. *Disponibilidade*, i.é., os estabelecimentos e serviços de atenção à saúde devem estar disponíveis em quantidade suficiente.

ii. *Acessibilidade*, que inclui:

- não discriminação, i.é., os serviços e a atenção à saúde devem estar disponíveis a todos sem discriminação;
- acessibilidade física, i.é., os estabelecimentos e serviços de saúde devem estar ao alcance físico seguro, particularmente para populações desprivilegiadas e vulneráveis;
- acessibilidade econômica, i.é., os pagamentos devem basear-se no princípio da equidade e ser acessíveis a todos; e
- acessibilidade às informações, i.é., o direito de buscar, receber e divulgar informações e idéias concernentes a questões de saúde.

(iii) *Aceitabilidade*, i.é., os estabelecimentos e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente adequados.

(iv) *Qualidade*, i.é., os estabelecimentos e serviços de saúde devem ser cientificamente adequados e de boa qualidade.

O Comentário Geral 14 afirma ainda que o direito à saúde impõe três tipos ou níveis de obrigações aos países: as obrigações de *respeitar*, *proteger* e *cumprir*. A obrigação de *respeitar* exige que os países evitem interferir, direta ou indiretamente, no desfrute do direito à saúde. A obrigação de *proteger* exige que os países tomem medidas para evitar que terceiros interfiram nas garantias dispostas pelo Artigo 12. Finalmente, a obrigação de *cumprir* contém obrigações de facilitar, fornecer e promover. Ela exige que os países adotem medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais e outras medidas adequadas rumo à realização plena do direito à saúde.

O Artigo 7 do PIDCP prevê proteção contra tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, e se aplica a instituições médicas e principalmente a instituições que fornecem atenção psiquiátrica. O Comentário Geral sobre o Artigo 7 exige que os governos “forneçam informações sobre detenções em hospitais psiquiátricos, medidas tomadas para impedir abusos, processo de apelações disponível a pessoas admitidas em instituições psiquiátricas e queixas registradas durante o período do informe”.

Uma lista de países que ratificaram o PIDESC e o PIDCP pode ser encontrada em <http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf>

6.1.2 Outras convenções internacionais relacionadas à saúde mental

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de obrigatoriedade legal, contém disposições de direitos humanos especificamente relevantes a crianças e adolescentes. Entre elas se incluem: a proteção contra todas as formas de abuso físico e mental; a não discriminação; o direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento; os melhores interesses da criança; e o respeito pelas opiniões da criança. Vários de seus artigos são especificamente relevantes à saúde mental:

- O Artigo 23 reconhece que as crianças com deficiências mentais ou físicas têm o direito de gozar de uma vida plena e decente em condições que garantam a dignidade, promovam a auto-suficiência e facilitem a participação ativa da criança na comunidade.
- O Artigo 25 reconhece o direito a revisão periódica do tratamento fornecido a crianças que são colocadas em instituições para a atenção, proteção ou tratamento de saúde física ou mental.
- O Artigo 27 reconhece o direito de toda criança a um padrão de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.
- O Artigo 32 reconhece o direito das crianças de serem protegidas da execução de todo trabalho que tenda a ser perigoso ou interferir em sua educação ou a ser danoso a sua saúde ou desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

A Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante (1984) também é relevante àqueles com transtornos mentais. O Artigo 16, por exemplo, torna os estados signatários da Convenção responsáveis por prevenir atos de tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes.

Em certas instituições de saúde mental há um número enorme de exemplos que poderiam constituir tratamento desumano e degradante. Entre eles se incluem: falta de um ambiente seguro e higiênico; falta de alimentação e roupas adequadas; falta de aquecimento adequado ou agasalhos; falta de instalações adequadas de atenção à saúde para prevenir a disseminação de moléstias contagiosas; escassez de pessoal que leve a práticas pelas quais os pacientes sejam obrigados a executar trabalho de manutenção sem remuneração ou em troca de privilégios secundários; e sistemas de restrição que deixem uma pessoa coberta em suas próprias urinas ou fezes ou incapaz de se levantar ou locomover por longos períodos de tempo.

A falta de recursos financeiros ou profissionais não é desculpa para tratamento desumano e degradante. Os governos são obrigados a fornecer recursos adequados

para as necessidades básicas e para proteger o usuário contra sofrimento que possa ser causado por uma falta de alimento, por roupas inadequadas, pessoal insuficiente na instituição, ausência de instalações para higiene básica, ou fornecimento inadequado de um ambiente que respeite a dignidade individual.

Não há nenhuma convenção específica das Nações Unidas que trate dos interesses especiais de indivíduos com deficiências. Entretanto, no dia 28 de novembro de 2001, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou uma resolução preconizando a criação de uma comissão ad hoc “para considerar propostas para uma convenção internacional abrangente e integral para proteger e promover os direitos e a dignidade de pessoas com deficiências”. Encontra-se em curso atualmente o trabalho de redação dessa convenção. As pessoas com transtornos mentais estariam entre os beneficiários da mesma.

Além dos vários sistemas internacionais de monitoração dos direitos humanos, há também uma série de convenções regionais para a proteção dos direitos humanos. Elas são sucintamente discutidas a seguir.

Região Africana

Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos (1981) – Trata-se de um documento de obrigatoriedade legal supervisionado pela Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. O instrumento contém uma série de importantes artigos sobre direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Entre as cláusulas relativas a pessoas com transtornos mentais se encontram os Artigos 4, 5 e 16, que cobrem o direito à vida e à integridade da pessoa, o direito ao respeito da dignidade inerente ao ser humano, proibição de todas as formas de exploração e degradação (particularmente escravidão, tráfico de escravos, tortura e punição cruel, desumana e degradante), e o tratamento e o direito dos idosos e deficientes a medidas especiais de proteção. O instrumento declara que os “idosos e deficientes também devem ter o direito a medidas especiais de proteção em conformidade com suas necessidades físicas ou morais”. O documento garante o direito de todos ao desfrute do melhor estado alcançável de saúde física e mental.

Tribunal Africano dos Direitos Humanos e dos Povos – A Assembléia dos Chefes de Estado e Governo da Organização da Unidade Africana (OUA) – agora União Africana – instituiu um Tribunal Africano dos Direitos Humanos e dos Povos para considerar alegações de violações de direitos humanos, incluindo direitos civis e políticos e direitos econômicos, sociais e culturais garantidos nos termos da Carta Africana e outros instrumentos relevantes de direitos humanos. Em conformidade com o Artigo 34(3), o Tribunal entrou em vigor no dia 25 de janeiro de 2004 após ratificação por um 15º estado. O Tribunal Africano tem autoridade para emitir decisões obrigatórias e aplicáveis em casos a ele trazidos.

Região Européia

Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950) – A Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, respaldada pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos, fornece proteção obrigatória para os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais residentes nos estados que ratificaram a Convenção.

A legislação de saúde mental nos estados europeus é obrigada a fornecer salvaguardas contra hospitalização involuntária, com base em três princípios estabelecidos pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos:

- O transtorno mental é definido por conhecimento médico objetivo;
- O transtorno mental é de caráter e grau que justifique o confinamento compulsório; e
- Para a continuidade do confinamento, é necessário provar persistência do transtorno mental (Wachenfeld, 1992).

O Tribunal Europeu de Direitos Humanos apresenta a interpretação das disposições da Convenção Européia e também cria a legislação européia de direitos humanos. A jurisprudência em formação do Tribunal tem levado a interpretações bem detalhadas da Convenção com relação a questões relativas à saúde mental.

Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano, com relação à Aplicação da Biologia e Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina (1996) – Essa Convenção, adotada pelos Estados Membros do Conselho da Europa e outros Estados da Comunidade Européia, foi o primeiro instrumento internacional legalmente obrigatório a materializar o princípio do consentimento informado e dispõe sobre a igualdade de acesso à atenção médica e o direito de ser informado, além de estabelecer altos padrões de proteção com respeito à atenção e pesquisa médicas.

Recomendação 1235 sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994) – A legislação de saúde mental nos estados europeus também é influenciada pela Recomendação 1235 (1994) sobre Psiquiatria e Direitos Humanos, que foi adotada pela Assembléia Parlamentar do Conselho da Europa. Ela estabelece critérios para admissão involuntária, o procedimento para admissão involuntária, padrões para atenção e tratamento de pessoas com transtornos mentais, e proibições para prevenir abusos na atenção e prática psiquiátricas.

Recomendação No. Rec (2004)10 Relativa à Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental (2004) – Em setembro de 2004, o Comitê de Ministros do Conselho da Europa aprovou uma recomendação que propõe que os estados membros ampliem a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais de pessoas com transtornos mentais, em particular, daquelas submetidas a internação involuntária ou tratamento involuntário.

Outras Convenções Européias – A *Convenção Européia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanos ou Degradantes (1987)* fornece outra camada de proteção dos direitos humanos. O 8º Relatório Anual do Comitê sobre Tortura, do Conselho da Europa, estipulou padrões para prevenir maus-tratos a pessoas com transtornos mentais.

A *Carta Social Européia* revista (1996) fornece proteção obrigatória para os direitos fundamentais de pessoas com deficiências mentais dos estados signatários da Convenção. Em particular, o Artigo 15 da Carta garante os direitos dessas pessoas à independência, integração social e participação na vida da comunidade. A Recomendação N° R (83) 2, adotada pelo Conselho de Ministros em 1983, é outra importante proteção legal de pessoas com transtorno mental que são colocadas em instituições como pacientes involuntários.

Região das Américas

Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948) – Esta dispõe sobre a proteção de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978) – Esta Convenção também abrange uma série de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e estabelece um meio obrigatório de proteção e monitoração pela Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos e o Tribunal Interamericano de Direitos Humanos. O exame recente pela Comissão de um caso intitulado *Congo x Equador* propiciou uma oportunidade para interpretação adicional da Convenção em relação a questões de saúde mental.

Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988) – Esta Convenção se refere especificamente aos direitos de pessoas com deficiências. Os signatários concordam em empreender programas voltados a fornecer às pessoas com deficiências os recursos e o ambiente necessário para alcançar o mais alto desenvolvimento possível de suas personalidades, bem como treinamento especial aos familiares (incluindo requisitos específicos oriundos das necessidades especiais desse grupo). Os signatários também concordam que essas medidas sejam convertidas em um componente prioritário de seus planos de desenvolvimento urbano e que incentivem a criação de grupos sociais para ajudar pessoas com deficiências a desfrutarem de uma vida mais plena.

Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências (1999) – Os objetivos dessa Convenção são prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiências mentais ou físicas e promover sua plena integração à sociedade. É a primeira convenção internacional que trata especificamente dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos emitiu uma Recomendação sobre a Promoção e Proteção dos Direitos Humanos de Pessoas com Deficiências Mentais (2001), recomendando que os países ratifiquem essa Convenção. A Recomendação também insiste para que os estados promovam e implementem, mediante legislação e planos nacionais de saúde mental, a organização de serviços comunitários de saúde mental, a fim de obter a plena integração de pessoas com transtornos mentais à sociedade.

7. Principais normas de direitos humanos aplicáveis à saúde mental

7.1 Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991)

Em 1991, os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, ver Anexo 3) estabeleceram padrões mínimos de direitos humanos para a prática no campo da saúde mental. Organismos internacionais de fiscalização e aplicação têm usado os Princípios ASM como uma interpretação oficial dos requisitos de convenções internacionais como o PIDESC.

Os Princípios ASM têm funcionado como um marco referencial para o desenvolvimento de legislação de saúde mental em muitos países. Austrália, Hungria, México e Portugal, entre outros, incorporaram os Princípios ASM no todo ou em parte a suas leis nacionais. Esses princípios podem ser utilizados como guia pelos países na concepção ou reformulação de suas políticas de saúde mental. Eles definem normas para tratamento e condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental, e criam proteções contra a detenção arbitrária em tais estabelecimentos. Esses princípios aplicam-se genericamente a pessoas com transtornos mentais, estejam elas ou não em estabelecimentos psiquiátricos e aplicam-se a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental – sejam ou não diagnosticadas como portadoras de um transtorno mental. Esta última disposição é importante porque, em muitos países, estabelecimentos de saúde mental de longo prazo funcionam como repositórios para pessoas que não possuem nenhum histórico de transtorno mental ou nenhum transtorno mental em curso, mas que permanecem na instituição devido à falta de outras instalações ou serviços comunitários para atender suas necessidades. Os Princípios ASM reconhecem que toda pessoa com um transtorno mental deve ter o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade.

Os Princípios ASM, porém, tem sido objeto de algumas críticas. Em 2003, o Secretário Geral das Nações Unidas, em um relatório à Assembleia Geral, observou que os mesmos *“oferecem, em certos casos, um grau menor de proteção que o oferecido pelos tratados de direitos humanos existentes, por exemplo, com relação à exigência de consentimento informado prévio ao tratamento. Nesse sentido, algumas organizações de pessoas com deficiências, entre as quais a Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria, têm colocado em questão a proteção oferecida pelos Princípios (e particularmente os princípios 11 e 16) e sua congruência com normas de direitos humanos existentes no contexto do tratamento e detenção involuntários”*. (United Nations, 2003)

7.2 Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (Regras Padrão, 1993)

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, re-enfatizou o fato de que a legislação internacional de direitos humanos protege as pessoas com deficiências mentais e físicas e que os governos devem estabelecer legislação nacional para realizar esses direitos. No que passou a ser conhecido como a Declaração de Viena, a Conferência Mundial declarou que todos os direitos humanos e liberdades fundamentais são universais, e isso inclui irrestritamente as pessoas com deficiências.

As *Regras Padrão para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993)* foram adotadas ao final da Década das Pessoas Deficientes (1982-1993) pela Resolução 48/96 da Assembléia Geral. Como instrumento de orientação política, as Regras Padrão reiteram os objetivos da prevenção, reabilitação e igualdade de oportunidades definidas pelo Programa de Ação Mundial. Essas 22 regras prevêem ação nacional em três áreas principais: pré-condições para participação igual, alvos para participação igual e medidas de implementação. As Regras Padrão são um novo e revolucionário instrumento internacional porque estabelecem a participação cidadã de pessoas com deficiências como um direito humano internacionalmente reconhecido. Para realizar esse direito, espera-se que os governos garantam oportunidades para que pessoas com deficiências e organizações constituídas por pessoas com deficiências se envolvam na elaboração de nova legislação sobre matérias que as afetam. As Regras Padrão propõem que cada país se engaje num processo de planejamento nacional para levar a legislação, as políticas e programas a uma conformidade com os padrões internacionais de direitos humanos.

8. Normas Técnicas

Além das resoluções da Assembléia Geral das Nações Unidas, as agências da ONU, conferências mundiais e grupos profissionais reunidos sob os auspícios da ONU têm adotado uma ampla gama de diretrizes técnicas e formulações políticas. Essas podem ser uma fonte valiosa de interpretação das convenções internacionais de direitos humanos.

8.1 Declaração de Caracas (1990)

A *Declaração de Caracas (1990)* adotada como uma resolução por legisladores, profissionais de saúde mental, líderes dos direitos humanos e ativistas dos movimentos de deficientes convocados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), traz implicações importantes para a estrutura dos serviços de saúde mental (ver Anexo 4). Ela afirma que o recurso exclusivo a tratamento por internação em um hospital psiquiátrico isola os pacientes de seu ambiente natural, com isso gerando maior deficiência. A Declaração estabelece um elo crítico entre os serviços de saúde mental e os direitos humanos ao concluir que os serviços ultrapassados de saúde mental colocam em risco os direitos humanos dos pacientes.

A Declaração visa promover serviços de saúde mental de base comunitária e integrados sugerindo uma reestruturação da atenção psiquiátrica existente. Ela afirma

que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas com transtornos mentais devem salvaguardar sua dignidade e direitos humanos, fornecer tratamento racional e apropriado e empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. Afirma ainda que a legislação de saúde mental deve salvaguardar os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e que os serviços devem ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos.

8.2 Declaração de Madri (1996)

As associações internacionais de profissionais de saúde mental também têm procurado garantir os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais mediante a emissão de seu próprio conjunto de diretrizes para normas de comportamento e prática profissionais. Um exemplo dessas diretrizes é a Declaração de Madri adotada pela Assembléia Geral da Associação Psiquiátrica Mundial (WPA) em 1996 (ver Anexo 5). Entre outras normas, a Declaração insiste no tratamento baseado em parceria com pessoas com transtornos mentais, e na aplicação de tratamento involuntário somente sob circunstâncias excepcionais.

8.3 Normas técnicas da OMS

Em 1996, a OMS desenvolveu a *Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos* (ver quadro abaixo) como uma interpretação adicional dos Princípios ASM e como um guia para ajudar os países a desenvolverem legislações de saúde mental. Em 1996, a OMS desenvolveu também as *Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais*, que é uma ferramenta para ajudar a compreender e interpretar os Princípios ASM e avaliar as condições dos direitos humanos nas instituições.

A Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos

1. Promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais
2. Acesso à atenção básica em saúde mental
3. Avaliações de saúde mental em conformidade com princípios internacionalmente aceitos
4. Cláusula de tipo menos restritivo de atenção à saúde mental
5. Autodeterminação
6. Direito a ser assistido no exercício da autodeterminação
7. Disponibilidade de procedimento de revisão
8. Mecanismo automático de revisão periódica
9. Tomador de decisão qualificado
10. Respeito ao império da lei

WHO, 1996

8.4 A Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994)

Em 1994, a Conferência Mundial sobre Educação de Necessidades Especiais adotou a *Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais*, que afirmava o direito a educação integrada para crianças com deficiências mentais. A *Declaração de Salamanca* é de particular importância na implementação da *Declaração Mundial sobre Educação para Todos* [World Declaration on Education for All (WDEA)] e na aplicação do direito à educação definido nos termos do PIDESC.

9. Limitação de direitos

Há uma série de direitos humanos em que não é permissível nenhuma restrição sob nenhuma circunstância, tal como a liberdade da tortura e da escravidão e a liberdade de pensamento, consciência e religião. Entretanto, cláusulas de limitação e anulação na maioria dos instrumentos de direitos humanos reconhecem a necessidade de limitar os direitos humanos em certos casos, e no âmbito da saúde mental existem condições em que é necessário aplicar limitações (para exemplos, ver o Capítulo 2).

Os *Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (Princípios de Siracusa)* fixam critérios que devem ser atendidos quando os direitos são restringidos. Todos os cinco critérios abaixo devem ser atendidos sem exceção. As restrições devem ser de duração limitada e sujeitas a revisão.

Um resumo dos Princípios de Siracusa

- A restrição é prevista e executada em conformidade com a lei.
- A restrição é no interesse do objetivo legítimo do interesse geral.
- A restrição é estritamente necessária em uma sociedade democrática para se alcançar o objetivo.
- A restrição é necessária para responder a uma necessidade de saúde pública.
- A restrição é proporcional ao alvo social, e não há meios menos invasivos e restritivos disponíveis para alcançar esse alvo social.
- A restrição não é arbitrariamente elaborada ou imposta (i.é., de uma maneira irracional ou de outro modo discriminatória).

Para uma discussão mais detalhada sobre o papel dos documentos internacionais de direitos humanos na proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais, ver *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* (WHO, 2001c), também disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/ Além disso, para um resumo das principais disposições e instrumentos internacionais relacionados aos direitos de pessoas com transtornos mentais, ver o Anexo 2.

Em resumo, a legislação deve permitir a consecução de objetivos de saúde pública e da política de saúde. Os governos estão submetidos a uma obrigação de respeitar, promover e realizar direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais conforme definidos em documentos internacionais de direitos humanos obrigatórios. Além disso, outras normas como os Princípios ASM, que representam um consenso internacional, podem ser usadas como diretrizes para promulgar legislação e implementar políticas que promovam e protejam os direitos de pessoas com transtornos mentais. A legislação pode ajudar as pessoas com transtornos mentais a receber atenção e tratamento adequados. Ela pode proteger e promover direitos e prevenir a discriminação. Ela também pode defender direitos específicos, tais como direito ao voto, à propriedade, à liberdade de associação, a um julgamento justo, a garantias judiciais e revisão de detenções e a proteção em áreas como habitação e emprego. A legislação de justiça criminal pode garantir tratamento e proteção adequados dos direitos de infratores mentalmente enfermos. Esses são apenas alguns exemplos que ilustram claramente que a legislação de saúde mental é mais do que simplesmente legislação de “atenção e tratamento” limitados a processos de admissão e tratamento involuntários no interior de instituições.

No entanto, a despeito do papel crítico da legislação, ela não é a única solução nem uma solução simples para a multiplicidade de problemas enfrentados em saúde mental, mas apenas uma ferramenta que possibilita alcançar esses objetivos. Mesmo em países com boa legislação, os sistemas informais podem subverter a intenção legislativa. Os profissionais de saúde mental que não estão familiarizados, por exemplo, com as disposições de uma nova lei podem continuar com as práticas “costumeiras” na prestação de tratamento, frustrando com isso o propósito da nova e progressista legislação de saúde mental. Sem treinamento e formação adequados – e o pleno envolvimento de uma série de atores – a legislação pode produzir pouco efeito.

Um forte envolvimento com a auto-regulação ética pelos profissionais de saúde mental é outro componente importante em qualquer sistema. Além disso, uma legislação excessivamente restritiva, ainda que bem intencionada, pode antes impedir que promover o acesso à atenção à saúde mental. Disposições legislativas associadas à admissão ou ao tratamento involuntário, por exemplo, podem ser tão restritivas que não consigam ser cumpridas em um determinado cenário de recursos, resultando em uma falta da atenção necessária. A determinação de atenção e tratamento adequados e apropriados e a promoção e proteção dos direitos humanos para pessoas com transtornos mentais são de importância primordial. A legislação pode desempenhar um papel importante.

O Contexto da Legislação de Saúde Mental: Questões Centrais

- A legislação é complementar às políticas, planos e programas de saúde mental, e pode servir para reforçar metas e objetivos das políticas.
- Pessoas com transtornos mentais são um segmento vulnerável da sociedade e necessitam de proteções especiais.
- A legislação de saúde mental é necessária para proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais em ambientes institucionais e na comunidade.
- A legislação de saúde mental é mais do que apenas legislação de “atenção e tratamento”. Ela propicia um marco legal para tratar de questões críticas de saúde mental, tais como o acesso a atenção, reabilitação e cuidados na convalescença, a plena integração das pessoas com transtornos mentais à comunidade e a promoção da saúde mental nos diferentes setores da sociedade.
- Os governos têm obrigação de respeitar, promover e cumprir os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, conforme definidos em documentos internacionais e regionais de direitos humanos.
- Questões legislativas pertinentes à saúde mental podem ser consolidadas em um único estatuto ou podem ser distribuídas em diferentes documentos legislativos.
- A legislação progressista de saúde mental deve incorporar proteções aos direitos humanos, tais como incluídos em documentos e normas técnicas internacionais e regionais de direitos humanos. A legislação também deve possibilitar a consecução de objetivos da política de saúde pública e da saúde em geral.

Capítulo 2 - Conteúdo da legislação de saúde mental

1. Introdução

Este capítulo abrange áreas importantes que precisam ser incorporadas à legislação de saúde mental. Muitas vezes, essa legislação se concentra apenas na admissão e tratamento involuntários e negligência ou omite preocupações igualmente importantes relativas às pessoas com transtornos mentais. Conquanto não seja possível neste capítulo cobrir todas as áreas que afetam a saúde mental, uma ampla gama de importantes matérias legislativas são consideradas. As questões discutidas podem ser incluídas em leis gerais da saúde ou naquelas relativas a áreas como bem-estar social e benefícios, deficiências, custódia, igualdade de oportunidades de emprego ou habitação, ou podem ser incluídas em legislação específica de saúde mental. Conforme discutido no Capítulo 1, as leis relacionadas à saúde mental podem ser satisfatoriamente dispersas em uma série de diferentes medidas legislativas ou contidas em um único estatuto. O tipo ou forma do texto legislativo variará de país para país. Certos países, por exemplo, podem optar por enunciar apenas os princípios fundamentais em uma lei de saúde mental e usar regulamentações para especificar os detalhes processuais para levar a intenção legislativa para a prática; outros podem incluir os aspectos processuais dentro do corpo principal da legislação de saúde mental.

Neste capítulo apresenta-se um formato prático para o conteúdo da legislação de saúde mental. Admite-se que esse formato talvez se conforme melhor a certos marcos legislativos do que a outros, e enfatiza-se que este não é o formato “sugerido” já que, ao elaborar suas leis, os países adotarão seus próprios padrões legislativos.

Os excertos de leis nacionais neste capítulo se destinam apenas a fins ilustrativos; servem como exemplos de diferentes textos e terminologias que têm sido adotados por diferentes países, em relação à situação e contexto particulares a cada país. Eles não representam “sugestão” de texto ou terminologia a serem usados.

2. Preâmbulo e objetivos

Costuma-se dividir a legislação de saúde mental em seções, geralmente começando com um preâmbulo (ou introdução) que esboça as razões pelas quais a legislação é necessária.

Exemplo de um preâmbulo

Preâmbulo da Lei de Proteção à Saúde Mental da Polônia

Considerando que a saúde mental é um valor humano fundamental e considerando que a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais é uma obrigação do Estado, esta Lei proclama o seguinte:

(Lei de Proteção à Saúde Mental , M284 1994, Polônia)

A seção (ou capítulo) seguinte de uma lei geralmente define o propósito e os objetivos que o estatuto visa alcançar. Uma declaração de objetivos é importante na medida em que propicia uma orientação para interpretar as disposições legislativas. O preâmbulo, juntamente com o propósito e objetivos, ajuda os tribunais e outros na interpretação das disposições legislativas sempre que haja alguma ambigüidade nas disposições substantivas do estatuto.

Exemplo de objetivos

Objetivos da lei sul-africana

Os objetivos desta Lei são os de –

- a) Controlar o ambiente da atenção à saúde mental de um modo que –
 - (i) Possibilite a prestação da melhor atenção possível à saúde mental, tratamento e reabilitação que os recursos disponíveis possam proporcionar;
 - (ii) torne os serviços efetivos de atenção, tratamento e reabilitação da saúde mental disponíveis à população de maneira equitativa, eficaz e nos melhores interesses do usuário da atenção à saúde mental;
 - (iii) coordene o acesso a e prestação de serviços de atenção, tratamento e reabilitação da saúde mental; e
 - (iv) integre o acesso a e prestação de serviços de saúde mental aos ambientes de serviços de saúde em geral.
- b) Definir os direitos e obrigações dos usuários da atenção à saúde mental e as obrigações dos fornecedores de atenção à saúde mental;
- c) Controlar o acesso e o fornecimento de atenção e tratamento de saúde mental a –
 - (i) usuários voluntários, assistidos e involuntários da atenção à saúde mental;
 - (ii) pacientes do estado (incapazes de participar de julgamento ou de compreender suas ações criminais); e
 - (iii) prisioneiros mentalmente enfermos.
- d) Controlar a maneira pela qual a propriedade daqueles com uma enfermidade mental pode ser tratada pelos tribunais de justiça; e
- e) Dispor sobre matérias afins.

(Extraído de *Lei de Atenção à Saúde Mental, Lei 17 de 2002, República da África do Sul*)

A seção (ou capítulo) seguinte de uma legislação de saúde mental geralmente contém definições de termos usados na legislação (i.é., as disposições essenciais e os aspectos processuais da legislação) que são adiante discutidos em detalhe.

3. Definições

A seção de definições na legislação apresenta a interpretação e o significado dos termos empregados. Definições claras e inequívocas são extremamente importantes para aqueles que precisam compreender e implementar a legislação, e para membros do público que possam ser afetados por ela, como os pacientes e suas famílias. Os tribunais também acham isto útil, já que precisam tomar decisões com base nas definições formuladas.

A definição do grupo-alvo ou do beneficiários da legislação normalmente é um importante papel da seção de definições.

3.1 Doença mental e transtorno mental

Definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. Isso pode trazer implicações importantes quando, por exemplo, uma sociedade está decidindo sobre os tipos e a gravidade de transtornos mentais potencialmente qualificados para tratamento e serviços involuntários.

A definição de transtorno mental adotada por uma legislação nacional qualquer depende de muitos fatores. Acima de tudo, o propósito da legislação determinará os limites exatos da categoria. Assim, a legislação preocupada primordialmente com a admissão e tratamento involuntários pode restringir a categoria apenas a transtornos mentais graves. Por outro lado, a legislação preocupada com direitos positivos pode definir transtorno mental da forma mais ampla possível para estender os benefícios da legislação a todas as pessoas com transtornos mentais. A definição de transtorno mental também depende do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. Este Livro de Recursos não preconiza uma definição em particular; ele apenas visa sensibilizar os legisladores e outros envolvidos no processo de elaboração da legislação para as várias escolhas e vantagens de diferentes formas de definição (ver Tabela 1 adiante).

Uma série de organizações de usuários opõe-se ao uso dos termos “doença mental” e “paciente mental” alegando que estes apóiam a dominação do modelo médico. A maioria dos documentos clínicos internacionais evita o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar o termo “transtorno mental” (ver, por exemplo, *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)* (WHO, 1992) e *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994)). O ICD-10 afirma que o termo “transtorno” é usado para evitar os problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos como “enfermidade” e “doença”. “Transtorno” não é um termo exato mas é empregado aqui “*para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido*” (WHO, 1992).

O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Nem todos consideram todas essas categorias como transtornos mentais; no entanto, muitas questões legislativas que pertencem a condições como a esquizofrenia e a depressão bipolar se aplicam igualmente a outras condições como retardamento mental e, conseqüentemente, prefere-se uma definição ampla.

Pessoas com retardamento mental estão geralmente expostas à mesma discriminação e abuso que as pessoas com enfermidade mental grave, e as proteções legais necessárias são geralmente as mesmas para ambos os grupos. Entretanto, existem diferenças importantes entre os dois grupos; um exemplo é com relação à capacidade de curto ou longo prazo para consentir. Os países, portanto, devem decidir se é necessário uma única lei ou leis distintas. Se o retardamento mental for incluído na legislação de saúde mental, é importante que sejam incluídas salvaguardas suficientes para garantir que o retardamento mental não seja considerado sinônimo de “outros” transtornos mentais. Um lei única pode ser particularmente relevante para aqueles países que provavelmente não são capazes de elaborar e promulgar dois conjuntos distintos de leis devido, por exemplo, a restrições de recursos. Essa opção foi utilizada na África do Sul. Entretanto, embora tanto a enfermidade mental como o retardamento mental fossem abrangidos na mesma legislação de saúde mental, seções relevantes especificavam onde apenas uma ou o outro eram implicados. Muitas jurisdições (como a Índia) excluem especificamente o retardamento mental do escopo da legislação de saúde mental, mas a contemplam em legislação distinta.

A inclusão do transtorno de personalidade na definição de transtorno mental é uma questão igualmente complexa. Os transtornos de personalidade são considerados como parte do espectro dos transtornos mentais em um nível clínico, conforme mostra sua inclusão em sistemas classificatórios como o ICD-10 (WHO, 1992) e o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Entretanto, existem dúvidas acerca da validade e confiabilidade do diagnóstico de muitos subtipos de transtornos de personalidade. As questões dizem respeito, sobretudo, ao grau em que os transtornos de personalidade são suscetíveis de tratamento. Conquanto ainda haja poucas modalidades de tratamento bem validadas e amplamente aceitas para a maior parte dos tipos de transtornos de personalidade, existem dados crescentes de que muitos desses transtornos são, de fato, passíveis de tratamento (Livesley, 2001; Sperry, 2003). Se uma determinada condição não reage ao tratamento, ou se não há nenhum tratamento disponível, é difícil justificar a admissão involuntária de pessoas com essa condição a um estabelecimento de saúde mental. Entretanto, observa-se que a legislação de muitos países dá margem à custódia protetora para pessoas com graves transtornos que não são sensíveis aos tratamentos disponíveis, embora muitos possam argumentar que este não deve ser o propósito da legislação de saúde mental.

Outro risco de incluir os transtornos de personalidade na legislação de saúde mental é que em muitos países tem-se usado o diagnóstico de transtorno de personalidade contra grupos vulneráveis, principalmente contra mulheres jovens, sempre que estas não se conformam com as normas sociais, culturais, morais e religiosas dominantes. Dissidentes políticos e minorias também são passíveis de serem diagnosticados como portadores de um transtorno de personalidade quando assumem posições contrárias às normas locais.

Se os transtornos de personalidade forem incluídos na legislação, os países precisarão incorporar consideráveis dispositivos legais para prevenir o seu mau uso. Este Livro de Recursos não defende uma abordagem particular no sentido de incluir ou de excluir os transtornos de personalidade. Os países devem abordar a questão levando em conta a estrutura única e as tradições de seus sistemas legais e de atenção à saúde.

Outra questão passível de debate é se a dependência de substâncias deve ou não ser incluída como um transtorno mental. Conquanto a dependência de substâncias também esteja incluída na maioria dos sistemas classificatórios internacionais de saúde mental como o ICD-10 (WHO, 1992), muitos países excluem especificamente esse transtorno da legislação de saúde mental. A Lei de Saúde Mental da Inglaterra e País de Gales de 1983, por exemplo, possibilita que uma pessoa seja excluída de seu escopo “por motivos apenas de promiscuidade ou outra conduta moral, desvio sexual *ou dependência de álcool ou drogas*” (itálicos acrescentados). A experiência clínica indica que pessoas que abusam do álcool e das drogas não são, em geral, bons candidatos para admissão e tratamento involuntários, e que outras leis podem ser necessárias para lidar efetivamente com esse grupo de pessoas.

Exemplo de definições

Encontram-se abaixo exemplos de definições de transtorno mental utilizadas na legislação de dois países diferentes, e elas refletem parte das dificuldades de definição do termo.

Ilhas Maurício: “Transtorno mental” significa uma ocorrência importante de transtorno mental ou comportamento demonstrada por sintomas que indicam uma perturbação do funcionamento mental, incluindo sintomas de uma perturbação do raciocínio, temperamento, volição, percepção, orientação ou memória que estão presentes a ponto de serem considerados patológicos”.

(Lei de Atenção à Saúde Mental, Lei 24 de 1998, Ilhas Maurício)

Jamaica: “Transtorno mental” significa (a) um transtorno substancial do raciocínio, percepção, orientação ou memória que no geral prejudica o comportamento, juízo, capacidade de reconhecer a realidade ou a aptidão para atender as demandas da vida e que deixam a pessoa mentalmente insana ou (b) retardamento mental em que tal condição está associada a comportamento anormalmente agressivo ou gravemente irresponsável.

(Lei de Saúde Mental de 1997, Jamaica)

Os Princípios ASM utilizam o termo “enfermidade mental” mas não o definem. Em lugar disso, fornecem diretrizes sobre como uma enfermidade mental pode e não pode ser determinada. Entre essas se incluem:

- Uma determinação de enfermidade mental não pode nunca se dar na base de status político, econômico ou social ou filiação a um grupo cultural, racial ou religioso ou por nenhum outro motivo não diretamente relevante ao status de saúde mental.
- Conflito familiar ou profissional, ou não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos ou convicções religiosas em vigor na comunidade da pessoa não devem nunca ser um fator determinante no diagnóstico de enfermidade mental.
- Um histórico de tratamento ou hospitalização como paciente não justifica em si mesmo nenhuma determinação presente ou futura de enfermidade mental.
- Nenhuma pessoa ou entidade devem classificar uma pessoa como tendo, ou de outro modo sugerir que uma pessoa tenha, uma enfermidade mental, exceto para fins diretamente relacionados a enfermidade mental ou a consequência de enfermidade mental.
- A determinação de que uma pessoa tem enfermidade mental deve ser feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.

3.2 Deficiência mental

Uma alternativa a “transtorno mental” é o conceito de “deficiência mental”. A *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)* (WHO, 2001d) define deficiência como “um termo guarda-chuva para debilidades, limitações de atividade e restrições na participação”. Denota os aspectos negativos na interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e fatores contextuais desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

Deficiência mental não é sinônimo de transtorno mental, mas inclui pessoas com transtorno mental. Pessoas que se recuperaram de um transtorno mental podem continuar a ter deficiências e muitas pessoas com transtorno mental em curso também têm deficiência devido ao transtorno. “Deficiência” é, em alguns casos, um sinal intrínseco de uma enfermidade ou síndrome específicas (alguns transtornos mentais, por exemplo, precisam da presença de debilidade funcional para que o diagnóstico seja feito) e, em outros, é consequência dessa enfermidade ou síndrome (Bertolote & Sartorius, 1996).

Uma das vantagens de empregar o termo “deficiência mental” é que o conceito de “deficiência” se refere diretamente a percepções imediatas que as pessoas têm de suas vidas, seu ambiente e suas necessidades e limitações (Bertolote & Sartorius, 1996), e que os profissionais de fora do setor da saúde entendem com mais facilidade esse conceito. Uma desvantagem óbvia do termo é seu caráter amplo, o que inclui muito mais pessoas no escopo da legislação de saúde mental do que aconteceria com termos mais restritivos como “transtorno mental” ou “enfermidade mental”. Além disso, o termo “deficiência mental” é impopular entre alguns usuários de serviços de saúde mental que preferem o uso do termo “deficiência psicossocial”. Eles acreditam que a deficiência psiquiátrica ou mental pertence à esfera “médica”, e por isso tendem a preferir uma nítida separação entre enfermidade e deficiência.

3.3 Incapacidade mental

Outra alternativa na definição de um grupo-alvo é o conceito de “incapacidade mental”. Nesse caso, as decisões se baseiam na capacidade do indivíduo, conforme determinada pelo quadro de médicos e de outros profissionais, de compreender a natureza da questão em pauta (por exemplo, com respeito ao tratamento ou admissão), avaliar os benefícios dessa questão, fazer uma opção e comunicá-la. “Incapacidade mental” é um conceito mais estreito que “transtorno mental”. O uso desse termo pode ser vantajoso em leis que objetivam essencialmente aspectos da admissão e do tratamento de saúde mental. Entretanto, o alcance menor desse termo pode não ser apropriado em leis que abrangem uma ampla gama de questões de saúde mental, já que isso excluiria a maioria dos usuários de serviços de saúde mental do escopo de direitos importantes como o acesso à atenção, direitos e condições nos estabelecimentos de atenção à saúde mental, confidencialidade e acesso à informação.

Um mérito dessa opção é que ele não torna intercambiáveis os termos transtorno mental e incapacidade mental. Aceita-se a amplitude e gravidade dos transtornos mentais, mas a falta de capacidade tem de ser explicitamente definida antes que se permita que a lei intervenha na vida da pessoa. Existe um risco, porém, de que, se a interpretação judicial dessa formulação não for suficientemente rigorosa, seja possível presumir incapacidade quando apenas o transtorno mental foi estabelecido. Para compensar essa conseqüência, pode-se afirmar expressamente no estatuto que a incapacidade não deve ser presumida a partir de prova de transtorno mental, e que a incapacidade deve ser estabelecida de forma independente.

Exemplo de definições

A Lei de Consentimento na Atenção à Saúde de Ontario (Canadá) afirma: “...uma pessoa é capaz com relação a tratamento, admissão a um estabelecimento de atenção ou a um serviço de assistência pessoal se a pessoa é capaz de compreender as informações que são relevantes a uma tomada de decisão sobre o tratamento, admissão ou serviço de assistência pessoal, conforme possa ser o caso, e capaz de considerar as conseqüências razoavelmente previsíveis de uma decisão ou falta de decisão”.

(Lei de Consentimento à Atenção à Saúde de 1996 Ontario, Canadá)

3.4 Insanidade mental

Algumas jurisdições empregam o termo legal “insanidade mental” como uma alternativa a “transtorno mental”. É o caso da *Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais* (1950). Presume-se que todas as pessoas sejam “mentalmente sadias até prova em contrário”. “Insanidade mental” é definida como a ausência de sanidade mental, o que, naturalmente, corre o risco da circularidade. O conceito de “insanidade mental” se aproxima, mas não é o mesmo que o conceito de “incapacidade mental”. Não existe equivalente clínico de “insanidade mental” e, em muitos casos, “insanidade mental” incluirá condições não necessariamente imputáveis a transtornos mentais. De acordo com o Tribunal Europeu, devido à fluidez do emprego do termo, ele não deve ter uma interpretação definitiva (Gostin, 2000).

Tabela 1 – Comparação de definições de má saúde mental

| <Termo | Enfermidade Mental | Transtorno Mental | Deficiência Mental | Incapacidade Mental | Insanidade Mental |
|-----------------|--|--|--|---|---|
| 1. Escopo | Muito estreito | Estreito | Amplo | Extremamente estreito | Variável, mas com tendência a ser amplo |
| 2. Vantagens | <ul style="list-style-type: none"> • Bem definido • Em uso comum e por isso compreendido por todos os interessados (embora ocasionalmente com significados diferentes) | <ul style="list-style-type: none"> • Compatível com os sistemas de classificação médica • Fácil de operacionalizar | <ul style="list-style-type: none"> • Escopo amplo do termo, útil para proteção positiva de direitos por garantir que todas as pessoas com a deficiência, seja qual for a gravidade, sejam incluídas • Mais próximo da percepção dos consumidores acerca dos efeitos dos problemas de saúde mental sobre suas vidas | <ul style="list-style-type: none"> • Definido e entendido de modo similar pelas disciplinas médicas e legais • Não identifica transtorno/enfermidade mental com incompetência • Foco estreito, garante maior proteção a pacientes quando os direitos estão sendo retirados pela exclusão de todos que não aqueles com o transtorno/enfermidade mental mais grave | <ul style="list-style-type: none"> • Fluidez da definição pode ser alguma vantagem quando interpretado nos melhores interesses da pessoa |
| 3. Desvantagens | <ul style="list-style-type: none"> • Reforça o “modelo médico” | <ul style="list-style-type: none"> • Inclui uma série de condições, desde a mais benigna até a extremamente grave; isto pode ser uma limitação em situações em que o objetivo é restringir a aplicação apenas às condições de saúde mental mais graves • Inclui uma série de condições, algumas das quais podem não ser o foco da legislação de saúde mental, como, por exemplo, retardamento mental | <ul style="list-style-type: none"> • Não bem definido • Escopo amplo do termo implica que muitas pessoas possam ser incluídas dentro do escopo da admissão e tratamento involuntários | <ul style="list-style-type: none"> • Escopo estreito do termo limita sua utilidade para promoção positiva de direitos de pessoas com transtornos mentais | <ul style="list-style-type: none"> • Um conceito legal, não equivalente a categorias médicas específicas • Risco de abuso • Tende a prejudicar o diálogo entre as disciplinas médicas e legais |

Em resumo, os países precisam decidir entre uma definição mais ampla ou mais estreita dos beneficiários ou grupo-alvo da legislação. É complicado escolher entre uma definição mais ampla e uma definição estreita. Se a legislação de saúde mental abranger meramente a “atenção e tratamento”, a maioria dos usuários da saúde mental, defensores e ativistas dos direitos humanos preferirá uma definição mais estreita. Por outro lado, se essa legislação estiver voltada a proteger uma gama ampla de direitos de pessoas com problemas de saúde mental e incluir, por exemplo, cláusulas antidiscriminação e proteção contra o abuso, uma definição mais abrangente dos problemas de saúde mental parecerá preferível.

Outra abordagem pode ser a de usar uma definição mais ampla em disposições da lei que criam habilitação para serviços e direitos. Uma definição mais estreita poderia então ser usada em seções que controlam o processo de admissão e tratamento involuntários. Entretanto, isso pode ser complicado demais para muitos países em que uma legislação “simples e direta” tenda a conquistar preferência no legislativo e nos tribunais. Em tais casos, as escolhas terão de ser feitas em um sentido ou no outro, levando em conta as considerações acima.

Uma vez que um determinado termo tenha sido escolhido e definido, é importante que ele seja usado de modo consistente ao longo da lei e não de modo intercambiável com outros termos de significado similar, já que isto pode gerar confusão na interpretação da lei.

3.5 Definições de outros termos

Os documentos legislativos utilizam uma multiplicidade de termos técnicos, que podem ter diferentes sentidos contextuais em diferentes situações e países. Para eliminar toda ambigüidade e ajudar na interpretação da legislação, esses termos devem ser definidos com precisão no documento legislativo. Alguns exemplos tirados de Leis de Saúde Mental de dois países são apresentados abaixo.

Exemplos de definições

Paquistão

Paciente significa uma pessoa que está sob tratamento e atenção.

Estabelecimento psiquiátrico significa um hospital, pavilhão, clínica, casa de saúde, instituição de atenção-dia, centro de reabilitação, seja no setor público ou no setor privado, envolvido na atenção a pessoas com transtornos mentais.

Lugar de segurança significa um estabelecimento de saúde, estabelecimento psiquiátrico operado pelo governo ou residência ou qualquer parente conveniente que esteja disposto a acolher temporariamente o paciente.

(Ordinance No VIII of 2001, Pakistan)

Zimbábue

Paciente significa uma pessoa (a) que tem transtorno mental ou é intelectualmente deficiente; ou (b) em relação à qual procedimentos contidos nesta Lei são considerados necessários para determinar se ele tem transtorno mental ou é intelectualmente deficiente.

Instituição significa qualquer hospital mental que o Ministro, mediante notificação no Diário Oficial, tenha declarado como instituição para os objetivos desta Lei.

Ordem de recepção significa uma ordem emitida por um magistrado nos termos da seção oito ou vinte e seis para a remoção de um paciente para, e sua recepção e detenção em, uma instituição ou em atenção individual.

(Lei de Saúde Mental de 1996, Zimbábue)

Os exemplos acima revelam a disparidade existente no nível de especificidade das definições para um termo. Às vezes as definições também fazem referência a outros documentos legislativos do país. Em última análise, as definições precisas desses termos dependem dos contextos sociais, culturais, médicos e legais locais. Mais uma vez, é importante que o termo que tenha sido adotado e definido seja usado de modo consistente ao longo da lei de forma a evitar confusão na interpretação dessa lei.

Definição de “má saúde mental” e outros termos chaves

- A legislação pode empregar uma definição mais ampla ao lidar com direitos e uma definição mais estrita ao considerar a admissão e o tratamento involuntários.
- Os países podem preferir incluir ou excluir pessoas com retardamento mental nas/das disposições essenciais da legislação de saúde mental. É importante, porém, ter em mente que as pessoas com retardamento mental podem sofrer e às vezes também sofrem de transtorno mental. Muitos dos direitos que exigem reforço mediante legislação são os mesmos para pessoas com retardamento mental e pessoas com outros transtornos mentais.
- A legislação deve garantir que não se presumam transtornos mentais com base:
 - (i) em condição política, econômica ou social, ou filiação a um grupo cultural, racial ou religioso, por outra razão qualquer não diretamente relevante à condição de saúde mental;
 - (ii) em conflito familiar ou profissional ou não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos ou convicções religiosas em vigor na comunidade da pessoa;
 - (iii) em meros antecedentes de tratamento ou hospitalização.
- A legislação deve definir com precisão todos os termos técnicos utilizados a fim de eliminar toda ambigüidade e ajudar na interpretação da lei.
- Uma vez escolhido e definido um determinado termo, é importante que ele seja utilizado de modo consistente ao longo da lei e não de maneira intercambiável com outros termos de significado similar.

4. Acesso à atenção à saúde mental

A legislação pode desempenhar um papel importante na melhoria do acesso à atenção à saúde mental (ver também o Capítulo 1, subseção 3.5). Melhoria do acesso significa aumento na disponibilidade dos serviços, melhoria da acessibilidade financeira e geográfica e fornecimento de serviços que sejam aceitáveis e de qualidade adequada. Esta seção discute um marco para tratar essas questões com vistas a reduzir as barreiras ao acesso em muitos países.

Princípios ASM: Acesso à atenção à saúde mental

Os princípios 1 (Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos) e 8 (Normas de Atenção) dos Princípios ASM estão voltados ao acesso à atenção de alta qualidade. O princípio 1 estabelece o direito de todas as pessoas à melhor atenção disponível em saúde mental como parte do sistema de atenção à saúde e de assistência social. O princípio 8 estabelece o direito de receber atenção à saúde mental que seja apropriada às necessidades da pessoa e proteja essa pessoa contra danos.

4.1 Recursos financeiros para a atenção à saúde mental

Em alguns marcos legislativos ou países, pode ser viável incluir disposições específicas para os recursos e financiamento dos serviços de saúde mental. Onde isso for possível, é aconselhável indicar onde os recursos devem ser gastos, viabilizando com isso a destinação adequada em áreas como a atenção à saúde mental comunitária e programas de prevenção e promoção.

A maior parte da legislação de saúde mental não trata diretamente dos recursos financeiros. Isso é deixado para os domínios do orçamento e da política. Contudo, isso não significa que a legislação não possa influenciar diretamente as alocações financeiras.

Exemplos de quatro maneiras pelas quais a legislação pode dirigir o financiamento são a estipulação da necessidade de:

- *Igualdade com a saúde física* – Em muitos países, a saúde mental fica atrás da saúde física em termos de padrões de atenção. É possível à legislação declarar que as pessoas com transtornos mentais devam ser tratadas na base de igualdade com as pessoas com problemas de saúde física. Uma lei pode determinar, por exemplo, que as pessoas com transtornos de saúde mental tenham o direito de receber tratamento da mesma qualidade e padrões recebidos por indivíduos em outros tipos de tratamentos médicos. Sem mencionar diretamente as finanças, essa determinação aparentemente simples e inócua pode servir para forçar as autoridades a alocarem recursos adicionais para a saúde mental a fim de atender a exigência legislativa de igualdade nos níveis de atenção com a saúde física. Do mesmo modo, na atenção do setor privado, seguindo a formulação legislativa acima, as companhias de seguro-saúde podem ser requisitadas a aplicar princípios de financiamento equitativo para pessoas com problemas de saúde mental e de saúde física. Isso não ocorre atualmente em muitos países.

- *Financiamento adicional* – Uma exigência de serviço estabelecida pela legislação gera a obrigação legal de sua realização. (Onde a legislação estabelece uma exigência de serviço, existe uma obrigação legal para que esta seja realizada). Se uma lei específica, por exemplo, que pessoas com transtornos mentais agudos que buscam atenção voluntária *devam* ser tratadas em um hospital geral, o estado deve garantir que isso ocorra. Do mesmo modo, se um determinado direito na legislação afeta uma instituição de saúde pública (por exemplo, o direito à privacidade), cabe às autoridades o ônus de garantir que a necessária infra-estrutura e recursos estejam disponíveis para colocar esse direito em vigor.
- *Redirecionamento de recursos* – A legislação pode determinar uma maneira diferente de fornecer atenção à saúde mental a partir da norma ou estatuto legal em vigor. Embora uma legislação anterior, por exemplo, possa ter ordenado que a maioria das pessoas receba atenção em instituições psiquiátricas, uma nova lei pode afirmar que a maioria deva receber atenção à saúde mental no âmbito de suas comunidades locais. Sem fazer nenhuma declaração financeira como tal, a legislação implica que deve ocorrer um desvio financeiro dos hospitais para a comunidade.
- *Financiamento de órgãos estatutários* – Quando a legislação estabelece que seja criada uma estrutura como um conselho de revisão de saúde mental [mental health review board] ou um tribunal de revisão, isto se torna estatutário e as autoridades *devem* estabelecer tal órgão. Entretanto, antes que essa legislação seja promulgada, o ministério competente deve garantir, pelos mecanismos aplicáveis em seu país, que haja financiamento adicional disponível para os órgãos de revisão. Se isto não for acordado, as autoridades correm o risco de ter de alocar fundos exclusivos aos serviços de saúde mental para o estabelecimento da estrutura estatutária, com isso prejudicando a prestação do serviço de saúde mental.

Dessa forma, é fácil entender por que os legisladores são cautelosos com cada cláusula da legislação e suas potenciais implicações financeiras antes de converter um projeto em lei.

4.2 Saúde mental na atenção básica

Em consonância com o princípio de que os benefícios da saúde mental devem ser colocados em pé de igualdade com os benefícios da saúde em geral, os países podem formular legislação que assegure a inserção de intervenções de saúde mental na atenção básica. Em países de baixa renda com escassez aguda de profissionais de saúde mental, a prestação de serviços de saúde mental por meio da atenção à saúde em geral é a estratégia mais viável para melhorar o acesso de populações sub-atendidas à atenção à saúde mental. A atenção integrada também pode ajudar a reduzir o estigma associado à busca de ajuda de serviços de saúde estruturados verticalmente, com isso melhorando adicionalmente a acessibilidade.

Está claro, porém, que a legislação por si só não colocará em vigor as disposições a menos que a necessária infra-estrutura e pessoal estejam preparados e instalados. O pessoal, por exemplo, precisa ser capacitado para lidar com transtornos mentais e deve-se ter disponibilidade de medicamentos.

Exemplo: Saúde mental na atenção básica

A Lei Albanesa de Saúde Mental (1991) determina:

Artigo 5: A atenção à saúde mental para pessoas com transtornos mentais é prestada por serviços de atenção psicossocial, o *serviço de atenção básica à saúde através do médico da família* e, em particular, pelo serviço médico psiquiátrico que inclui tratamento de emergência, serviço ambulatorial, atenção hospitalar, casas de reabilitação, atenção comunitária à saúde, serviços psicossociais por meio de psico-sociólogo e assistente social. (Itálicos adicionados)

(Lei de Saúde Mental de 1991, Albânia)

4.3 Alocação de recursos para populações sub-atendidas

Nos países, existem disparidades na prestação de serviços. Essas disparidades podem ser geográficas (pessoas em certas áreas podem dispor de pouco acesso aos serviços de saúde mental) ou podem ser segmentais (certas populações como os grupos minoritários na sociedade podem ter acesso reduzido a serviços de saúde mental culturalmente apropriados). A legislação pode ajudar a reduzir essas disparidades definindo critérios para distribuição de serviços com base em necessidades. (A seção 17 abaixo aborda como a legislação pode ser utilizada para beneficiar menores, mulheres, minorias e refugiados.) As leis também podem simplesmente estatuir que a atenção à saúde mental deva ser fornecida de maneira equitativa (ver box sobre Objetivos na lei sul-africana de atenção à saúde mental na seção 2 acima).

4.4 Acesso a medicamentos e intervenções psicossociais

Drogas psicotrópicas são cruciais para o tratamento de certos transtornos mentais e desempenham um papel importante na prevenção secundária. Entretanto, mesmo as drogas psicotrópicas básicas muitas vezes não se encontram disponíveis em muitos países. A ação legislativa pode ajudar a melhorar a disponibilidade de drogas ao nível da atenção básica e secundária. A legislação também pode ajudar a melhorar o acesso a medicamentos em países onde existem poucos ou nenhum psiquiatra, por exemplo, permitindo que clínicos gerais e outros médicos especialistas com a devida capacitação prescrevam drogas psicotrópicas.

O suprimento de drogas é um problema em muitos países em desenvolvimento e se relaciona a muitas condições. No entanto, a legislação pode garantir que a medicação psiquiátrica esteja pelo menos tão disponível e acessível quanto a medicação para outras condições médicas. Para tanto, ela pode incluir uma cláusula sobre “igualdade com a

saúde física” (descrita acima) e/ou determinar especificamente que seja feita provisão adequada para medicação psiquiátrica na lista de drogas essenciais de um país, como foi feito no Brasil (Ordem de Serviço No 1.077, 2001).

A medicação por si só não é suficiente no tratamento da maioria dos transtornos mentais. Outras intervenções psicossociais como aconselhamento, psicoterapias específicas e reabilitação vocacional são igualmente importantes para melhorar a saúde mental. A melhoria do acesso a tais intervenções requer iniciativas políticas bem como ação legislativa. Na Tunísia, por exemplo, a lei afirma: “Toda pessoa afetada por um transtorno mental terá o direito à atenção médica e tratamento físico apropriados bem como, na medida do possível, a instrução, treinamento e reabilitação que a ajudem a desenvolver suas capacidades e habilidades”. (Lei de Saúde Mental, 1992, Tunísia).

4.5 Acesso a seguro-saúde e outros seguros

Em muitos países, os indivíduos necessitam de seguro-saúde para obter atenção à saúde. A legislação em tais países deve conter disposições para evitar a discriminação contra pessoas com transtornos mentais na obtenção, junto a fornecedores públicos e privados, de seguro-saúde adequado para atenção e tratamento de problemas de saúde física e mental. Nos Estados Unidos, a Lei de Paridade de Saúde Mental (1996) evita que os seguradores de saúde façam discriminação em suas demarcações de limites anuais aos benefícios de saúde mental em comparação com os benefícios para reparação de afecções físicas (ver também subseção 4.1 acima e comentários sobre equiparação com a saúde física).

A tendência recente das companhias de seguro-saúde é a de negar cobertura com base no perfil genético do paciente. O Artigo 6 da *Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos* dispõe que “Ninguém será submetido a discriminação com base em características genéticas que esteja voltada a infringir ou que tenha o efeito de infringir direitos humanos, liberdades fundamentais e a dignidade humana”.

Para impugnar tais práticas, o Congresso dos Estados Unidos, por exemplo, promulgou a Lei sobre Transferência e Responsabilidade para Seguros de Saúde) em 1996, que proíbe as seguradoras de recusar cobertura de seguro-saúde a interessados com base em testes genéticos que demonstrem uma predisposição a desenvolver certos transtornos mentais ou físicos.

Em alguns países, as pessoas com transtornos mentais encontram dificuldade para obter seguro do tipo proteção à renda ou hipoteca. Como no caso do seguro médico, tal discriminação pode exigir proteção pela lei.

4.6 Promoção da atenção comunitária e da desinstitucionalização

A legislação desempenha um papel principal na promoção da atenção de base comunitária para transtornos mentais e redução de admissões involuntárias a estabelecimentos de saúde mental – particularmente admissões de longa permanência em

instituições de saúde mental. A legislação pode colocar em operação o princípio da “alternativa menos restritiva” (fornecimento de tratamento em condições e de maneira que seja menos invasiva mas capaz de atender as necessidades de tratamento).

A legislação pode exigir que a admissão ao hospital apenas seja permitida se for possível demonstrar que as opções de tratamento de base comunitária não são viáveis ou fracassaram. Já em 1978, por exemplo, a Itália legislava que “ ... a proposta de tratamento de saúde compulsório pode contemplar a hospitalização somente se os transtornos mentais forem tais que exijam urgente intervenção terapêutica, se essas intervenções não forem aceitas pelo paciente e *se não houver as condições e as circunstâncias para tomar medidas de atenção à saúde imediatas e oportunas fora do hospital*” (itálicos adicionados) (Tratamentos Voluntários e Compulsórios, Lei No. 180, 1978, Itália).

Vinte anos mais tarde, e referindo-se não só às admissões compulsórias, a lei em Portugal estatuiu: “O fornecimento de atenção à saúde mental é empreendido primeiramente ao nível da comunidade, de forma a evitar o deslocamento de pacientes de seu ambiente familiar e facilitar sua reabilitação e integração social” (Lei de Saúde Mental 36, 1998, Portugal).

A lei no Brasil afirma simplesmente que uma pessoa tem o direito “de ser tratada, preferencialmente em estabelecimentos de saúde mental comunitária” (Lei de Saúde Mental No. 10.216, 2001, Brasil), enquanto no Rio Negro (Argentina) a lei afirma que “A hospitalização deve ser um último recurso, após esgotadas todas as demais opções de tratamento ... Em todos os casos, a duração da estadia deve ser a mais curta possível”. Referindo-se a pacientes anteriormente hospitalizados, essa lei afirma que “a recuperação da dignidade e respeito pelos pacientes com transtornos mentais, traduzida em sua reintegração à comunidade, é o objetivo último desta lei e de todas as ações por ela prescritas”. (Lei de Promoção da Atenção à Saúde e Serviços Sociais para Pessoas com Enfermidade Mental 2440, 1991 Rio Negro, Argentina.). Semelhante disposição exige que as autoridades de saúde responsáveis pelos serviços de saúde mental instituam uma classe de estabelecimentos de base comunitária de qualidade adequada e acessível a pessoas com transtornos mentais. Se isso não for feito, haverá o recurso a um tribunal de justiça.

Dessa forma, a legislação de saúde mental pode promover o desenvolvimento de estabelecimentos de tratamento de base comunitária em países ou áreas onde estes sejam poucos ou inexistentes. Diversos países estipulam quais serviços comunitários devem ser disponibilizados. Na Jamaica, por exemplo, a lei afirma que “Os serviços de saúde mental comunitários devem empreender o fornecimento de:

- a) serviços em clínicas psiquiátricas ambulatoriais, em centros de saúde e em hospitais gerais;
- b) serviços de reabilitação para pessoas após alta de um estabelecimento psiquiátrico;
- c) atenção e apoio doméstico supervisionado para pessoas com transtornos mentais; e
- d) serviços para a promoção da saúde mental” (Lei de Saúde Mental, 1997, Jamaica).

Outro meio de promover a atenção e reabilitação de base comunitária é dispor de leis que proibam admissões involuntárias por períodos maiores do que o absolutamente necessário nas circunstâncias (ver subseção 8.3 abaixo). Em algumas circunstâncias muito excepcionais pode ser necessário continuar as admissões involuntárias por períodos mais longos do que o normalmente requerido, mas nesse caso é preciso estar conclusivamente demonstrado que as condições originais que levaram à admissão involuntária ainda são evidentes. A ausência de instalações de convalescença não podem, em geral, constituir justificativa adequada para a continuidade da admissão involuntária. Os serviços de convalescença e reabilitação são uma parte integrante da atenção e tratamento da saúde mental e, conseqüentemente, é importante que a legislação inclua cláusulas para o desenvolvimento desses serviços como parte da promoção do acesso à atenção.

Acesso à atenção à saúde mental: Questões Centrais

- Melhorar o acesso à atenção à saúde mental é uma função importante da legislação. Isso implica aumentar a disponibilidade de serviços, melhorar a acessibilidade financeira e geográfica e fornecer serviços aceitáveis e de qualidade adequada.
- Em certos países pode ser possível incluir cláusulas específicas para a dotação de recursos e financiamento de serviços de saúde mental. Onde for possível, é aconselhável indicar onde devem ser gastos os recursos, com isso possibilitando o adequado suprimento em áreas como atenção à saúde mental comunitária e programas de prevenção e promoção.
- A maioria das legislações de saúde mental não lida diretamente com o financiamento. Mesmo assim, as leis podem influenciar a alocação de recursos; um exemplo é a inclusão de uma cláusula relativa à necessidade de equiparação com a saúde física; especificar novos requisitos de serviço que podem necessitar de financiamento adicional ou do redirecionamento dos recursos existentes; e/ou estatuir a necessidade de criação de conselhos ou tribunais de revisão de saúde mental.
- A legislação pode promover a introdução de intervenções de saúde mental em contextos de atenção básica à saúde, com isso melhorando o acesso à atenção para populações sub-atendidas e reduzindo o estigma associado aos transtornos mentais.
- Ao definir critérios para alocação de serviços com base em necessidades, a lei de saúde mental pode ajudar a reduzir as disparidades geográficas e segmentais na prestação do serviço.
- A legislação também pode melhorar o acesso a drogas psicotrópicas mediante, por exemplo: inclusão de uma disposição relativa à equiparação com a saúde física; afirmação específica de que devem ser estabelecidas provisões adequadas para medicamentos psiquiátricos na lista de drogas essenciais para o país; e permissão para que clínicos gerais e outros médicos especialistas devidamente capacitados prescrevam esses medicamentos.
- A lei de saúde mental também deve promover o acesso a intervenções psicossociais como aconselhamento, diferentes psicoterapias e reabilitação vocacional.
- Serviços de convalescença e reabilitação constituem parte integrante da atenção e tratamento de saúde mental e, por isso, é importante que a legislação inclua cláusulas para o desenvolvimento de tais serviços como parte da promoção do acesso à atenção.
- Em países que possuem esquemas de seguro-saúde públicos ou privados, a legislação deve garantir que as pessoas com transtornos mentais sejam capazes de obter cobertura adequada para o tratamento tanto de condições mentais como de condições físicas.
- Ao colocar em prática o princípio da “alternativa menos restritiva”, a legislação pode promover a atenção de base comunitária para transtornos mentais e reduzir as admissões involuntárias a estabelecimentos de saúde mental, particularmente admissões de longa permanência em instituições mentais.

5. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental

Esta seção discute direitos importantes dos usuários de serviços de saúde mental que devem ser protegidos formalmente pela legislação. Alguns desses direitos (por exemplo, a confidencialidade) não são específicos a usuários dos serviços de saúde mental; aplicam-se igualmente a usuários de outros serviços de saúde. Entretanto, pessoas com transtornos mentais podem requerer proteção especial e adicional devido a uma história de abusos de direitos humanos, estigma e discriminação e, às vezes, devido às peculiaridades dos transtornos mentais. Pessoas com transtornos mentais às vezes são tratadas como “não pessoas”, do modo como as crianças – ou pior, os animais – são tratadas. Frequentemente se considera que elas carecem da capacidade de tomar decisões adultas, em total desrespeito a seus sentimentos e dignidade humana.

Os direitos do usuário discutidos a seguir aplicam-se igualmente a usuários de todos os tipos de serviços de saúde mental. Várias leis de saúde mental especificam os direitos das pessoas com transtornos mentais (por exemplo, do Brasil, Lituânia, Portugal, Federação Russa, África do Sul, da ex-República Iugoslava da Macedônia e muitos outros). Nesta seção, alguns dos direitos mais importantes, embora evidentemente não todos, são destacados e discutidos.

5.1 Confidencialidade

Princípios ASM: Confidencialidade

O direito de confidencialidade das informações relativas a todas as pessoas a quem se aplicam os presentes Princípios será respeitado.

(Princípio 6, Princípios ASM)

Pessoas com transtornos mentais têm o direito de confidencialidade das informações sobre si mesmas e suas enfermidades e tratamento; tais informações não devem ser reveladas a terceiros sem seu consentimento.

Os profissionais de saúde mental são pautados por códigos profissionais de conduta que geralmente incluem regras para a confidencialidade. Todos os profissionais envolvidos na atenção a pessoas com transtornos mentais têm o dever de prevenir qualquer violação de confidencialidade. É importante que todos os membros da equipe de saúde mental estejam cientes das regras que os obrigam a manter a confidencialidade. Autoridades encarregadas de estabelecimentos de saúde mental também devem certificar-se de que existam processos adequados para salvaguardar a confidencialidade das pessoas com transtornos mentais. Isto significa ter um sistema efetivo em operação para que somente indivíduos autorizados tenham acesso a anotações clínicas de pacientes ou outros mecanismos de registro de dados, como os bancos de dados eletrônicos.

A legislação de saúde mental também pode proteger a confidencialidade mediante disposições quanto a sanções e penalidades para violações de confidencialidade seja por parte de profissionais ou dos estabelecimentos de saúde mental. Sempre que possível,

corretivos que não o processo legal, como educação da pessoa e procedimentos administrativos apropriados, devem ser usados onde houve desrespeito à confidencialidade dos pacientes. No entanto, em certos casos excepcionais, podem ser necessárias sanções criminais.

Há alguns casos excepcionais em que a confidencialidade pode ser violada. A legislação pode especificar as circunstâncias em que informações sobre pacientes de saúde mental podem ser liberadas para outras partes sem o consentimento prévio do usuário. Essas exceções podem incluir situações como emergências com risco de vida ou se houver probabilidade de danos a outros. A lei também pode desejar cobrir circunstâncias como a prevenção de morbidade ou sofrimento significativos. Entretanto, as informações reveladas devem-se limitar apenas às exigidas para o propósito em pauta. Além disso, quando os tribunais de justiça exigirem a liberação de informações clínicas para autoridades judiciais, em casos de crime, por exemplo, e as informações forem pertinentes ao caso específico, os profissionais de saúde mental serão obrigados a fornecer as informações requeridas. Existem outras questões complicadas relativas à necessidade de manter a confidencialidade e à necessidade de compartilhar certas informações com atendentes primários, que frequentemente são membros da família (discutidas adiante na seção 6). A legislação pode assegurar que os pacientes e seus representantes pessoais tenham o direito de pedir revisão judicial de, ou apelação contra, decisões de liberação de informações.

5.2 Acesso à informação

Pessoas com transtornos mentais devem ter um direito estatutário ao livre e pleno acesso a seus registros clínicos mantidos por estabelecimentos de saúde mental e profissionais de saúde mental. Esse direito é protegido por normas gerais de direitos humanos como o Artigo 19 do PIDCP e os Princípios ASM.

Princípios ASM: Acesso à informação

1. Um paciente... estará autorizado a ter acesso às informações relativas aos seus registros de saúde ou pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Esse direito pode estar sujeito a restrições a fim de prevenir dano sério à saúde do paciente e evitar pôr em risco a segurança de outros. Conforme possa dispor a legislação nacional, quaisquer dessas informações não fornecidas ao paciente devem, quando isso puder ser feito confidencialmente, ser fornecidas ao representante pessoal e advogado do paciente. Quando quaisquer informações forem retidas de um paciente, o paciente ou, se houver, seu advogado, receberá notificação da retenção e das razões para a mesma e a retenção estará sujeita a revisão judicial.

2. Quaisquer comentários escritos pelo paciente ou por seu representante pessoal ou advogado devem, por requisição, ser inseridos no dossiê do paciente.

(Princípio 19(1) e (2), Princípios ASM)

É possível que em situações excepcionais a revelação dos registros clínicos de uma pessoa possa colocar em risco ou provocar sérios prejuízos à saúde mental dessa pessoa. Às vezes, por exemplo, os registros clínicos contêm informações de terceiros, como parentes ou outros profissionais, sobre um paciente com transtorno mental grave, o qual, se revelado a esse paciente em um determinado momento pode causar uma recaída grave ou, pior ainda, levar o paciente a infligir dano a si mesmo ou a outros. Dessa forma, muitas jurisdições concedem aos profissionais o direito (e dever) de reter tais partes dos registros. Normalmente, a retenção de informações só pode se dar em uma base temporária, até o momento em que as pessoas sejam capazes de lidar racionalmente com as informações. A legislação pode assegurar que os pacientes e seus representantes pessoais tenham o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de retenção de informações.

Os pacientes e seus representantes pessoais também podem ter o direito de solicitar que seus comentários sejam inseridos nos registros médicos sem alterar em nenhum sentido os registros existentes.

A legislação (ou regulamentos) podem definir o procedimento para os pacientes exercerem seu direito de acesso à informação. Isto pode incluir:

- o procedimento para inscrever-se para acesso à informação;
 - quem tem permissão para tal inscrição;
 - o prazo no qual o estabelecimento de saúde mental deve tornar tais registros disponíveis após a recepção da inscrição;
 - os profissionais que devem analisar os registros antes de serem disponibilizados ao paciente e/ou seus representantes pessoais e certificar quais partes (se houver) não devem ser disponibilizadas, e suas razões para isso;
 - quando apenas registros parciais são fornecidos aos pacientes e/ou seus representantes pessoais, as razões para não fornecer o registro completo devem ser-lhes transmitidas;
 - definir as circunstâncias excepcionais em que o acesso à informação pode ser negado.
- Também é importante que os estabelecimentos de saúde tenham um membro do pessoal disponível para examinar e explicar as informações contidas no arquivo ou registro do paciente e/ou representante legal.

5.3 Direitos e condições nos estabelecimentos de saúde mental

Pessoas com transtornos mentais que residem em estabelecimentos de saúde mental estão frequentemente sujeitas a precárias condições de vida, como falta de roupas ou roupas inadequadas, condições sanitárias e higiênicas deficientes, comida insuficiente e de má qualidade, falta de privacidade, sendo obrigadas a trabalhar ou submetidas a abuso físico, mental e sexual por parte de outros pacientes e de funcionários (ver Capítulo 1, subseção 3.2). Tais condições violam normas internacionalmente acordadas sobre direitos e condições em estabelecimentos de saúde mental.

Princípios ASM: Direitos e condições em estabelecimentos de saúde mental

1. Todo paciente em um estabelecimento de saúde mental deve, em particular, ter o direito a respeito pleno para o seu:
 - (a) Reconhecimento em todos os lugares como uma pessoa perante a lei;
 - (b) Privacidade;
 - (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade para se comunicar com outras pessoas no estabelecimento; liberdade para enviar e receber comunicações particulares sem censura; liberdade para receber, em reservado, visitas de um advogado ou representante pessoal e, em todos os momentos razoáveis, de outras pessoas; e liberdade de acesso a serviços postais e telefônicos e a jornais, rádio e televisão;
 - (d) Liberdade de religião ou crença.
2. O ambiente e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental serão os mais próximos possível dos da vida normal de pessoas de idade semelhante e em particular incluirão:
 - (a) Instalações para recreação e atividades de lazer;
 - (b) Instalações para educação;
 - (c) Instalações para compra ou recepção de artigos para a vida cotidiana, recreação e comunicação;
 - (d) Instalações, e incentivo ao uso das mesmas, para envolvimento do paciente em ocupação ativa adequada a seus antecedentes sociais e culturais, e medidas adequadas de reabilitação vocacional para promover sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir serviços de orientação vocacional, formação e colocação em emprego para permitir que os pacientes garantam ou retenham emprego na comunidade.
3. Em nenhuma circunstância o paciente será submetido a trabalho forçado. Dentro dos limites compatíveis com as necessidades do paciente e com as exigências da administração institucional, o paciente poderá escolher o tipo de trabalho que deseja executar.
4. O trabalho de um paciente em um estabelecimento de saúde mental não será explorado. Cada paciente terá o direito de receber, por qualquer trabalho que executar, a mesma remuneração que seria paga, de acordo com lei ou costume do país, por tal trabalho a um não paciente. Todo paciente deve, em todos os casos, ter o direito de receber uma cota justa de qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

(Princípio 13, Princípios ASM)

5.3.1 Ambiente

Pacientes admitidos em estabelecimentos de saúde mental têm o direito de serem protegidos de tratamento cruel, desumano e degradante conforme estabelecido no Artigo 7 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP).

A prescrição de um ambiente seguro e higiênico é uma preocupação de saúde e decisiva para o bem-estar geral de uma pessoa. Nenhum indivíduo deve ser submetido a condições inseguras ou anti-higiênicas ao receber tratamento de saúde mental.

Algumas instituições carecem de alimentação e vestuário adequados para os residentes, não conseguem providenciar aquecimento adequado ou agasalhos no inverno, possuem quartos ou pavilhões não preparados para prevenir ferimentos, carecem de adequada

atenção médica e de instalações para prevenir a propagação de doenças contagiosas, e podem não dispor de instalações adequadas para manter um padrão mínimo de condições sanitárias e higiênicas. A escassez de pessoal pode resultar em práticas por meio das quais os pacientes são forçados a executar trabalho (tarefa) de manutenção sem pagamento ou em troca de privilégios secundários. Tais práticas constituem tratamento desumano e degradante em violação ao Artigo 7 do PIDCP.

Os Princípios ASM estipulam que o ambiente em estabelecimentos de saúde mental deve ser o mais próximo possível ao da vida normal. Isso inclui instalações para lazer, educação, prática religiosa e reabilitação vocacional.

A legislação (ou regulamentos que a acompanham) deve estipular condições mínimas a serem mantidas nos estabelecimentos de saúde mental para assegurar um ambiente de vida adequadamente seguro, terapêutico e higiênico. A legislação também pode incluir cláusulas para um “comitê de visitantes” percorrer as instalações para assegurar que esses direitos e condições sejam respeitados e apoiados (ver seção 13 adiante). É importante que a lei estipule as medidas que o comitê de visitantes pode tomar se as condições não forem atendidas, porque se o comitê não for dotado de poderes legais, pode se converter meramente numa parte cooptada de um sistema abusivo.

5.3.2 Privacidade

Privacidade é um conceito amplo que limita até que ponto a sociedade pode intrometer-se nos assuntos de uma pessoa. Ele inclui a privacidade de informação, privacidade corporal, privacidade de comunicações e privacidade territorial. Esses direitos são freqüentemente violados no tocante a pessoas com transtornos mentais, particularmente em estabelecimentos psiquiátricos. Os pacientes podem ser forçados, por exemplo, a viver durante anos em pavilhões de tipo dormitório ou “depósitos humanos” que dispõem de pouco espaço privado. Pode haver falta de instalações como armários para guarda de objetos pessoais. Mesmo quando os pacientes têm um quarto individual ou duplo, é possível que funcionários ou outros pacientes violem seu espaço pessoal.

A legislação pode tornar obrigatório que a privacidade física dos pacientes seja respeitada e que os estabelecimentos de saúde mental sejam estruturados para tornar isso possível. Entretanto, em países de baixa renda com limitações de recursos, isso pode ser difícil; nesses casos, o princípio previamente estabelecido de paridade com outra atenção à saúde deve ser um primeiro passo. Mesmo com a paridade, os problemas tendem a persistir. Isso porque as condições em muitos hospitais gerais de países em desenvolvimento estão muito abaixo dos padrões de privacidade aceitáveis, e porque as condições em situações de atenção a casos crônicos (onde a privacidade é a mais problemática) precisam ser muito diferentes das da atenção a casos agudos. Evidentemente, as exigências de privacidade em um estabelecimento aparentado ao lar de uma pessoa são muito diferentes das exigidas para um hospital de estadia de curto prazo.

Em países onde há grandes contingentes de pessoas sob atenção institucional e de indivíduos em pavilhões, é necessário avançar rumo a objetivos de privacidade e medir a

realização progressiva desses direitos. Em instituições onde várias pessoas compartilham o mesmo quarto, por exemplo, até a providência de um quarto privado no qual a pessoa possa se entreter é um passo para a realização de maiores direitos de privacidade. Além disso, se os serviços adequados são fornecidos na comunidade, a desinstitucionalização pode em si mesma se tornar um meio para que muitas pessoas obtenham maior privacidade graças à obtenção de alta de condições hospitalares abarrotadas e impessoais.

Entretanto, é importante notar que em estabelecimentos de saúde mental o direito à privacidade não significa que, em circunstâncias particulares como as que envolvem um paciente suicida, essa pessoa não possa ser procurada ou continuamente observada para sua própria proteção. Nessas circunstâncias, a limitação à privacidade precisa ser cuidadosamente considerada em relação ao direito internacionalmente aceito.

5.3.3 Comunicação

Os pacientes, especialmente os admitidos involuntariamente, têm o direito à comunicação com o mundo externo. Em muitas instituições, reuniões íntimas com a família, incluindo o cônjuge e amigos do paciente, são restringidas. Frequentemente, a comunicação é monitorada e as cartas abertas e às vezes censuradas. A legislação pode proibir tais práticas nos estabelecimentos de saúde mental. Entretanto, tal como com a confidencialidade e o acesso à informação (discutidas acima), pode haver certas circunstâncias excepcionais nas quais a comunicação também precisa ser restringida. Se ficar razoavelmente demonstrado que o fracasso em restringir as comunicações seria prejudicial à saúde ou perspectivas de futuro do paciente, ou que tais comunicações invadiriam os direitos e liberdades de outras pessoas, pode ser razoável restringir essas comunicações. Exemplos disso são quando um paciente faz reiterados chamados telefônicos desagradáveis ou envia cartas a uma outra pessoa, ou quando um paciente com uma enfermidade depressiva escreve e pretende enviar uma carta de demissão a um empregador. A legislação pode definir as circunstâncias excepcionais, bem como estipular o direito das pessoas de recorrer dessas restrições.

5.3.4 Tarefa

A legislação pode proibir o uso de tarefa forçada em estabelecimentos de saúde mental. Isto abrange situações em que o paciente é forçado a trabalhar contra sua vontade (devido, por exemplo, a escassez de pessoal no estabelecimento), ou não é apropriada e adequadamente remunerado pelo trabalho executado, e onde os pacientes são obrigados a executar o trabalho pessoal de funcionários da instituição em troca de privilégios secundários.

A tarefa forçada não deve ser confundida com terapia ocupacional. Tampouco deve ser comparada a situações em que, como parte de um programa de reabilitação, os pacientes devem arrumar suas próprias camas ou preparar comida para pessoas em seu estabelecimento. Entretanto, existem certas áreas intermediárias, e toda legislação deve empenhar-se para usar da maior clareza possível nessas questões.

5.4 Notificação de direitos

Embora a legislação possa estipular muitos direitos a pessoas com transtornos mentais, estas frequentemente não têm consciência de seus direitos e, por isso, não podem exercê-los. É essencial, portanto, que a legislação inclua uma cláusula para que os pacientes sejam informados de seus direitos ao interagirem com os serviços de saúde mental.

Princípios ASM: Notificação de Direitos

1. Um paciente em um estabelecimento de saúde mental será informado o mais breve possível após a admissão, de uma forma e numa linguagem que o paciente entenda, sobre todos os seus direitos em conformidade com estes Princípios e nos termos da lei do país, e essas informações incluirão uma explicação desses direitos e como exercê-los.
2. Se e durante o tempo em que um paciente for incapaz de entender tais informações, os direitos do paciente serão comunicados ao representante pessoal, se houver e desde que apropriado, e à pessoa ou pessoas mais capazes de representar os interesses do paciente e dispostas a assim fazer.

(Princípio 12(1) e (2), Princípios ASM)

A legislação pode assegurar que os pacientes recebam informações sobre seus direitos na admissão a um estabelecimento de saúde mental, ou o mais cedo possível após a admissão conforme a condição do paciente o permitir. Essas informações devem incluir uma explicação do que significam esses direitos e como podem ser exercidos, e ser transmitidas de tal modo que os pacientes possam entendê-las. Em países onde vários idiomas são falados, os direitos devem ser comunicados no idioma preferido da pessoa.

Um exemplo de um documento de direitos – *Seus Direitos como Cliente ou Paciente* do Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependência de Substâncias de Connecticut – é apresentado no Anexo 6. O Anexo 7 é um resumo de documento de direitos do paciente entregue a todos os pacientes de saúde mental no Maine, EUA.

Deve-se enfatizar, porém, que os níveis de alfabetização e entendimento de termos técnicos e procedimentos são críticos, e que os exemplos apresentados podem ser inadequados para muitos países. No entanto, os países podem desenvolver folhetos, cartazes e fitas, por exemplo, ou usar outros mecanismos de fácil entendimento e que reflitam os direitos das pessoas em seu próprio país. A legislação pode estipular condições para a comunicação desses direitos aos representantes pessoais e/ou membros da família no caso de pacientes que carecem da capacidade para entender tais informações.

Direitos dos usuários de serviços de saúde mental: Questões Centrais

Confidencialidade

- A legislação deve assegurar que os direitos dos pacientes à confidencialidade sejam respeitados.
- A legislação deve especificar que todas as informações obtidas em um contexto clínico (i.é., no contexto da atenção e tratamento em qualquer local) são confidenciais e todos os envolvidos têm uma responsabilidade em manter a confidencialidade. Isso inclui necessariamente todas as pessoas nos estabelecimentos e serviços que fornecem atenção e tratamento a pessoas com transtornos mentais.
- A legislação pode estipular penalidades e sanções para violação voluntária de confidencialidade por profissionais e/ou estabelecimentos de saúde mental.
- As disposições de confidencialidade da legislação devem aplicar-se igualmente a informações armazenadas em formato eletrônico/digital, inclusive bancos de dados nacionais e regionais, bem como registros de livro de recursos, contendo informações pessoais sobre pessoas com transtornos mentais.
- A legislação pode definir as circunstâncias excepcionais em que a confidencialidade pode ser legalmente violada. Entre estas se incluem:
 - a) emergências de risco de vida quando as informações forem urgentemente requeridas para salvar vidas;
 - b) probabilidade significativa de dano ou injúria grave à pessoa interessada ou a outros;
 - c) prevenção de morbidade e sofrimento significativos;
 - d) no interesse da segurança pública;
 - e) quando assim ordenado por tribunais, como em casos criminais, por exemplo.
- A legislação pode estipular que os pacientes e seus representantes pessoais tenham o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de liberação de informações.

Acesso à informação

- A legislação deve assegurar que as pessoas com transtornos mentais tenham o direito ao livre e pleno acesso a seus registros clínicos.
- A legislação também deve especificar as circunstâncias excepcionais em que o acesso a essas informações pode ser restringido (quando a revelação de registros clínicos puder colocar em risco a segurança de outros ou provocar dano sério à saúde mental da pessoa).
- A retenção de informações deve ser apenas temporária, até o momento em que a pessoa seja mais capaz de lidar racionalmente com as mesmas.
- A legislação pode estipular que os pacientes e seus representantes pessoais tenham o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de retenção de informações.
- Os pacientes e seus representantes pessoais também podem ter o direito de solicitar que seus comentários sejam inseridos nos registros médicos sem alterar em nenhum sentido os registros existentes.
- A legislação (ou regulamentos) pode definir o procedimento para os pacientes exercerem seu direito de acesso à informação
- Também é importante que as estabelecimentos de saúde tenham um membro de seu pessoal disponível para examinar e explicar ao paciente e/ou representante legal as informações contidas no dossiê ou registro do paciente.

Direitos e condições em estabelecimentos de saúde mental

A legislação deve garantir aos pacientes em estabelecimentos de saúde mental proteção contra tratamento cruel, desumano e degradante. Em particular, a legislação pode especificar que:

- a) haja garantia de um ambiente seguro e higiênico;
- b) sejam mantidas nas instalações condições sanitárias adequadas;
- c) o ambiente de moradia deve incluir instalações para lazer, recreação, educação e prática religiosa;
- d) seja criada condição adequada para reabilitação vocacional (isto ajudaria os pacientes a se prepararem para a vida em comunidade quando deixarem o estabelecimento);
- e) haja respeito ao direito de interação com membros do mesmo sexo e do sexo oposto;
- f) o ambiente das pessoas seja estruturado de forma que a privacidade do paciente seja protegida ao máximo possível;
- g) os pacientes disponham de comunicação livre e irrestrita com o mundo exterior, inclusive recebendo visitas, cartas e outras comunicações de amigos, familiares e outros (qualquer situação excepcional na qual a comunicação poderia ser restringida deve ser estipulada na lei);
- h) os pacientes não devem ser forçados a empreender trabalho que não desejam fazer e quando assumirem trabalho, este deverá ser adequadamente remunerado.

Notificação de direitos

- A legislação deve incluir uma cláusula para informar os pacientes de seus direitos o mais cedo possível ao interagir com serviços de saúde mental. A notificação a eles sobre seus direitos deve ocorrer no menor prazo possível.
- Essas informações devem ser transmitidas de forma que os pacientes possam entendê-las.
- A legislação também pode estabelecer condições para a comunicação desses direitos a representantes pessoais e/ou membros da família no caso de pacientes que careçam da capacidade de entender tais informações.

6. Direitos de familiares e atendentes de pessoas com transtornos mentais

Os papéis dos familiares ou outros atendentes de pessoas com transtornos mentais variam significativamente de país para país e de cultura para cultura. No entanto, é comum que familiares e atendentes assumam muitas responsabilidades para cuidar de pessoas com transtornos mentais. Entre essas se incluem as de abrigá-las, vesti-las e alimentá-las, e assegurar que elas se lembrem de fazer seu tratamento. Eles também asseguram que essas pessoas se utilizem de programas de atenção e reabilitação e as ajudam a levá-los a cabo. Eles freqüentemente amparam o impacto do comportamento da pessoa quando esta fica doente ou tem uma recaída e normalmente são os atendentes/familiares que fundamentalmente amam, cuidam e se preocupam com a pessoa com o transtorno mental. Às vezes também eles se tornam alvo de estigma e discriminação. Em alguns países, familiares e atendentes também assumem a responsabilidade legal por encargos de terceiros decorrentes das ações de pessoas com transtornos mentais. O papel importante dos familiares precisa ser reconhecido na legislação.

Os familiares e atendentes precisam de informação sobre a doença e planos de tratamento para melhor cuidarem de seus parentes doentes. A legislação não deve arbitrariamente estabelecer a recusa de informações pela mera justificativa da confidencialidade – embora seja provável que a extensão do direito de um indivíduo à confidencialidade varie de cultura para cultura. Em algumas culturas, por exemplo, a recusa de um paciente em permitir que sejam divulgadas informações a familiares ou atendentes precisa ser inteiramente respeitada, enquanto em outras a família pode ser encarada como uma unidade estruturada e a confidencialidade possa estender-se a membros culturalmente determinados dessa família. Nessas situações é provável que os pacientes aceitem mais a necessidade de fornecer informações aos membros da família. Em países onde há mais ênfase no indivíduo que na família, é mais provável que o próprio indivíduo seja menos inclinado a compartilhar informações. Muitas variações e gradações são possíveis dependendo das práticas culturalmente aceitas. Uma posição poderia ser, por exemplo, que os familiares com responsabilidade permanente de cuidar de um paciente possam receber algumas informações necessárias para a realização de seu papel encorajador na vida do paciente, mas não sobre outros tópicos clínicos ou psicoterápicos.

O direito à confidencialidade, porém, não está em discussão. Na legislação, esse direito deve ser interpretado ao nível do país levando em conta as realidades culturais. Na Nova Zelândia, por exemplo, nos termos da Emenda à Lei da Saúde Mental (Avaliação e Tratamento Compulsórios) de 1999, Seção 2, “... os poderes legislativos devem ser exercidos ou os procedimentos conduzidos: a) com o devido reconhecimento da importância e significado para a pessoa de seus laços com sua família, *whanau*, *hapu*, *iwi*,¹ e grupo familiar; e b) com o devido reconhecimento das contribuições desses laços ao bem-estar da pessoa; e c) com o devido respeito à identidade cultural e étnica, língua e convicções religiosas ou éticas da pessoa”.

As famílias podem desempenhar um papel importante contribuindo para a formulação e implementação de um plano de tratamento para o paciente, especialmente se o paciente é incapaz de fazer isto sozinho. A lei das ilhas Maurício estipula que “o paciente... ou parente próximo pode participar na formulação do plano de tratamento” (Lei de Atenção à Saúde Mental, Lei 24 de 1998, Ilhas Maurício).

A legislação também pode assegurar o envolvimento das famílias em muitos aspectos dos serviços de saúde mental e processos legais. Os familiares podem ter o direito, por exemplo, de apelar contra admissão involuntária e decisões de tratamento em nome de seu parente, se este último carecer da capacidade de fazer isso por si mesmo. Do mesmo modo, eles podem solicitar a soltura de um criminoso mentalmente doente. Os países também podem optar por legislar que os grupos de familiares sejam representados nas juntas de revisão (ver subseção 13.2.1 adiante).

A legislação também pode assegurar que os membros da família sejam envolvidos no desenvolvimento da política e legislação de saúde mental, bem como no planejamento

¹ *Whanau* (grupos da família ampliada), *hapu* (subtribos, formadas por vários *whanau*) e *iwi* (tribos, constituídas por um várias *hapu*)

dos serviços de saúde mental. Nos Estados Unidos, a Lei Pública 99-660, a Lei de Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde (1986) ordena que cada estado deve estabelecer um “conselho de planejamento” que deve ser constituído por pelo menos 51% de usuários e parentes. Esse conselho de planejamento deve responsabilizar-se pela criação e monitoração permanente de um plano anual do sistema de serviços de âmbito estadual que deve ser aprovado pelo conselho.

É impossível cobrir exaustivamente todas as situações em que o envolvimento das famílias se torna necessário. Em lugar disso, a legislação pode incorporar o princípio de que os familiares e organizações de famílias são participantes importantes do sistema de saúde mental, e podem então ser representados em todos os foros e agências onde são tomadas decisões estratégicas relativas aos serviços de saúde mental.

As famílias e atendentes de pessoas com transtornos mentais: Questões Centrais

- É comum que os familiares e atendentes assumam a responsabilidade principal no cuidado de pessoas com transtornos mentais e a legislação precisa refletir isto.
- A legislação não deve arbitrariamente estabelecer a recusa de informações com a mera justificativa da confidencialidade – embora seja provável que a extensão do direito de um indivíduo à confidencialidade varie de cultura para cultura.
- Os familiares e atendentes podem desempenhar um papel importante contribuindo para a formulação e implementação de um plano de tratamento para o paciente, especialmente se o paciente é incapaz de fazer isto sozinho.
- A legislação pode assegurar que os familiares e atendentes tenham acesso ao apoio e serviços de que necessitam ao cuidar de uma pessoa com transtorno mental.
- A legislação pode assegurar o envolvimento de familiares e atendentes em muitos aspectos dos serviços de saúde mental, bem como dos processos legais como admissão involuntária e apelação.
- A legislação também pode garantir que os familiares e atendentes estejam envolvidos no desenvolvimento da política e legislação de saúde mental, bem como no planejamento dos serviços de saúde mental.

7. Competência, capacidade e tutela

A maioria das pessoas com transtornos mentais retém a capacidade para fazer escolhas informadas e tomar decisões com relação a questões importantes que afetam suas vidas. Entretanto, nos que possuem transtornos mentais graves, essa capacidade pode estar prejudicada. Nessas circunstâncias, a legislação precisa estipular condições adequadas que permitam administrar os negócios das pessoas com transtornos mentais em seus melhores interesses.

Dois conceitos fundamentais às decisões sobre se uma pessoa pode ou não tomar decisões concernentes a várias questões são os de “competência” e “capacidade”. Esses conceitos afetam as decisões de tratamento em casos civis e criminais, e o exercício dos

direitos civis por pessoas com transtornos mentais. Dessa forma, pode ser necessário que a legislação defina capacidade e competência, estipule os critérios para determiná-las, estabeleça o procedimento para avaliar capacidade e competência e identifique as medidas que precisam ser tomadas quando se constatar uma falta de competência e/ou capacidade.

7.1 Definições

Há uma tendência a empregar os termos “capacidade” e “competência” de modo alternado em relação à saúde mental; entretanto, eles não significam a mesma coisa. Em geral, capacidade se refere especificamente à presença de aptidões mentais para tomar decisões ou se ocupar de um curso de ação (ver subseção 3.3 relativa ao conceito de “incapacidade mental”), enquanto competência refere-se às conseqüências legais de não se ter a capacidade mental.

Nessas definições, “capacidade” é um conceito de saúde, ao passo que “competência” é um conceito jurídico. Capacidade refere-se a níveis individuais de funcionamento, e competência ao seu impacto sobre posturas legais e sociais. Uma pessoa pode carecer de capacidade mental devido, por exemplo, a um transtorno mental grave, e isto pode resultar em que ela seja considerada incompetente para tomar decisões financeiras.

Esta distinção entre capacidade e competência não é universalmente aceita. Em alguns sistemas legais, incapacidade é usada para significar incapacidade legal, como quando não se permite que menores abaixo de uma certa idade exerçam certos direitos ou privilégios. Por outro lado, competência é um termo legal aplicado a indivíduos que não conseguem entender a natureza e propósito da decisão a ser tomada. Nesses casos, ambos os termos podem ser vistos como conceitos legais.

Este Livro de Recursos usa a distinção entre capacidade como um conceito de saúde e competência como um conceito jurídico ao discutir questões relativas à capacidade e competência.

7.2 Avaliação de incapacidade

Via de regra, existe uma presunção de capacidade e, por conseguinte, de competência. Dessa forma, supõe-se que uma pessoa é capaz e competente para tomar decisões até prova em contrário. A presença de um transtorno mental maior não implica em si e por si mesma incapacidade nas funções de tomada de decisão. Conseqüentemente, a presença de um transtorno mental não é o fator global determinante da capacidade, e certamente não da competência.

Além disso, apesar da presença de um transtorno que pode afetar a capacidade, uma pessoa pode ter ainda a capacidade para desempenhar algumas funções de tomada de decisão. Capacidade e competência, portanto, são funções específicas. Dessa forma, uma vez que, de tempos em tempos, a capacidade pode oscilar e não é um conceito “tudo ou

nada”, ela precisa ser considerada no contexto da decisão ou função específica a ser realizada

Alguns exemplos de capacidades específicas (que diferem de país para país) são os seguintes:

7.2.1 Capacidade para tomar uma decisão de tratamento

A pessoa deve ter capacidade para (a) entender a natureza da condição para a qual o tratamento é proposto; (b) entender a natureza do tratamento proposto; e (c) aceitar as conseqüências de dar ou reter consentimento ao tratamento.

7.2.2 Capacidade para escolher um substituto na tomada de decisões

A pessoa deve ter capacidade para (a) entender a natureza do compromisso e dos deveres do substituto na tomada de decisões; (b) entender a relação com o substituto proposto; e (c) aceitar as conseqüências de designar o substituto na tomada de decisões.

7.2.3 Capacidade para tomar uma decisão financeira

A pessoa deve ter capacidade para: (a) entender a natureza da decisão financeira e as escolhas disponíveis; (b) entender a relação com as partes e/ou beneficiários potenciais da transação; e (c) aceitar as conseqüências de tomar a decisão financeira.

Uma constatação de falta de capacidade deve ser limitada no tempo (i.e., terá de ser revista de tempos em tempos), porque uma pessoa pode recuperar parte ou a totalidade da funcionalidade no curso do tempo, seja com ou sem tratamento do transtorno mental.

7.3 Determinação de incapacidade e incompetência

A determinação de incapacidade pode ser feita por um profissional de saúde, mas é um corpo judicial que determina a incompetência. A capacidade é o teste para a competência, e as pessoas só devem ser julgadas como carentes de competência se forem realmente incapazes de tomar tipos específicos de decisão em um momento específico.

A legislação de saúde mental (ou outra legislação pertinente) pode estabelecer o procedimento para determinar a competência de uma pessoa. Por exemplo:

- a) Como a competência é um conceito jurídico, um corpo judicial é que a determinaria.
- b) O ideal é que um advogado seja colocado à disposição de uma pessoa cuja competência está em questão. No caso de uma pessoa não poder pagar um advogado, a legislação pode estipular que seja fornecido gratuitamente um advogado ao beneficiário.
- c) A legislação deve assegurar que não haja nenhum conflito de interesse para o advogado. Ou seja, o advogado que representa a pessoa interessada não deve estar

- representando também outras partes interessadas, tais como os serviços clínicos envolvidos na atenção à pessoa envolvida e/ou os familiares da pessoa envolvida.
- d) A legislação pode ter cláusulas para apelação a um tribunal superior contra a decisão pela pessoa envolvida, o advogado, familiares ou equipe clínica.
 - e) A legislação deve conter uma cláusula para revisão automática, a intervalos periódicos especificados, da constatação de falta de competência.

Em países menos desenvolvidos, pode não ser possível legislar imediatamente para todas essas exigências; entretanto, dependendo dos recursos disponíveis, o máximo possível delas pode ser incluído na legislação.

7.4 Tutela

Em certas circunstâncias em que, devido a um transtorno mental, as pessoas são incapazes de tomar decisões importantes e de administrar suas vidas, é importante designar outra pessoa que seja capaz de agir em seu nome e no seu melhor interesse. Na Lei de Tutela de Nova Gales do Sul (No. 257 de 1987) uma “pessoa com necessidade de tutela significa uma pessoa que tem uma inaptidão e que, em virtude desse fato, é total ou parcialmente incapaz de administrar sua pessoa”. Embora a pessoa envolvida possa solicitar tutela, quase sempre é um membro da família, ou outros que cuidam da pessoa com um transtorno mental, que identificam a necessidade de tutela e fazem a solicitação necessária para que uma avaliação determine se deve ser designado um tutor.

Designar ou não um tutor é uma decisão complexa e a consideração deve ser feita no contexto dos direitos das pessoas de ter o máximo de controle possível de suas próprias vidas. Designar um tutor não implica que a pessoa perca todos os poderes para tomar decisões, sua aptidão para agir por si mesma em todas as circunstâncias e sua dignidade. Na Lei de Tutela de Nova Gales do Sul (No. 257 de 1987), por exemplo, todos os que exercem funções nos termos da Lei estão obrigados, entre outras coisas, “a tomar conhecimento do bem-estar e interesses das pessoas sob tutela; [e assegurar] que a liberdade de decisão e liberdade de ação devem ser restringidas o mínimo possível; que as pessoas devem ser encorajadas, na medida do possível, a levarem uma vida normal na comunidade; que as opiniões das pessoas devem ser levadas em conta; que as relações familiares e ambientes culturais e lingüísticos da pessoa devem ser reconhecidos; que tais pessoas devem, na medida do possível, ser autoconfiantes em questões relativas aos seus negócios pessoais, domésticos e financeiros e devem ser protegidas de negligência, abuso e exploração”.

Outras alternativas para a tutela que podem ser consideradas em certas situações incluem a procuração e diretrizes antecipadas (ver também a discussão sobre consentimento por procuração para tratamento, mais adiante na subseção 8.3.6).

Princípios ASM: Tutela

Qualquer decisão para a qual, em virtude de sua doença mental, uma pessoa careça de capacidade legal, e qualquer decisão para a qual, devido a tal incapacidade, será designado um representante pessoal, só será tomada após uma audiência justa por um tribunal independente e imparcial estabelecido por lei nacional. A pessoa cuja capacidade estiver em questão estará autorizada a ser representada por um advogado. Se a pessoa cuja capacidade estiver em questão não se munir de tal representação, esta deverá ser disponibilizada sem remuneração por aquela pessoa na medida em que ela não tiver meios suficientes para pagar pela mesma. O advogado não deverá no mesmo processo representar um estabelecimento de saúde mental ou seu pessoal e também não representará um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em questão a menos que o tribunal esteja certo de que não há nenhum conflito de interesse. Decisões relativas à capacidade e necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis prescritos por lei do país. A pessoa cuja capacidade estiver em questão, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra qualquer uma dessas decisões.

(Princípio 1(6), Princípios ASM)

Caberá a cada país decidir se uma cláusula de tutela deve fazer parte da lei de saúde mental ou ter uma lei específica para isso. Na Austrália, por exemplo, há uma Lei de Tutela específica e detalhada (Lei de Tutela, No. 257 de 1987, Austrália), ao passo que no Quênia a Lei de Saúde Mental (Lei de Saúde Mental 248 de 1991, Quênia) inclui uma seção sobre tutela.

Se os indivíduos não forem considerados legalmente competentes e/ou capazes para administrar seus próprios negócios, a legislação deverá incluir cláusulas para designação de uma pessoa ou pessoas (tutor/curador) para cuidar de seus interesses. Uma vez que a constatação de falta de competência é uma questão legal, a designação de um tutor deve ser feita por um corpo judicial.

A legislação pode estatuir o procedimento a ser seguido para designação de um tutor, a duração de tal atribuição e um processo para revisão da decisão, bem como a descrição dos deveres e responsabilidades do tutor. Além disso, a legislação pode determinar a extensão e a amplitude dos poderes de decisão do tutor. Em muitos países, o poder dos tutores é limitado apenas às questões ou áreas nas quais se evidencie que a pessoa carece realmente de competência legal. Essas leis se empenham em permitir que indivíduos com transtornos mentais retenham a aptidão para tomar a maioria das decisões sobre si mesmos, ainda quando não possam tomar todas essas decisões. Além disso, a legislação pode ser especificamente projetada para procurar os melhores interesses do indivíduo e encorajar a pessoa a desenvolver suas capacidades na maior medida possível (ver, por exemplo, Lei de Proteção de Direitos Pessoais e de Propriedade da Nova Zelândia, 1988).

Caso os tutores falhem no cumprimento de seus deveres, especificar as penalidades fortaleceria a legislação. A legislação também pode dar à pessoa afetada o direito a uma revisão judicial da decisão de designar um tutor. Por último, a legislação deve conter cláusulas e procedimentos para dispensa de tutela quando a pessoa afetada recuperar futuramente a competência.

Competência, capacidade e tutela: Questões Centrais

Competência e capacidade

- A legislação precisa definir capacidade e competência, estipular os critérios para determiná-las, definir o procedimento para avaliá-las e identificar as medidas que precisam ser tomadas quando houver uma constatação de falta de competência e/ou capacidade.
- Em geral, capacidade refere-se especificamente à presença de aptidões mentais para tomar decisões ou se engajar em um curso de ação, enquanto competência refere-se às consequências legais de não ter a capacidade mental.
- A presença de um transtorno mental maior não implica em si e por si mesma incapacidade nas funções de tomada de decisões e, portanto, não é o fator determinante global da capacidade ou competência.
- Apesar da presença de um transtorno que pode afetar a capacidade, uma pessoa ainda pode ter a capacidade para desempenhar algumas funções de tomada de decisões.
- Uma vez que, de tempos em tempos, a capacidade pode oscilar e melhorar parcial ou totalmente ao longo do tempo, ela precisa ser relacionada à decisão ou função específica a ser realizada.
- A determinação de incapacidade pode ser feita por um profissional de saúde, mas um corpo judicial é que determina a incompetência.
- A capacidade é o teste para a competência e as pessoas não devem ser julgadas como carentes de competência somente porque são incapazes de tomar certos tipos específicos de decisões em um momento específico.

Tutela

A legislação pode:

- a) Determinar a autoridade apropriada para a designação de um tutor. Essa autoridade pode ser o corpo judicial que toma a decisão relativa à competência (ver acima) ou um corpo judicial distinto, como um tribunal superior.
- b) Definir o procedimento para designação do tutor.
- c) Especificar a duração da atribuição.
- d) Descrever os deveres e responsabilidades do tutor.
- e) Especificar as penalidades – civis, criminais ou administrativas – para o fracasso do tutor em cumprir os deveres estatutários.
- f) Determinar a extensão e amplitude dos poderes de decisão do tutor. Qualquer determinação deve ser ajustada para assegurar o atendimento dos melhores interesses da pessoa a ela submetida. Por isso, os indivíduos com transtornos mentais podem reter a aptidão para tomar a maioria das decisões sobre si mesmos, ainda quando não possam tomar todas essas decisões.
- g) Incluir cláusula para pacientes apelarem contra a designação de um tutor.
- h) Incluir cláusula para a revisão da tutela e uma disposição para dispensa de tutela se o paciente recuperar a competência com ou sem tratamento.

8. Atenção voluntária e involuntária à saúde mental

8.1 Admissão e tratamento voluntários

O consentimento livre e informado deve constituir a base do tratamento e reabilitação da maioria das pessoas com transtornos mentais. Todos os pacientes devem ser inicialmente considerados como dotados de capacidade e todo empenho deve ser feito para habilitar uma pessoa a aceitar admissão ou tratamento voluntários, conforme apropriados, antes de se implementarem procedimentos involuntários.

Princípios ASM: Consentimento informado

Nenhum tratamento será dado a um paciente sem seu consentimento informado, exceto conforme previsto nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 [dos presentes princípios].

(Princípio 11(1), Princípios ASM)

Para ser válido, o consentimento precisa atender os seguintes critérios (Princípio 11 dos Princípios ASM, ver Anexo 3):

- a) A pessoa/paciente que dá o consentimento deve ser competente para tal e a competência é pressuposta até que haja prova em contrário.
- b) O consentimento deve ser obtido livremente, sem ameaças ou induções indevidas.
- c) A revelação de informações deve ser apropriada e adequada. Devem-se fornecer informações acerca do propósito, método, duração provável e benefícios esperados do tratamento proposto.
- d) Dor ou desconforto e riscos possíveis do tratamento proposto, além de efeitos colaterais prováveis, devem ser adequadamente discutidos com o paciente.
- e) Opções devem ser oferecidas, desde que disponíveis, conforme a boa prática clínica. Métodos alternativos de tratamento, especialmente os menos invasivos, devem ser discutidos e apresentados ao paciente;
- f) As informações devem ser fornecidas em uma linguagem e forma que sejam compreensíveis ao paciente.
- g) O paciente deve ter o direito de recusar ou interromper o tratamento.
- h) As conseqüências de recusa do tratamento, que podem incluir a alta do paciente do hospital, devem ser explicadas ao paciente;
- i) O consentimento deve ser documentado nos registros médicos do paciente.

O direito de consentir no tratamento também implica o direito de recusar tratamento. Se um paciente é considerado capaz para dar consentimento, a recusa de tal consentimento também deve ser respeitada.

Se for necessária a admissão, a legislação deve buscar promover e facilitar a admissão voluntária a um estabelecimento de saúde mental, após a obtenção do consentimento informado. Esse objetivo pode ser alcançado por (i) estipulação específica de que as pessoas que demandam serviços de saúde mental devem ser supridas de serviços de saúde

mental – incluindo admissão quando necessária, (ii) ou simplesmente por omissão, considerando assim a saúde mental da mesma forma que qualquer outro transtorno ou doença. Existem vantagens e desvantagens nessas alternativas. Na primeira, ao declarar o direito a tratamento e admissão, a lei elimina toda ambigüidade com respeito à possibilidade de as pessoas com transtornos mentais poderem ou não ser voluntariamente tratadas/admitidas. Isso também propicia a oportunidade para os pacientes afirmarem que estão, de fato, agindo voluntariamente. Dada a evidência passada de negligência e baixos níveis de entendimento da atenção à saúde mental, esse tipo de abordagem pode encorajar mais pessoas a obter atenção e tratamento.

Princípios ASM: Admissão e tratamento voluntários

Onde uma pessoa precisa de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para evitar a admissão involuntária.

(Princípio 15(1), Princípios ASM)

Por outro lado, separar questões de saúde mental de outros problemas de saúde pode estigmatizar os usuários e isso enfraquece o argumento de que os transtornos mentais devem ser tratados da mesma maneira que os outros problemas de saúde. Se a atenção e tratamento voluntários da saúde mental não forem mencionados especificamente na legislação, eles serão considerados da mesma maneira que outra atenção à saúde.

A admissão voluntária traz consigo o direito à saída voluntária de estabelecimentos de atenção à saúde mental. Entretanto, a legislação relativa à alta é complicada pelo fato de que muitas jurisdições atribuem às autoridades o poder de anular esse direito de sair sob certas circunstâncias. Os Princípios ASM estipulam que os pacientes não involuntariamente admitidos têm o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento a menos que sejam atendidos os critérios para admissão involuntária.

A legislação deve permitir que as autoridades impeçam a autoliberação por pacientes voluntários somente se forem atendidas todas as condições que autorizam a admissão involuntária. Todas as salvaguardas processuais de admissão involuntária devem ser aplicadas. Recomenda-se que a legislação incorpore o direito dos pacientes voluntários de serem informados no momento da admissão que somente lhes poderá ser negado o direito de sair se eles se enquadrarem nas condições para uma admissão involuntária no momento em que desejarem dar alta a si mesmos.

Um problema que às vezes ocorre é quando pacientes que carecem da capacidade de consentir são “voluntariamente” admitidos a um hospital simplesmente porque não protestam contra a admissão (ver também a subseção 8.2). Um exemplo disso seria um paciente que é admitido “voluntariamente” mas não tem nenhum entendimento do fato ou do propósito da admissão. Outro grupo de pacientes que corre esse risco da chamada admissão “voluntária” é o daqueles com retardamento mental. Outras pessoas podem “aceitar” tratamento ou admissão sem protestar meramente porque são intimidadas ou porque não percebem que têm o direito de recusar. Nesses casos, sua falta de protesto não

deve ser interpretada como consentimento, já que o consentimento deve ser voluntário e informado.

O conceito de “voluntário” exclui o uso de coerção; ele implica que existem escolhas disponíveis e que o indivíduo tem a aptidão e direito de exercer essa escolha. Uma ou todas essas condições seriam violadas nos exemplos apresentados acima. No Brasil, a lei estipula que “Uma pessoa que solicita internação voluntária ou que consente na internação será solicitada a assinar, no momento de sua admissão, uma declaração no sentido de que ela escolheu esse regime de tratamento” (Lei de Saúde Mental No. 10.216 de 2001, Brasil).

Admissão voluntária e tratamento voluntário: Questões Centrais

- Onde uma pessoa precisa de tratamento por internação, a legislação deve apoiar a admissão voluntária e todo esforço será feito para evitar a admissão involuntária.
- Se a lei permitir que as autoridades retenham os pacientes voluntários quando eles tentarem sair, isto só será possível se forem atendidos os critérios para admissão involuntária.
- Na admissão ao estabelecimento de saúde mental, os pacientes voluntários podem ser informados do fato de que os profissionais de saúde mental do estabelecimento podem exercer a autoridade para impedir sua alta caso eles se enquadrem nos critérios de admissão involuntária.
- Os pacientes voluntários somente devem ser tratados depois de obtido seu consentimento informado.
- No caso do paciente ter a capacidade para dar consentimento informado, tal consentimento é uma condição prévia para o tratamento.

Dado o fato de que em muitos países nem todas as pessoas admitidas como pacientes voluntários são estritamente voluntários, a legislação pode incluir disposição para que um corpo independente (ver seção 13) examine periodicamente pacientes voluntários de longa permanência, avaliem sua condição e situação e façam as recomendações apropriadas.

8.2 Pacientes “não protestadores”

Em alguns países, a legislação dispõe sobre usuários que são incapazes, devido ao seu estado de saúde mental, de dar consentimento ao tratamento e/ou admissão, *mas que não recusam* intervenções de saúde mental. Isso incluiria as pessoas descritas na seção anterior como não atendendo os requisitos de pacientes voluntários, mas que também não se enquadram nos critérios para admissão involuntária (por exemplo, pessoas com retardamento mental grave). Enquanto em alguns países a legislação de “incapacidade” vinculada a leis abrangentes de tutela pode contemplar adequadamente pessoas com transtornos mentais incapazes de dar consentimento mas que não recusam admissão ou tratamento, outros países acham importante legislar nessa área. O propósito dessa categoria é dotar os pacientes “não protestadores” de salvaguardas e ao mesmo tempo propiciar a admissão e tratamento necessários a pessoas incapazes de dar consentimento informado. Isso tem a importante vantagem de assegurar que as pessoas que não estão resistindo ao tratamento não sejam incorretamente transformadas em pacientes

involuntários ou voluntários; também ajuda a prevenir um aumento potencialmente enorme no número de pessoas incorretamente admitidas como pacientes involuntários.

Os critérios para que se permita admissão e/ou tratamento são normalmente menos estritos que no caso de usuários involuntários. Isso possibilita que os usuários incapazes de dar consentimento informado – mas que demandam tratamento e admissão por sua saúde (mental) – recebam a necessária atenção e tratamento ainda que, por exemplo, não sejam um risco de segurança para si ou para os outros. A “necessidade de hospitalização” é às vezes considerada como um critério suficiente. Esta, ou um critério do tipo “necessário para a saúde de uma pessoa”, é freqüentemente menos exigente que, por exemplo, os critérios para admissão involuntária (ver a subseção 8.3.2 adiante). A pessoa que solicita a atenção a um paciente não protestador normalmente é um parente próximo ou uma pessoa com interesse sincero pelo usuário. Em vários países é comum o uso de “substitutos” para pacientes não protestadores. Se os usuários contestam sua admissão ou tratamento devem imediatamente deixar de ser considerados “não protestadores” e devem ser aplicados os critérios plenos para determinar a admissão e tratamento involuntários.

É crucial que os direitos dos pacientes não protestadores sejam protegidos de uma maneira semelhante aos dos usuários involuntários. Pode ser necessário que mais de um médico empreenda e acorde uma avaliação de capacidade e conveniência. Os pacientes não protestadores devem, como usuários involuntários, qualificar-se para procedimentos automáticos e obrigatórios de revisão. Isso pode incluir a confirmação inicial de seu estado, bem como avaliações periódicas e permanentes para determinar se sua condição mudou. Em seqüência a sua admissão/tratamento, se eles recuperarem a capacidade para tomar decisões informadas, devem ser retirados dessa condição. Além disso, os pacientes não protestadores devem ter o direito de apelar de sua situação. Os pacientes não protestadores também desfrutarão de todos os demais direitos garantidos a outros pacientes, como o direito de serem notificados de seus direitos, o direito à confidencialidade, a padrões adequados de atenção e outros (ver seção 5 acima).

Os princípios fundamentais de “ambiente menos restritivo” e “no melhor interesse do paciente” devem ser igualmente aplicados aos pacientes não protestadores.

Países que possuem cláusula na legislação para pacientes não protestadores incluem a Austrália, que tem uma seção para “tratamento informal de pacientes incapazes de consentir” (Lei de Saúde Mental, 1990, Nova Gales do Sul, Austrália), e a África do Sul, que tem uma disposição para “usuários assistidos” em sua Lei de Atenção à Saúde Mental (2002). Em legislação diferente, a atenção a pacientes não protestadores pode ser dada apenas a pacientes internados ou pode incluir também o tratamento de pacientes ambulatoriais.

Pacientes não protestadores: Questões Centrais

- Em alguns países a legislação contém disposição para usuários que são incapazes, devido ao seu estado de saúde mental, de dar consentimento a tratamento e/ou admissão, *mas que não recusam* intervenções de saúde mental.
- Os critérios para que se permita admissão e/ou tratamento são normalmente menos estritos que no caso de usuários involuntários (os critérios podem ser, por exemplo, a “necessidade de hospitalização” ou “necessário para a saúde de uma pessoa”).
- Se os usuários fizerem objeção a sua admissão ou tratamento, devem imediatamente deixar de ser considerados “não protestadores” e devem ser aplicados os critérios plenos para determinação de admissão e tratamento involuntários. Do mesmo modo, se, após sua admissão/tratamento, eles recuperarem a capacidade para tomar decisões informadas, devem ser retirados dessa condição.
- É crucial que os direitos dos pacientes não protestadores sejam protegidos de uma maneira semelhante à aplicada aos usuários involuntários (por exemplo, o direito à avaliação de capacidade, a procedimentos automáticos de revisão, a apelar de sua condição).
- Os pacientes não protestadores também devem desfrutar de todos os demais direitos garantidos a outros pacientes, como o direito de ser informado de seus direitos, o direito à confidencialidade, a padrões adequados de atenção e outros.

8.3 Admissão e tratamento involuntários

A admissão involuntária, ou compulsória, a estabelecimentos de saúde mental e o tratamento involuntário são tópicos controvertidos no campo da saúde mental na medida em que invadem a liberdade pessoal e o direito de escolha, e trazem o risco de abuso por razões políticas, sociais e outras. Por outro lado, a admissão e tratamento involuntários podem evitar danos a si e aos outros, e ajudar algumas pessoas a obter seu direito à saúde, o que, devido a seu transtorno mental, elas não conseguem administrar voluntariamente.

Vários documentos internacionais de direitos humanos, como os Princípios ASM (1991), a Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950) e a Declaração do Havaí (1983) aceitam a necessidade, às vezes, de admissão e tratamento involuntários de pessoas com transtornos mentais. Entretanto, é importante enfatizar que a admissão e tratamento involuntários somente são necessários para uma minoria de pacientes afetados por transtornos mentais e que, em muitos casos em que os pacientes são admitidos e tratados involuntariamente, caso fossem fornecidos um tratamento humanitário e uma oportunidade adequada para atenção voluntária, a admissão e tratamento involuntários poderiam ser adicionalmente reduzidos.

Sabe-se que certos grupos de usuários e de defesa de direitos, como a MindFreedom Support Coalition International, se opõem veementemente e sob quaisquer circunstâncias à idéia de tratamento involuntário que inclua a administração involuntária de medicamentos psicotrópicos.

A questão fundamental para a legislação de saúde mental nesse sentido é descrever circunstâncias em que a admissão 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 conseqüentemente pode ser um pouco extensa.

O propósito deste Livro de Recursos não é ser prescritivo quanto à admissão e tratamento involuntários. Ele enfatiza, isto sim, o reconhecimento de diferenças mundiais e culturais e, do mesmo modo, com respeito à admissão e tratamento involuntários, ressalta que diferentes culturas, tradições, economias e recursos humanos são pertinentes. Mas os princípios de admissão e tratamento involuntários são importantes, e é possível desenvolver marcos referenciais para ajudar os países a tomarem decisões legislativas localmente apropriadas.

Princípios ASM: Admissão e tratamento involuntários

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.

2. No caso a que se refere o subparágrafo (b), um segundo clínico de saúde mental, independente do primeiro, deve ser, se possível, consultado. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou retenção involuntárias podem não acontecer a menos que o segundo clínico de saúde mental concorde.

3. Um estabelecimento de saúde mental somente pode receber pacientes involuntariamente admitidos se o estabelecimento tiver sido designado para assim fazer por uma autoridade competente prescrita por lei do país.

(Princípio 16 (1) e (3), Princípios ASM)

8.3.1 Abordagem da combinação e abordagem da separação para a admissão involuntária e tratamento involuntário

A legislação de saúde mental pode combinar admissão involuntária e tratamento médico involuntário em um só procedimento ou pode tratá-los como distintos (ver subseção 8.3.7, fig. 1).

Na abordagem “combinada”, uma vez que os pacientes sejam admitidos involuntariamente, podem ser tratados involuntariamente sem se ter que empreender um procedimento distinto para sancionar o tratamento. Alguns grupos de familiares, profissionais e outros têm argumentado que o propósito da admissão involuntária na maioria dos casos é reverter uma condição clínica em deterioração. Afirma-se que não há propósito nenhum na admissão ao hospital se não é fornecido tratamento. De fato, em Portugal, a lei estabelece que “a detenção compulsória *somente* pode ser determinada em casos onde se julga que esta é a *única* maneira de garantir que o paciente detido seja submetido a tratamento...” (itálicos adicionados) (Lei de Saúde Mental No. 36, 1998, Portugal) e, no Paquistão, a lei se refere apenas a “admissão para tratamento” (Decreto de Saúde Mental para o Paquistão, 2001). Claro que é possível que um paciente pode não precisar de medicação, mas pode beneficiar-se de terapias menos invasivas (como psicoterapia, grupos de apoio ou terapia ocupacional). No entanto, no âmbito da abordagem isolada, seja de fato estipulado ou não, o tratamento médico *pode* ser ministrado se a admissão for aprovada.

Isso não implica que na abordagem combinada o paciente não possa desempenhar nenhum papel no plano de tratamento. A lei albanesa, por exemplo, estabelece que uma pessoa admitida sem consentimento a uma instituição psiquiátrica deve ser “tratada com os procedimentos médicos necessários”; mais adiante, ela estabelece que a pessoa ou seu representante legal “tem o direito a informações completas sobre o tratamento terapêutico proposto, o que inclui saber sobre os efeitos colaterais e *quais alternativas estão disponíveis*” (itálicos adicionados) (Lei de Saúde Mental, 1991). Mesmo com usuários involuntários sujeitos a um único processo combinado, é boa prática que o médico sempre tente obter do paciente cooperação e aprovação para o tratamento.

Em uma abordagem totalmente “separada”, a admissão e procedimentos de tratamento são independentes entre si. Primeiro, a pessoa é avaliada para admissão involuntária, e se um paciente involuntariamente admitido necessitar de tratamento involuntário, a necessidade de tratamento deve ser avaliada e é necessário um procedimento distinto para sancionar tal tratamento (ver subseção 8.3.7, fig.1).

Muitos indivíduos e organizações, especialmente os grupos de usuários, contestam a combinação entre admissão involuntária e tratamento involuntário e argumentam que o consentimento ou recusa de uma pessoa à admissão e ao tratamento, são questões distintas. As pessoas podem requerer admissão involuntária mas não tratamento involuntário ou, de fato, tratamento involuntário sem terem de ser retiradas de suas casas ou comunidades. Além disso, afirma-se que a capacidade é específica à questão, pelo fato de que uma pessoa julgada sem capacidade para tomar decisões relativas à admissão a um

estabelecimento de saúde mental pode, não obstante, reter a aptidão (capacidade) para tomar decisões relativas ao tratamento. Argumenta-se que o tratamento involuntário viola princípios fundamentais de direitos humanos. O Comentário Geral 14 ao Artigo 12 do PIDESC, por exemplo, estabelece que o direito à saúde inclui o direito de ser livre em um tratamento médico não consensual. Afirma-se ainda que é possível que uma autoridade independente, como um tribunal ou um conselho de revisão, possa encaminhar uma pessoa para um estabelecimento psiquiátrico devido a uma doença mental, mas esta mesma autoridade, ou uma outra distinta, pode achar que a pessoa não perdeu sua capacidade para tomar decisões de tratamento. Dessa forma, é necessário uma avaliação para determinar incapacidade de consentir no tratamento. Além disso, os defensores de uma abordagem separada argumentam que a disposição de dois procedimentos independentes para invocar admissão involuntária e tratamento involuntário assegura uma camada extra de proteção dos direitos para pessoas com transtornos mentais.

Por outro lado, os adeptos da abordagem combinada replicam que com a abordagem separada há um risco de que, caso haja um lapso de tempo muito grande entre os dois processos, o tratamento seja gravemente retardado, com efeitos prejudiciais para a pessoa envolvida, bem como até para os trabalhadores da atenção à saúde e outros pacientes se a pessoa for altamente agressiva. Além disso, devido à inexistência de recursos humanos e financeiros em muitos países de baixa renda, pode ser difícil instituir dois procedimentos distintos para admissão involuntária e tratamento involuntário. A abordagem “combinada” não contradiz o Princípio ASM 16(2) que recomenda que “a admissão ou retenção involuntárias serão inicialmente para um curto período conforme especificado por lei do país para *observação e tratamento preliminar* no decorrer da revisão da admissão ou retenção por uma junta de revisão” (itálicos adicionados).

Outra variação possível das abordagens combinada e separada que poderia incorporar as vantagens de ambas é considerar separadamente a *necessidade* de admissão e a de tratamento, mas combinar os processos para defini-los e sancioná-los. Em outras palavras, o(s) mesmo(s) clínico(s), e talvez a mesma junta de revisão (ou autoridade independente), que avalia(m) a necessidade de admissão também poderia(m) (na mesma sessão) avaliar se a pessoa tem a capacidade para consentir no tratamento, e se o tratamento involuntário realmente é necessário. Isso poderia resultar em uma série de resultados diferentes (discutidos na subseção 8.3.5).

As subseções seguintes discutem os critérios e procedimentos para admissão e tratamento involuntários. Onde se utiliza um procedimento “combinado”, i.é., o tratamento é fornecido (conforme necessário) como uma parte integrante da admissão e tratamento involuntários, ele deve ser “lido na” admissão. Em outras palavras, se a admissão é permitida, o tratamento é automaticamente permitido, embora ele nunca deva ser feito a menos que clinicamente necessário. Onde o tratamento deve ser fornecido como um processo “separado” da admissão, os critérios e processo para *admissão* são, em grande parte, os mesmos que os contidos no procedimento “combinado”, mas o *tratamento* involuntário é considerado separadamente.

8.3.2 Critérios para admissão involuntária

Presença de um transtorno mental

Em primeiro lugar e acima de tudo – e comum a toda legislação de saúde mental orientada pelos direitos humanos e que trate da admissão involuntária – deve haver prova da presença de um transtorno mental conforme definido por padrões internacionalmente aceitos. Entretanto, o tipo, gravidade e grau de um transtorno mental que se qualifica para admissão involuntária variam conforme as jurisdições. Alguns países só permitem admissão involuntária para transtornos mentais específicos como as psicoses; outros mencionam “transtorno (doença) mental grave”, enquanto ainda outros empregam a definição mais ampla de transtorno mental como critérios qualificativos para admissão involuntária. Uma questão crucial para a legislação do país é determinar se as condições específicas devem ser incluídas ou excluídas da admissão involuntária. Os diagnósticos mais controvertidos incluem retardamento mental, abuso de substância e transtorno de personalidade (ver seção 3 acima). As decisões a esse respeito refletirão os valores de um determinado país ou comunidade.

Probabilidade séria de perigo imediato ou iminente e/ou de “necessidade de tratamento”

As duas justificativas mais utilizadas – e provavelmente também as mais importantes – para autorizar a admissão involuntária de pessoas com transtornos mentais são a “probabilidade séria de perigo imediato ou iminente” e “a necessidade de tratamento.”

- *Probabilidade séria de perigo imediato ou iminente* – Este critério pode ser aplicado nos melhores interesses dos próprios pacientes para prevenir dano a eles, ou para a segurança de outros. Prevenir dano ao próprio paciente, a atendentes, familiares e sociedade em geral é uma obrigação importante do Estado e, por isso, costuma ser um elemento chave da legislação (para informações sobre previsão de periculosidade, ver Livesley, 2001; Sperry, 2003).
- *Necessidade de tratamento* – Este critério, como os critérios de periculosidade/segurança, suscita muita controvérsia. Existem várias organizações e indivíduos, entre usuários de serviços de saúde mental e grupos de usuários, que contestam este critério. Os Princípios ASM (Princípio 16) afirmam que a admissão involuntária pode ser considerada se, “no caso de uma pessoa cuja doença mental é grave e cujo juízo está prejudicado, for provável que a não admissão ou retenção dessa pessoa conduza a uma grave deterioração em sua condição ou impeça a realização do tratamento apropriado que só pode ser dado por admissão a um estabelecimento de saúde mental....”

Este princípio normalmente inclui a presença simultânea de vários fatores. Primeiro, a enfermidade deve ser “grave” (questão de definição); em segundo lugar, deve ser provado que há “juízo prejudicado” (questão de capacidade); e, em terceiro lugar, deve haver justificativas razoáveis para suspeitar que a não admissão da pessoa

resultará em grave deterioração em sua condição ou impedirá a administração do tratamento apropriado (questão de previsão de tratamento).

A admissão deve incluir um propósito terapêutico

As pessoas só devem ser admitidas involuntariamente se houver um propósito terapêutico na admissão. Isto não significa necessariamente que se deva fornecer medicação, já que se pode implementar uma gama extensa de métodos de reabilitação e psicoterapia. A falta de sucesso terapêutico não implica uma falta de propósito terapêutico, e a admissão involuntária pode ser justificada se a pessoa estiver recebendo atenção terapêutica, mesmo se os tratamentos disponíveis não forem capazes de curar completamente a condição da pessoa. Uma pessoa que necessitar de atenção meramente custodial não deverá ser mantida em um estabelecimento psiquiátrico como paciente involuntário.

Ao aplicar os critérios acima também é importante considerar o princípio do “ambiente menos restritivo”. Em outras palavras, uma pessoa pode não ser admitida se outras alternativas, menos restritivas, como a atenção comunitária, puderem ser utilizadas.

8.3.3 Procedimento para admissão involuntária

A legislação de saúde mental normalmente descreve o procedimento a ser seguido para admissão involuntária. Esse procedimento variará de país para país. A seção seguinte (como outras seções deste Livro de Recursos) deve ser lida mais como diretrizes gerais do que como recomendações.

Quem deve administrar a avaliação?

Como proteção adicional para proteger os direitos dos que estão sendo detidos involuntariamente, os Princípios ASM recomendam que a avaliação seja feita por dois *clínicos independentes* que examinam o paciente de maneira isolada e independente. Este é um princípio importante. Entretanto, em países de baixa renda com escassez de psiquiatras e clínicos gerais, e até em alguns países desenvolvidos, muitas vezes isto não é possível ou é considerado inviável e outras alternativas viáveis podem ser razoavelmente legisladas. Pode ser necessário, por exemplo, que outros clínicos de saúde mental credenciados (tais como assistentes sociais psiquiátricos, enfermeiros psiquiátricos e psicólogos) sejam treinados e credenciados, como foi feito na África do Sul. Na maioria das províncias canadenses, há apenas um médico na comunidade que autoriza uma admissão de curto prazo (24-72 horas). Depois disso, um médico independente examina a pessoa no hospital e, se o médico não considerar necessária uma retenção mais prolongada, a pessoa recebe alta.

Não há regras estabelecidas com respeito a quantos clínicos devem examinar uma pessoa antes de sua admissão ou tratamento ou sobre quais devem ser suas qualificações. *Múltiplos exames* por pessoas *mais qualificadas* podem garantir a maior proteção aos pacientes, mas se legislar e aplicar isto significar que outros pacientes que necessitam de atenção não serão tratados porque os recursos escassos estão sendo utilizados na

avaliação de uma pessoa – ou que as pessoas não serão nem avaliadas porque vêm de uma região onde não há clínicos qualificados ou não os há em número suficiente conforme legislado –, evidentemente isto *não* garantirá melhor proteção.

Além disso, é patente que profissionais mais qualificados podem ser menos capazes para efetuar exames de estado de saúde mental que aqueles supostamente menos qualificados. Em muitos países em desenvolvimento, por exemplo, os médicos tiveram muito pouca formação e experiência em saúde mental, ao passo que certos enfermeiros psiquiátricos são altamente qualificados e experientes. Por outro lado, muitos sintomas psiquiátricos são manifestações de uma doença física subjacente e é importante que pelo menos tenha examinado a pessoa. Soluções localmente apropriadas são claramente mais importantes que qualquer regra descrita neste Livro de Recursos. No entanto, sempre se devem aplicar os padrões de independência e a realização de duas avaliações, dentre as quais uma feita por um clínico qualificado.

Se uma segunda avaliação não puder absolutamente ser empreendida antes de uma admissão inicial devido a circunstâncias do país, ela deverá ocorrer na admissão e antes do tratamento ser administrado. Se houver uma discrepância entre a primeira e a segunda avaliação, um terceiro clínico independente terá de examinar a pessoa e fazer recomendações, após o que se deverá instituir uma recomendação majoritária.

Quem deve fazer a solicitação?

A questão de quem deve fazer a solicitação para admissão involuntária é uma área adicional complicada e muito discutida. Em alguns países, com base nas recomendações de um clínico de saúde mental, um membro da família, parente próximo ou tutor, ou outra pessoa designada pelo Estado (no Reino Unido, por exemplo, um assistente social), faz uma solicitação ao estabelecimento de saúde mental indicado (seja um hospital mental ou o pavilhão psiquiátrico de um hospital geral) para que o paciente seja admitido ao estabelecimento. Em outros países, a solicitação para admissão é feita antes mesmo do exame médico, e o exame acontece com base na solicitação.

Em alguns casos, certas famílias acreditam ser sua prerrogativa tomar a decisão sobre se e quando um membro da família precisa de atenção e tratamento involuntários, e que elas devem ser ouvidas sobre se e quando é necessária ajuda externa. Em ainda outros países, os membros da família não estão envolvidos na solicitação porque a maioria das famílias não deseja correr o risco de ser depois acusada pelo membro da família afetado pelo transtorno mental por tê-lo encaminhado para admissão e tratamento. Tais diferenças refletem culturas diferentes e processos diferentes adotados pelos países, e nenhuma das opções pode ser dita a única “correta”.

Onde o paciente deve ser admitido?

Os países precisarão tomar decisões relativas ao lugar onde os pacientes involuntários serão admitidos. Sempre que possível, como em outras admissões a serviços de saúde, o lugar deverá ser o mais próximo possível das casas dos pacientes. As instalações de

hospitais gerais podem ser desenvolvidas para acomodar a maioria dos pacientes involuntários. Entretanto, dado o fato de que uma minoria de pacientes involuntários pode ser agressiva ou difícil de controlar, certas instalações podem precisar ter o nível necessário de segurança para poder acomodar esses pacientes. Seja como for, o estabelecimento de saúde mental deve ser credenciado como dispondendo da atenção e tratamento adequados e apropriados antes de lhe ser permitido admitir pacientes involuntários.

Quem deve examinar a proposta e a continuidade da admissão?

A maioria dos países utiliza uma autoridade independente como uma junta de revisão, corte ou tribunal para confirmar a admissão involuntária com base em perícia médica/psiquiátrica/profissional conforme descrito anteriormente (ver também a seção 13 adiante). A decisão da autoridade independente não deve ser influenciada por instruções de quaisquer origens. Como nas questões mencionadas acima, os recursos e condições locais devem determinar o tipo de junta de revisão que é necessário e os procedimentos a serem seguidos. Mais uma vez, os países precisarão equilibrar prioridades e direitos. Apesar do fato, por exemplo, de que a maioria das admissões involuntárias não é classificada como “emergência” (ver subseção 8.4), dados os critérios para admissões involuntárias (acima), devem ser evitados todos os atrasos na admissão e tratamento do paciente. É necessário um equilíbrio adequado entre o direito de prevenir dano a si ou aos demais, de um lado, e ser tratado (se tal tratamento é necessário) ou ter o direito de recusar tratamento, do outro.

Em alguns países pode não ser possível conseguir que a autoridade independente examine cada caso antes da admissão de uma pessoa. Em lugar de atraso na admissão, a lei pode estipular um prazo determinado (que deve ser curto) no qual o caso deve ser examinado. Assim que a junta de revisão tomar sua decisão, a ação pertinente deverá ser implementada. Os exames de situação, portanto, devem ser permanentes, automáticos, obrigatórios e regulares.

Na prática, a maioria das admissões involuntárias são breves, levando dias ou duas semanas, com a maioria dos pacientes evidenciando boa recuperação e/ou não mais se enquadrando nos requisitos para admissão involuntária. Existem poucos motivos, na maioria dos casos, para continuar a admissão involuntária além desse período. Os pacientes podem recuperar-se o bastante para receberem alta ou estar bem o bastante para poderem tomar suas próprias decisões de continuar voluntariamente no local. Em alguns países, a legislação não requer um exame pela junta de revisão para admissões involuntárias que duram menos que um período de tempo estipulado. Na legislação sul-africana, por exemplo, este período de tempo inicial é restringido a 72 horas (Lei de Atenção à Saúde Mental, Lei 17, 2002). Países de baixa renda com escassos recursos humanos e financeiros podem encontrar vantagens nesse procedimento, já que os mecanismos de revisão não consomem um volume desproporcional de recursos em detrimento da prestação do serviço. Esse procedimento específico também está em conformidade com o Princípio ASM 16(2), que recomenda que a “admissão ou retenção involuntárias serão inicialmente para um período curto conforme especificado por lei nacional para

observação e tratamento preliminar durante o exame da admissão ou retenção por uma junta de revisão” (itálicos adicionados).

Onde possível, a autoridade independente deve dar aos pacientes uma oportunidade para declarar suas concepções e opiniões com respeito à admissão involuntária (inclusive se acreditam que estão sendo incorretamente admitidos ou onde escolheriam ser admitidos), e essas devem ser levadas em conta ao tomar decisões. Além disso, a autoridade independente deve consultar os membros da família (e outros próximos do paciente), os clínicos de saúde envolvidos e/ou um representante legal (se houver) designado pelo paciente.

A lei pode assegurar que os pacientes sejam imediatamente informados das justificativas para admissão involuntária, e que isso também seja prontamente transmitido aos representantes legais e membros da família dos pacientes conforme apropriado.

Além disso, um elemento importante a ser incorporado nas disposições legislativas sobre a admissão involuntária é o direito de apelar para organismos semi-judiciais e judiciais. As seções legislativas que lidam com a admissão involuntária devem incluir esse direito e definir o processo a ser seguido – para os pacientes, suas famílias e/ou representantes legais – para apelar para uma junta de revisão de saúde mental e/ou tribunal contra a detenção inicial.

Admissão involuntária: Questões Centrais

- A admissão involuntária geralmente é permitida apenas se *todos* os critérios seguintes forem atendidos e o paciente estiver recusando a admissão voluntária:
 - a) existir evidência de um transtorno mental de gravidade especificada; e
 - b) houver uma probabilidade séria de dano imediato ou iminente a si ou aos outros e/ou deterioração na condição do paciente se o tratamento não for administrado; e
 - c) a admissão incluir um propósito terapêutico; e
 - d) esse tratamento somente puder ser administrado por admissão a um estabelecimento de saúde mental.
- Procedimento a ser seguido para admissão involuntária:
 - a) Dois médicos de saúde mental credenciados (um dos quais deve ser, em termos ideais, um médico) devem atestar que foram atendidos os critérios para admissão involuntária e recomendar esta admissão;
 - b) A solicitação para admissão involuntária deve ser feita conforme a cultura e as condições locais;
 - c) O estabelecimento de saúde mental deve ser sancionado como fornecendo atenção e tratamento adequados e apropriados, e conseqüentemente autorizado a admitir pacientes involuntários;
 - d) Uma autoridade independente (junta de revisão, corte ou tribunal) deve autorizar a admissão involuntária. Isso deve ser feito o mais cedo possível após uma solicitação ou, se não for possível, o mais cedo possível depois da admissão; a legislação deve definir o prazo necessário para tal revisão. A pessoa deve ter o direito a um representante legal na audiência.
 - e) Os pacientes, suas famílias e representantes legais devem ser imediatamente informados das justificativas para admissão involuntária e dos direitos do paciente.
 - f) Os pacientes, suas famílias e/ou seus representantes legais devem ter o direito de apelar a uma junta de revisão e/ou um tribunal contra a admissão involuntária.
- É necessário que haja uma cláusula para revisão regular com prazo limitado de admissões involuntárias por uma junta de revisão independente.
- Os pacientes devem receber alta da admissão involuntária quando não mais preencherem os critérios para admissão involuntária. O tratamento voluntário pode vir em seguida.

Os procedimentos para dar alta a uma pessoa da admissão e tratamento involuntários devem ter a máxima flexibilidade possível para garantir que a pessoa não seja retida por nenhum período mais longo que o necessário. A continuidade da admissão somente se justifica se houver persistência do transtorno mental com a gravidade e a forma que suscitaram a admissão involuntária. Se a admissão involuntária já não se justifica, o paciente pode receber alta sem atenção adicional, seja por um médico ou um profissional conforme determinado por lei ou pelo conselho de revisão, desde que este tenha considerado o caso. Se os pacientes assim escolherem, poderão ser transferidos para o status voluntário para continuar a atenção e tratamento como paciente internado ou ambulatorial. Isso implica que há necessidade de um processo estatutário para examinar casos a intervalos regulares. Onde um paciente for involuntariamente detido por um período mais longo que o recomendado, o direito de apelar contra essa decisão deve ser permitido a intervalos prescritos.

Para facilitar esse procedimento, é útil que os países disponham de formulários padronizados que devem ser preenchidos em várias etapas (para exemplos dos mesmos, ver Anexo 8).

8.3.4 Critérios para tratamento involuntário (onde os procedimentos para admissão e tratamento são independentes)

Existe considerável sobreposição entre os critérios para admissão involuntária e tratamento involuntário. A diferença principal, porém, é que, em relação ao *tratamento*, a pessoa foi considerada carente da capacidade para tomar decisões informadas. O tratamento sem consentimento somente deve ser considerado quando todas as condições seguintes forem atendidas:

1. A determinação de que um paciente tem um transtorno mental foi feita conforme padrões médicos internacionais.
2. O paciente carece da capacidade para dar ou recusar consentimento informado ao tratamento proposto.
3. O tratamento é necessário para:
 - (i) provocar uma melhora no transtorno mental do paciente; e
 - (ii) prevenir deterioração do estado mental do paciente; e/ou
 - (iii) proteger o paciente de dano a si mesmo; e/ou
 - (iv) proteger outros de danos significativos.

O tratamento sem consentimento e sem a autorização de um corpo legalmente constituído só deve ser instituído, e estritamente, em emergências, e somente enquanto durar a emergência (ver subseção 8.4).

8.3.5 Procedimento para tratamento involuntário de pacientes admitidos

Há vários modos diferentes pelos quais um processo de tratamento – enquanto distinto do processo de admissão – pode ser aplicado. A decisão de tratamento pode ser independente em termos de:

- a) *tempo* – o tratamento involuntário somente é avaliado depois que o paciente foi admitido;
- b) *critérios* – o estado de saúde mental que requer admissão involuntária é diferente da capacidade de decidir pelo tratamento; e
- c) *poder profissional e de autorização* – pessoas diferentes, com aptidões diferentes, estão envolvidas na decisão de quem precisa ser admitido involuntariamente e quem requer tratamento involuntário.

Cada uma destas condições pode propiciar proteções adicionais ao usuário mas, como no caso da admissão, não se deve permitir que esses processos atrasem indevidamente o tratamento, já que isto também pode constituir uma violação de direitos humanos.

Em situações onde há menos recursos, é possível ainda separar os *critérios* para admissão involuntária e tratamento involuntário, mas a(s) mesma(a) pessoa(s) deve(m) administrar a avaliação para tratamento ao *mesmo tempo* que a avaliação para admissão.

Quer seja parte de um processo combinado ou de um processo independente, o tratamento involuntário sempre deve ser proposto por um médico de saúde mental devidamente qualificado e credenciado. A que categoria profissional ele pertence dependerá de recursos e situações do país. Como no caso da admissão, um segundo clínico de saúde mental independente e credenciado, que tenha examinado o paciente de forma independente e analisado todos os registros médicos e de tratamento do paciente, pode ser utilizado para confirmar o plano de tratamento. Clínicos que tomam decisões de tratamento somente podem fazer isso dentro de sua esfera profissional. É importante enfatizar mais uma vez que os profissionais designados precisam ter o necessário treinamento, competência e experiência para desempenhar esse papel – e a legislação deve estipular esses critérios.

Com base nas recomendações anteriores, o plano de tratamento – como no caso das recomendações de admissão – pode ser sancionado por uma autoridade independente (que pode ser a junta de revisão). A autoridade independente pode ser solicitada a verificar se o paciente carece realmente da capacidade para dar consentimento ao tratamento e (nos termos de algumas legislações) se o tratamento proposto é dos melhores interesses do paciente. Como acontece com as admissões, essa autoridade independente pode ser semijudicial ou judicial. O ponto fundamental é que a autoridade independente é diferente do(s) indivíduo(s) que propõe(m) o tratamento, e é composta de pessoas com as habilidades e conhecimento necessários para julgar a competência do paciente.

Embora em algumas situações esse grupo seja diferente do grupo que autoriza a admissão, pode ser que isso não seja possível em todas as situações. Onde apenas se dispõe de um único grupo, seus membros precisam ter em mente a diferenciação entre os critérios de admissão e os de tratamento. A entidade poderia então decidir entre várias opções, como, por exemplo, que uma pessoa deve ser admitida involuntariamente mas não pode ser medicamente tratada sem o seu consentimento, que o paciente seja tanto

admitido como tratado ou que nem a admissão nem o tratamento involuntários sejam permitidos.

Onde a mesma autoridade avalia tanto para admissão como para tratamento, cria-se uma oportunidade para recomendar o tratamento na comunidade (i.é., tratamento compulsório sem admissão) – se isto for uma opção para o país (ver subsecção 8.3.7 adiante). Outra variação de sancionamento independente do tratamento involuntário é especificar certas modalidades de tratamento que demandam um processo de revisão separado. Por exemplo, o tratamento que usa medicamentos psicotrópicos em estoque pode exigir um procedimento separado para sancionar seu uso, mas não para administrar medicamento oral.

Quando o tratamento involuntário é recomendado, seja como parte de um método “combinado” ou “independente”, é essencial que o paciente seja protegido de quaisquer danos indevidos e que o tratamento proposto vise beneficiar o paciente. Em geral, o tratamento sempre deve ser aplicado em resposta a um sintoma clínico identificado, ter um alvo terapêutico e a probabilidade de desencadear um benefício clínico real – e não apenas ter um efeito sobre a situação administrativa, criminal, familiar ou outra situação do paciente. O tratamento involuntário deve atender diretrizes nacionais e/ou internacionais de tratamento para a condição específica de saúde mental – aquela que oferecer a maior proteção e salvaguardas contra o abuso.

O tratamento involuntário não deve ser administrado por mais tempo que o necessário e deve ser sistematicamente revisto pelo clínico de saúde responsável e periodicamente por uma junta de revisão independente. Em alguns estatutos, é estipulado um prazo máximo para o tratamento. Um dos objetivos fundamentais do tratamento proposto deve ser restabelecer a capacidade do paciente, e quando isto acontece o tratamento involuntário deve ser interrompido. Em muitos casos, começará então o tratamento voluntário. Onde se estipula um prazo, o tratamento involuntário não deve estender-se além do limite sancionado ou além da restauração da capacidade do paciente – *o que quer que aconteça primeiro*.

A legislação pode incentivar os profissionais a envolverem os pacientes e/ou suas famílias (ou outros interessados) no desenvolvimento do plano de tratamento proposto, mesmo que o tratamento esteja sendo imposto involuntariamente. Os pacientes e aqueles que deles cuidam devem ser imediatamente informados de seus direitos quando os pacientes estiverem sendo tratados involuntariamente.

Os pacientes e suas famílias e/ou representantes pessoais devem ter o direito de apelar para uma junta de revisão, corte judicial e/ou tribunal contra a imposição de tratamento involuntário. Mais uma vez, é útil dispor de formulários padronizados para o processo de apelação a uma junta de revisão (ver Anexo 8 para um exemplo de tal formulário).

Exemplo: Apelação bem sucedida contra tratamento involuntário de um paciente admitido em Ontário, Canadá

Em Ontário, Canadá, o professor Starson foi admitido ao hospital depois de considerado não criminalmente responsável por fazer ameaças de morte e o Conselho de Revisão ordenou sua detenção por 12 meses. O médico atendente propôs tratamento médico para a sua condição bipolar. Starson se recusou a consentir no tratamento alegando que o medicamento entorpecia sua mente e reduzia sua criatividade, mas o médico o considerou incapaz de decidir entre aceitar ou rejeitar o tratamento médico. Starson solicitou ao Conselho de Consentimento e Capacidade que revisse a decisão do médico. O Conselho confirmou a decisão do médico. Entretanto, a decisão do Conselho foi posteriormente revertida por revisão judicial pelo Tribunal Superior. Essa decisão, por sua vez, foi encaminhada à Corte de Apelação, que apoiou a decisão da instância inferior. O caso passou para a Corte Suprema do Canadá, o tribunal mais alto do país. Em junho de 2003, a Corte Suprema apoiou a decisão da Corte de Apelação de Ontário.

Nos termos da Lei sobre Consentimento na Atenção à Saúde de Ontário (ver Seção 2.3), uma pessoa deve ser capaz de entender as informações pertinentes para tomar uma decisão de tratamento, e deve ser capaz de considerar as conseqüências razoavelmente previsíveis da decisão ou ausência de decisão.

O Tribunal constatou que o Conselho havia desvirtuado o teste estatutário para capacidade bem como que fora incorreto em seu parecer de que o professor Starson não considerou as conseqüências de sua decisão.

Este caso demonstra os importantes princípios de que:

- a admissão sem o consentimento da pessoa não implica necessariamente que ela seja incapaz de tomar decisões de tratamento;
- os testes que determinam a capacidade são abertos a interpretação;
- ao permitir apelações a autoridades superiores, decisões iniciais sobre tratamento podem ser revertidas;
- a integridade e inviolabilidade da pessoa são um princípio crítico de direitos humanos.

(Starson v. Swayze, 2003, SCC 32)

Ao rever periodicamente o tratamento involuntário, a autoridade independente deve assegurar que persistem justificativas para continuar o tratamento involuntário. Quando se estipulou um tempo para permitir o tratamento involuntário e é necessário tratamento além desse tempo, o processo de sancionar o tratamento deve ser repetido. A mera recusa de tratamento por um paciente não deve ser considerada justificativa adequada para sancionar novamente o tratamento involuntário.

Tratamento involuntário: Questões Centrais

- Os critérios para tratamento involuntário devem ser atendidos antes do tratamento ser administrado.
- Procedimento a ser seguido para o tratamento involuntário:
 - a) O plano de tratamento deve ser proposto por um clínico de saúde mental autorizado que possua experiência e conhecimento suficientes para empreender o tratamento proposto.
 - b) Deve-se requerer que um segundo clínico de saúde mental independente e autorizado concorde com o plano de tratamento.
 - c) Uma autoridade independente (junta de revisão) deve reunir-se o mais cedo possível depois que o tratamento involuntário foi recomendado para rever o plano de tratamento. A junta deve reunir-se novamente a intervalos fixos para avaliar a necessidade de continuar o tratamento involuntário.
 - d) Caso a sanção para tratamento involuntário seja para um período limitado, a continuidade do tratamento só pode ser administrada se o processo sancionando for repetido.
 - e) O tratamento involuntário deve ser descontinuado quando se julgar que os pacientes recuperaram sua capacidade para tomar decisões de tratamento, quando não houver mais necessidade do tratamento ou quando o tempo sancionado se esgotou – o que quer que aconteça primeiro.
 - f) Os pacientes e suas famílias e/ou representantes pessoais devem ser imediatamente informados das decisões de tratamento involuntário que estão sendo tomadas e, até onde viável, envolvidos no desenvolvimento do plano de tratamento.
 - g) Uma vez sancionado o tratamento involuntário, os pacientes, familiares e representantes pessoais devem ser informados de seus direitos de apelar para uma junta de revisão, corte judicial e/ou tribunal contra a decisão de tratamento involuntário.

Observe-se que o procedimento acima não se aplica a situações de emergência, tratamentos ou pesquisas especiais, que são discutidas adiante.

8.3.6 Consentimento por procuração para tratamento

Certas jurisdições dispõem sobre a designação de um representante pessoal, um membro da família ou um tutor legalmente designado que está intitulado a dar consentimento ao tratamento em nome do paciente. Evidentemente, o consentimento por procuração só pode ser considerado em situações onde se estabeleceu a falta de capacidade de uma pessoa para consentir no tratamento.

Em muitos casos, o consentimento por “procuração” é uma forma de tratamento involuntário. Todo procurador ou substituto deve estar pautado por um padrão de “juízo substituto” na tomada de decisões por alguém sem capacidade. Ou seja, os substitutos devem tomar a decisão que eles acreditam que a pessoa incapacitada teria tomado caso essa pessoa tivesse a capacidade para tomar a decisão. No caso em que a pessoa nunca teve capacidade – como certas pessoas com retardamento mental – o padrão se funde com um padrão do “melhor interesse”. Mesmo nesse caso, porém, os substitutos devem

empenhar-se para aprender sobre a situação particular da pessoa de forma que possam tomar a decisão que seja a mais próxima de sua percepção dos desejos e necessidades conhecidas da pessoa incapacitada.

Existem vantagens nas decisões por procuração por membros da família; são eles os que mais tendem a conhecer a fundo os melhores interesses dos pacientes e a estar familiarizados com os próprios valores do paciente. Simultaneamente, deve-se reconhecer que as decisões por “procuração” – particularmente quando tomadas por membros da família – podem não ser verdadeiramente independentes. Conflitos de interesse podem ocorrer nas famílias e os membros da família podem considerar seus melhores interesses como iguais aos melhores interesses do paciente. Assim, as salvaguardas incorporadas em regras que presidem o tratamento involuntário devem ser aplicadas também ao consentimento por procuração; os pacientes devem ter, por exemplo, o direito de apelar mesmo em casos de consentimento por procuração.

Na legislação de alguns países, existe a disposição para uma “diretriz antecipada”, por meio da qual as pessoas com um transtorno mental podem, durante os períodos em que estão “bem”, determinar o que acham aceitável ou inaceitável para os períodos em que não puderem tomar decisões informadas. Também podem determinar quem deve tomar decisões em seu nome quando não puderem tomar decisões informadas (ver Anexo 9 para um exemplo de diretrizes antecipadas da Nova Zelândia para pacientes de saúde mental).

Um estudo recente mostrou que a negociação de um plano conjunto de crise entre pacientes e equipes de saúde mental, incluindo a preparação de diretrizes antecipadas especificando preferências de tratamento, pode resultar na redução de admissões involuntárias em pacientes com transtornos mentais graves (Henderson, 2004).

Mais problemático é quando uma pessoa com um transtorno mental especifica recusa antecipada de tratamento. Alguns profissionais de saúde mental relutam em aceitar que tal recusa antecipada seja aplicada em uma situação posterior quando o paciente preenche os critérios para tratamento involuntário e na qual respeitar a recusa antecipada de tratamento privaria um paciente gravemente enfermo do tratamento necessário ou em que os pacientes poderiam prejudicar a si ou aos outros.

Consentimento por procuração para tratamento: Questões Centrais

- O consentimento por procuração pode ser dado a um representante pessoal, membro da família ou tutor legalmente designado que esteja intitulado a dar consentimento para tratamento em nome do paciente.
- As regras que presidem o tratamento involuntário “por procuração” devem incorporar salvaguardas. Os pacientes devem ter, por exemplo, o direito de apelar.
- As “diretrizes antecipadas” propiciam aos pacientes uma oportunidade para tomar decisões para si mesmos durante períodos em que são capazes de dar consentimento informado para períodos em que não forem tão capazes. Se uma lei dispõe sobre o uso de diretrizes antecipadas ou outras formas de tomada de decisões por substituto, ela deve definir tais condições com clareza e coerência.

8.3.7 Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários

Princípios ASM: Tratamento no ambiente menos restritivo

Todo paciente terá o direito a ser tratado dentro do ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou invasivo apropriado às necessidades de saúde do paciente e à necessidade de proteger a segurança física das outras pessoas.

(Princípio 9(1), Princípios ASM)

Com base no princípio da alternativa menos restritiva, alguns países promulgaram legislação que permite o tratamento involuntário de pacientes que residem em estabelecimentos comunitários. O estabelecimento comunitário normalmente é considerado menos restritivo 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).

Exemplos de situações menos restritivas geralmente incluiriam tratamento ambulatorial, tratamento em hospital-dia, programas de hospitalização parcial e tratamento em domicílio. Existem outras razões pelas quais alguns países têm estipulado o tratamento involuntário na comunidade. Em primeiro lugar, os profissionais e outros interessados se preocupam com a ocorrência de uma situação “porta giratória”, por meio da qual as pessoas com transtornos mentais passam por admissão e tratamento involuntários, interrompem os medicamentos ao receberem alta e têm recaídas, levando a um ciclo contínuo de admissão e tratamento involuntários. Em segundo lugar, há uma percepção bastante comum entre o público – bem como entre os profissionais – de que a desinstitucionalização fracassou em muitos países e que o número de pessoas com transtornos mentais na comunidade representa um risco público (Harrison, 1995; Thomas, 1995).

Alguns países possuem sistemas de supervisão comunitária que exigem que os indivíduos residam em um lugar especificado e participem de programas de tratamento especificado (como aconselhamento, educação e treinamento). Tais países também concedem aos indivíduos acesso a profissionais de saúde mental em suas casas, mas não incluem a obrigação de submeter-se a medicamentos sem consentimento. Outros países têm promulgado sistemas de tratamento comunitário que incluem uma cláusula para tratamento médico involuntário.

A Nova Zelândia reviu sua legislação de saúde mental para deixá-la em conformidade com o princípio menos restritivo. Nos termos da Lei de Saúde Mental (Avaliação e Tratamento Compulsórios), Sec. 28(2), quando um tribunal determinar que os critérios de certificação (para tratamento involuntário) foram atendidos, “o tribunal expedirá uma ordem de tratamento comunitário a menos que o tribunal considere que o paciente não pode ser tratado adequadamente como paciente ambulatorial, caso em que o tribunal expedirá uma ordem de internação”. Tais disposições legislativas visam promover antes o

tratamento de base comunitária do que uma estrutura ultrapassada de admissões institucionais. Alguns outros países introduziram o conceito de licença condicional com base no princípio da alternativa menos restritiva para ajudar a reintegração à comunidade de pacientes que receberam tratamento involuntário em estabelecimentos hospitalares.

No momento, a base de dados em favor da eficácia da supervisão comunitária compulsória e/ou ordens de tratamento ainda é bastante nova. Tais ordens parecem diminuir a re-hospitalização e o total de dias de hospital quando são acompanhadas por tratamento comunitário intensivo, que requer um comprometimento significativo de força de trabalho e recursos financeiros (Swartz et al., 1999).

Legislação sobre supervisão e tratamento comunitários 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.

Os críticos – particularmente os oriundos de grupos que representam usuários – têm afirmado que a supervisão compulsória e ordens de tratamento são, na realidade, a “institucionalização” dentro da comunidade, e se opõem vigorosamente a que tais medidas sejam tomadas.

Legisladores e outros que consideram o tratamento comunitário compulsório precisam assegurar que essa abordagem não destrua os objetivos da desinstitucionalização e muitas conquistas obtidas no tratamento humanitário de pessoas com transtornos mentais nas últimas cinco décadas.

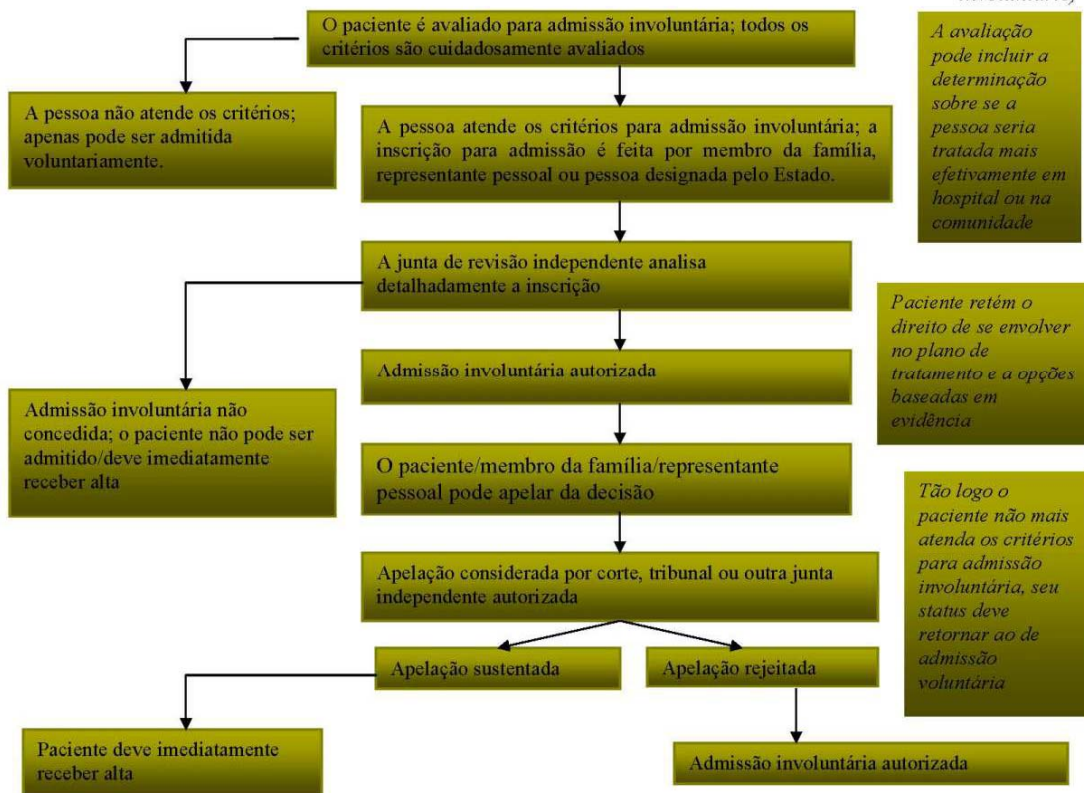
Tal como nos casos de admissão e tratamento involuntários, nos casos em que as ordens comunitárias são implementadas elas devem ser regularmente revistas e revogadas quando os critérios já não são atendidos. Além disso, pessoas submetidas à atenção involuntária na comunidade também devem ter o direito de apelar de seu estado.

A atenção involuntária na comunidade deve ser considerada como uma opção alternativa à admissão involuntária em um estabelecimento de saúde mental, em lugar de uma alternativa para a atenção comunitária voluntária. Dessa forma, os critérios para tratamento involuntário descritos acima devem prevalecer em todos os casos de atenção e tratamento involuntários.

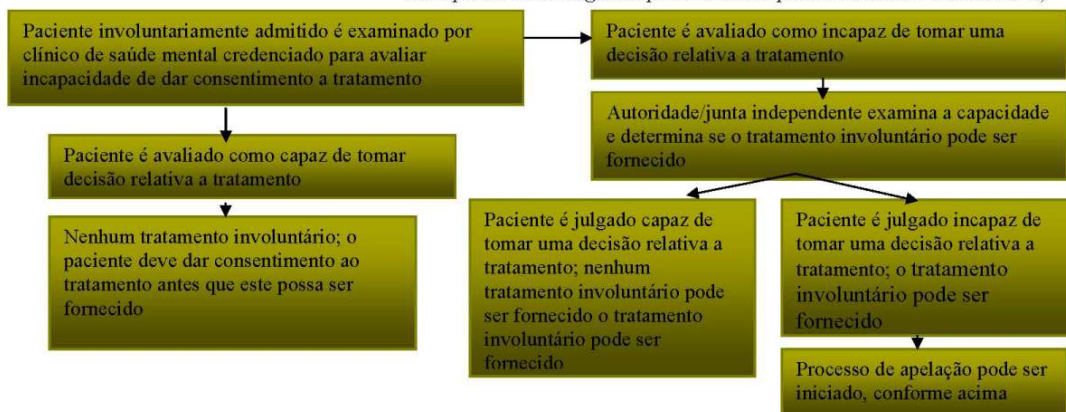
Atenção comunitária involuntária: Questões Centrais

- O tratamento comunitário involuntário (ordens de tratamento comunitário) e ordens de supervisão comunitária podem representar uma alternativa geralmente menos restritiva ao tratamento involuntário por internação. As exigências processuais para supervisão comunitária devem ser semelhantes às das ordens de tratamento hospitalar involuntário (conforme definidas acima).
- Legislação de supervisão e tratamento comunitários apenas deve ser introduzida no contexto de serviços de saúde mental comunitários acessíveis e de qualidade que enfatizem a atenção e tratamento voluntários como opção preferida.
- Como nos casos de admissão e tratamento involuntários, nos casos em que são implementadas as ordens comunitárias devem ser regularmente revistas e revogadas quando não mais atenderem os critérios.
- Pessoas submetidas a atenção involuntária na comunidade devem ter o direito de apelar contra sua situação.
- A atenção involuntária na comunidade deve ser considerada como uma opção alternativa à admissão involuntária em um estabelecimento de saúde mental, em lugar de uma alternativa à atenção comunitária voluntária.

Figura 1. Procedimento para admissão e tratamento involuntários combinados
(nesta figura, sempre que a admissão involuntária é mencionada, também se supõe o tratamento involuntário)



Em caso de um procedimento separado para tratamento involuntário
(Onde a admissão e o tratamento são separados, o procedimento acima deve ser adotado, acompanhado do seguinte procedimento para tratamento involuntário)



8.4 Situações de emergência

Haverá situações em que a admissão involuntária urgente e/ou tratamento involuntário urgente podem ser necessários. Exemplos desse tipo são os pacientes progressivamente suicidas ou pacientes com transtornos mentais intensos e que são violentos ou agressivos. Pode não ser possível ou razoável esperar conformidade com procedimentos substantivos para admissão e tratamento involuntários. A legislação precisa então providenciar salvaguardas suficientes para tal tratamento de emergência. Em certas situações a ajuda da polícia também pode ser necessária (ver seção 14 adiante).

A legislação deve definir o que constitui uma emergência. Na maioria das jurisdições, situação de emergência é uma situação na qual há perigo *imediato e iminente* à saúde e segurança da pessoa envolvida e/ou outras pessoas. Para ser considerada uma emergência, primeiro é preciso estar demonstrado que o tempo exigido para cumprir procedimentos substantivos provocaria atraso suficiente e resultaria em prejuízo à pessoa envolvida ou aos demais. Em tais situações, a legislação pode permitir a admissão involuntária imediata a hospital e/ou tratamento involuntário imediato com base em uma avaliação efetuada por um clínico qualificado e/ou outro clínico de saúde mental autorizado operando em sua esfera de atuação. A admissão e/ou tratamento de emergência não devem ser prolongados, sendo permitidos apenas por um curto período de tempo. Durante esse tempo, caso se evidencie que a pessoa possa exigir atenção involuntária adicional, devem ser empreendidos os procedimentos substantivos para admissão ou tratamento involuntários. Em muitos países, a admissão ou tratamento de emergência não são permitidos para além de 72 horas, já que isso propicia tempo suficiente para satisfazer todas as exigências de conformidade com os procedimentos involuntários substantivos. O tratamento de emergência não deve incluir eletroconvulsoterapia (ECT), neurolépticos de depósito e tratamentos irreversíveis como psicocirurgia ou procedimentos de esterilização.

8.4.1 Procedimento para admissão e tratamento involuntários em situações de emergência

O paciente deve ser examinado por um clínico qualificado para determinar se existe uma emergência. Em particular, o clínico deve ser capaz de justificar a admissão involuntária em função da natureza da emergência.

Quando a pessoa é admitida para tratamento em um estabelecimento de saúde mental autorizado, o tratamento deve ser administrado de acordo com um plano de tratamento elaborado e supervisionado por um clínico geral ou de saúde mental qualificado (o qual, em termos ideais, deve ser diferente do clínico que atesta a admissão e/ou tratamento).

Se a pessoa precisa de admissão/tratamento involuntário além do prazo de emergência prescrito, os procedimentos para tal admissão e/ou tratamento (ver seção 8.3 acima) devem ser iniciados e concluídos dentro de um período de tempo especificado. Se o paciente não se enquadra nos critérios para admissão/tratamento involuntário, ou se os procedimentos para manter/tratar a pessoa como paciente involuntário não são

concluídos, a pessoa deve imediatamente receber alta depois de encerrada a emergência. Pacientes admitidos que não se enquadram nos critérios para admissão/tratamento involuntário depois de uma admissão de emergência, mas que ainda podem beneficiar-se do tratamento, devem ser considerados como usuários voluntários e somente devem ser tratados com seu consentimento informado.

Se uma pessoa é dispensada de admissão involuntária de emergência e não lhe é concedida admissão involuntária e/ou tratamento involuntário, seria impróprio aplicar novamente poderes de emergência para readmitir imediatamente a pessoa a menos que haja uma mudança substantiva na natureza da emergência exigindo o uso desses poderes de emergência. O propósito dessa cláusula é impedir o abuso de poderes de emergência para prolongar indefinidamente a admissão involuntária ou tratamento involuntário.

Membros da família e/ou representantes pessoais dos pacientes devem ser imediatamente informados sobre o uso de poderes de emergência. Os pacientes, suas famílias e/ou representantes pessoais devem ter o direito de apelar a um tribunal de saúde mental, junta de revisão e cortes judiciais contra tal admissão e tratamento de emergência.

Situações de emergência: 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 admissão 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 admissão e tratamento involuntários, se necessários, devem ser iniciados o mais cedo possível e concluídos dentro desse período.
- O tratamento de emergência não deve incluir:
 - neurolépticos de depósito
 - ECT (eletroconvulsoterapia)
 - esterilização
 - psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis.
- Procedimento para admissão e tratamento de emergência:
Um clínico qualificado deve examinar a pessoa e atestar que a natureza da emergência requer admissão e tratamento involuntários imediatos.
 - a) Um plano de tratamento deve ser elaborado sob a supervisão de um profissional médico ou de saúde mental.
 - b) Os procedimentos para admissão involuntária e/ou tratamento involuntário devem ser iniciados imediatamente caso se avalie que é provável que a pessoa necessite de atenção involuntária para além do prazo estipulado para tratamento de emergência.
 - c) É impróprio aplicar novamente poderes de emergência quando um paciente foi liberado após a conclusão do procedimento para admissão involuntária, a menos que haja uma mudança significativa na natureza da emergência.
 - d) Membros da família, representantes pessoais e/ou o representante legal devem ser imediatamente informados do uso de poderes de emergência.
 - e) Os pacientes, seus familiares e/ou representantes pessoais têm o direito de apelar a um tribunal de saúde mental e cortes judiciais contra a admissão e tratamento de emergência.

9. Requisitos de pessoal para a determinação de transtorno mental

Há um consenso internacional de que especialistas clinicamente qualificados devem basear sua avaliação de transtorno mental em evidências objetivas.

A legislação (ou regulamentações) deve:

- definir o nível de experiência e qualificações exigidas para determinar transtorno mental; e
- delinear os grupos profissionais autorizados a fazer isso.

9.1 Nível de qualificações

Deve haver um sistema de credenciamento pelo qual os clínicos participantes do processo de determinar transtorno mental sejam independentemente credenciados como dotados de competência demonstrável nessa tarefa. Esse credenciamento deve:

- ser codificado em lei;
- exigir que o profissional autorizado tenha alcançado um nível de competência estabelecido pela organização de profissionais ou órgão de certificação pertinentes;
- exigir que o profissional autorizado entenda a legislação de saúde mental pertinente.

Em países nos quais não é possível cumprir todas essas exigências, a lei deve estipular que seja instalado um processo para garantir que os clínicos que determinam quem tem transtornos mentais tenham competência para fazê-lo.

9.2 Grupos profissionais

A definição de qual grupo profissional pode fazer um julgamento sobre a presença ou ausência de um transtorno mental deve ser determinada internamente por cada país, e deve estar vinculada a questões de disponibilidade, acessibilidade, exequibilidade, formação e competência de vários grupos profissionais. Em alguns países desenvolvidos, somente um psiquiatra (médico com especialização em saúde mental e transtorno mental e certificado como tal) está qualificado para empreender essa atividade, ao passo que, em outros, clínicos gerais são considerados competentes. Os Princípios ASM nada dizem a esse respeito, observando apenas “em conformidade com padrões médicos internacionalmente aceitos”. Por outro lado, a Comissão Européia de Direitos Humanos concorda que a evidência médica pode originar-se antes de um clínico geral que de um psiquiatra (*Schuurs v. the Netherlands*, 1985).

Em muitos países de baixa renda com escassez de psiquiatras e clínicos gerais, pode ser apropriado designar outros clínicos de saúde mental, tais como psicólogos, assistentes sociais psiquiátricos e enfermeiros psiquiátricos, como competentes para diagnosticar transtornos mentais. Onde isto é permitido, a legislação (ou respectivas regulamentações) deve especificar claramente o nível de conhecimento, experiência e treinamento necessários para tal credenciamento.

Requisitos de pessoal para a determinação de transtornos mentais: Questões Centrais

- A legislação (ou regulamentações) deve caracterizar o seguinte:
 - definir o nível de experiência e qualificações exigidas para determinar se há transtorno mental;
 - descrever os grupos profissionais autorizados a fazer isso.
- Deve existir um sistema de credenciamento por meio do qual os clínicos envolvidos no processo de determinar o transtorno mental sejam reconhecidos como dotados de competência demonstrável nessa tarefa.
- A definição de qual grupo profissional pode fazer um julgamento sobre a presença ou ausência de transtorno mental deve ser feita no âmbito de cada país. Em países com escassez de psiquiatras e clínicos gerais, pode ser apropriado designar outros clínicos de saúde mental como competentes para determinar transtornos mentais. Onde isso é permitido, a legislação (ou respectivas regulamentações) deve especificar claramente o nível de conhecimento, experiência e formação necessários para tal credenciamento.

10. Tratamentos especiais

Os países podem decidir promulgar legislação para proteger as pessoas contra abusos do uso de certos tratamentos como procedimentos médicos e cirúrgicos especializados, ECT, psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis. Alguns países também podem precisar proibir especificamente certas intervenções se estas estiverem sendo injustificavelmente utilizadas como tratamentos para transtornos mentais. Um exemplo disso é a esterilização como tratamento para doença mental. Além disso, o mero fato de ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização ou aborto sem consentimento informado.

Princípios ASM: Esterilização

A esterilização nunca será efetuada como tratamento para doença mental.

(Princípio 11(12), Princípios ASM)

10.1 Principais procedimentos médicos e cirúrgicos

Princípios ASM: Procedimentos médicos ou cirúrgicos especiais

Um procedimento médico ou cirúrgico especial só pode ser efetuado em uma pessoa com doença mental onde isso for permitido por lei nacional, onde se considerar que isso atenderia melhor as necessidades de saúde do paciente e onde o paciente der consentimento informado, exceto que, onde o paciente for incapaz de dar consentimento informado, o procedimento só será autorizado após revisão independente.

(Princípio 11(13), Princípios ASM)

Procedimentos médicos ou cirúrgicos especiais em pacientes com transtornos mentais geralmente só devem ser executados após obter consentimento livre e informado. Os padrões éticos que presidem esses tratamentos devem aplicar-se tanto a pacientes que não de saúde mental como a pacientes de saúde mental. Se o paciente carece da capacidade para dar consentimento informado, a legislação somente pode permitir tais procedimentos sob circunstâncias excepcionais e com salvaguardas adequadas.

Procedimentos médicos e cirúrgicos podem ser permitidos sem consentimento se forem considerados vitais e se o atraso devido a espera pelo restabelecimento da capacidade do paciente de consentir colocar em risco a vida desse paciente. Em casos raros de doença mental ou retardamento mental profundo, onde é provável que a falta de capacidade do paciente para consentir seja permanente, intervenções médicas e cirúrgicas também podem ser necessárias sem consentimento. Nessas situações, o tratamento médico ou cirúrgico proposto pode ser autorizado por uma junta de revisão independente ou, em países onde a lei o permitir, um consentimento por procuração dado por um tutor, parente ou representante pessoal. Em outros casos, o tratamento médico e cirúrgico deve ser adiado até que o estado mental do paciente chegue a um ponto em que ele tenha a capacidade para tomar uma decisão de tratamento.

Onde o tratamento médico e cirúrgico de emergência é necessário para salvar a vida de um paciente ou prevenir deterioração irreparável em sua saúde física, uma pessoa com um transtorno mental deve ter o direito ao mesmo tratamento disponível para outras pessoas sem transtornos mentais que não sejam capazes de consentir, como, por exemplo pacientes inconscientes. Dessa forma, a legislação que rege o tratamento médico e cirúrgico de emergência dado sem consentimento a todas as pessoas deve cobrir também as pessoas com transtornos mentais. Os serviços médicos têm a responsabilidade de fornecer e justificar a conveniência de tal tratamento médico e cirúrgico de emergência.

10.2 Psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis

Princípios ASM: Psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis

A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para doença mental nunca serão efetuados em um paciente que é um paciente involuntário em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a lei nacional permitir que sejam efetuados, isso só poderá ser feito em outro paciente no caso em que o paciente tiver dado consentimento informado e uma junta externa independente estiver convencida de que há consentimento informado genuíno e que o tratamento atende melhor as necessidades de saúde do paciente.

(Princípio 11(14), Princípios ASM)

A realização de psicocirurgia e outros tratamentos de saúde mental irreversíveis geralmente não deve ser permitida em pessoas incapazes de dar consentimento informado. Devido à natureza irreversível de certos tratamentos, a legislação pode fornecer um nível adicional de proteção a pacientes que consentem tornando obrigatório que uma junta de revisão independente, ou salvaguarda semelhante, sancione o tratamento. A junta de revisão (ou outra estrutura de salvaguarda) deve entrevistar o paciente, certificar-se de que o paciente tem capacidade para dar, e de fato deu, consentimento informado, e rever a história e registros médicos/psiquiátricos do paciente. A junta de revisão/salvaguarda deve estar convencida de que o tratamento invasivo proposto é do melhor interesse do paciente. Os pacientes também devem estar cientes sobre todos os riscos, bem como efeitos de curto e longo prazo do tratamento proposto.

10.3 Eletroconvulsoterapia (ECT)

Embora uma controvérsia significativa cerque a eletroconvulsoterapia (ECT) e algumas pessoas acreditem que a mesma deva ser abolida, ela foi e continua a ser usada em muitos países para certos transtornos mentais. Caso a ECT seja utilizada, ela só deve ser administrada depois de se obter consentimento informado. Ela só deve ser administrada de forma modificada, i.é., com o uso de anestesia e relaxantes musculares. A prática de se utilizar a ECT inalterada deve ser interrompida.

Não há nenhuma indicação para o uso de ECT em menores e, conseqüentemente, ela deve ser proibida por legislação.

Tratamentos especiais: Questões Centrais

- A esterilização não é um tratamento para transtorno mental e ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização (ou aborto) sem consentimento informado.
- Os padrões éticos que regem os procedimentos médicos e cirúrgicos especiais que são aplicáveis a todos os pacientes também devem ser aplicados a pessoas com transtornos mentais.
- Os procedimentos médicos e cirúrgicos especiais somente devem ser executados com consentimento informado, exceto sob circunstâncias excepcionais. Nesses casos, o tratamento médico ou cirúrgico proposto deve ser autorizado como tratamento involuntário por uma junta de revisão independente ou por consentimento por procuração.
- Procedimentos médicos e cirúrgicos de emergência para pessoas com transtornos mentais devem ser aplicados da mesma maneira que para todos os pacientes que precisam de tal tratamento de emergência sem consentimento.
- A psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis não devem ser permitidos como tratamento involuntário e, como proteção adicional, todos esses tratamentos devem ser revistos e sancionados por uma junta de revisão independente.
- A ECT só deve ser administrada depois de obtido o consentimento informado. Deve-se utilizar a ECT modificada. A legislação deve proibir o uso de ECT em menores.

11. Isolamento e restrições

Os termos “isolamento” e “restrição” podem precisar ser definidos em legislação, já que é possível haver várias interpretações diferentes do que esses termos significam. Além disso, pode haver diferentes tipos de isolamento e restrição passíveis de serem aplicados em circunstâncias diferentes.

A legislação deve desencorajar o uso de restrições e isolamento nos estabelecimentos de saúde mental. Para facilitar isso, os países precisarão desenvolver sua infra-estrutura de saúde mental, já que muitas vezes é uma falta de recursos que impele o pessoal dos estabelecimentos a usar essas intervenções. Como proteção contra o abuso, a legislação pode definir as circunstâncias excepcionais em que esses procedimentos serão permitidos. As restrições e o isolamento podem ser permitidos quando forem os *únicos* meios disponíveis para prevenir que o paciente provoque dano imediato ou iminente a si ou aos outros, e nesse caso usados durante o período mais curto de tempo necessário. Esses meios somente podem ser autorizados por um clínico de saúde mental credenciado. Se usados, é preciso que haja um permanente contato ativo e pessoal com a pessoa submetida ao isolamento ou restrição, o que vai além da monitoração passiva. A legislação pode assegurar que as restrições e o isolamento sejam usados como último recurso, quando todos os outros métodos de evitar que o paciente inflija dano a si ou aos outros falharem. Em particular, a legislação deve proibir o uso de restrições e isolamento como forma de punição.

Princípios ASM: Isolamento e restrições

A restrição física ou isolamento involuntário de um paciente não serão empregados exceto em conformidade com os procedimentos oficialmente aprovados do estabelecimento de saúde mental e somente quando forem os únicos meios disponíveis para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Eles não serão prolongados para além do período estritamente necessário para esse fim. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, as razões para os mesmos e seu caráter e extensão serão registrados no prontuário médico do paciente. Um paciente restringido ou isolado será mantido sob condições humanitárias e estará sob o cuidado e supervisão próxima e regular dos integrantes qualificados do quadro de pessoal. Um representante pessoal, se existir e desde que pertinente, receberá pronta notificação de qualquer restrição física ou isolamento involuntário do paciente.

(Princípio 11(11), Princípios ASM)

Todos os episódios de restrição física e isolamento devem ser registrados em um prontuário que será colocado à disposição da junta de revisão para seu exame e identificação de estabelecimentos que podem estar abusando dessas intervenções. As informações podem incluir detalhes das circunstâncias que levaram à restrição e isolamento, a duração e o tratamento dado para propiciar um rápido encerramento da restrição ou isolamento.

Onde possível, deve haver uma exigência legislativa para informar imediatamente aos familiares e/ou representantes pessoais dos pacientes quando estes forem submetidos a procedimentos de isolamento ou restrição.

• Isolamento e restrições: Questões Centrais

- Isolamento e restrições podem ser permitidas por legislação quando forem os únicos meios disponíveis para prevenir dano e perigo imediato ou iminente ao paciente e aos outros.
- Isolamento e restrições devem ser usados durante o período mais curto de tempo (duração de minutos ou algumas horas).
- Um período de isolamento e restrição não deve ser imediatamente seguido de outro.
- É preciso que haja permanente contato ativo e pessoal com a pessoa submetida a isolamento e restrição, o que vai além da monitoração passiva.
- A legislação deve proibir o uso de isolamento e restrições como punição ou para a conveniência do quadro de pessoal.
- A legislação também deve promover a infra-estrutura e desenvolvimento de recursos para que o isolamento e restrições não sejam usados devido a tais deficiências.
- Procedimento para o uso excepcional do isolamento e restrições:
 - a) Eles devem ser autorizados por um clínico de saúde mental credenciado;
 - b) O estabelecimento de saúde mental deve ser credenciado como possuidor de instalações adequadas para empreender tais procedimentos com segurança;
 - c) As razões e duração do isolamento e restrições e o tratamento dado para garantir o rápido encerramento desses procedimentos devem ser registrados nos prontuários clínicos dos pacientes pelo profissional de saúde mental que autorizar esses procedimentos.
- Todo isolamento e restrições devem ser registrados em um prontuário que seja acessível a uma junta de revisão.
- Membros da família e/ou os representantes pessoais dos pacientes podem precisar ser imediatamente informados quando os pacientes forem submetidos a isolamento ou restrição.

12. Pesquisa clínica e experimental

PIDCP: Pesquisa clínica e experimental

Ninguém será submetido a tortura ou a tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante. Em particular, ninguém será submetido sem seu livre consentimento a experimentação médica ou científica.

(Artigo 7, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP))

O Artigo 7 do PIDCP (1966) proíbe a pesquisa clínica e experimental sem consentimento informado. O Artigo 7 é uma parte importante do PIDCP e foi concebido como um disposição de caráter irrevogável; ele não pode nunca ser limitado mesmo sob condições de emergência nacional. A Comissão de Direitos Humanos da ONU deixou claro que o “Artigo 7 (do PIDCP) não admite que nenhuma limitação... nenhuma justificação ou circunstâncias atenuantes possam ser invocadas para desculpar uma violação do Artigo 7 por qualquer razão”. Dessa forma, o Artigo 7 proíbe pesquisa sobre sujeitos que careçam de capacidade para consentir.

Por outro lado, o Princípio 11 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”.

As *Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos*, preparadas pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS, 2002), permite a pesquisa biomédica com consentimento por procuração, ou consentimento de representante devidamente autorizado, em indivíduos incapazes de dar consentimento informado. Onde o consentimento informado não puder ser obtido, um comitê de revisão de ética deverá aprovar a permissão (Diretriz 4). A Diretriz 15 das diretrizes do CIOMS (2002) define especificamente os critérios a serem preenchidos ao realizar pesquisa envolvendo pessoas com transtornos mentais (ver box abaixo).

Diretrizes do CIOMS: Pesquisa

Pesquisas envolvendo indivíduos que devido a transtornos mentais ou comportamentais não são capazes de dar consentimento adequadamente informado

Antes de empreender pesquisa envolvendo indivíduos que devido a transtornos mentais ou comportamentais não são capazes de dar consentimento adequadamente informado, o investigador deve certificar-se de que:

- tais pessoas não serão objetos de pesquisa que poderia ser igualmente realizada em pessoas cuja capacidade para dar consentimento adequadamente informado não esteja prejudicada;
- o propósito da pesquisa é obter conhecimento pertinente às necessidades particulares de saúde de pessoas com transtornos mentais ou comportamentais;
- o consentimento de cada sujeito foi obtido na medida das capacidades dessa pessoa, e a recusa de um sujeito potencial em participar de pesquisa seja sempre respeitada, a menos que, em circunstâncias excepcionais, não haja nenhuma alternativa médica razoável e a lei local permita cancelar a objeção; e
- em casos em que potenciais objetos de pesquisa careçam da capacidade de consentir, a permissão seja obtida de um membro da família responsável ou um representante legalmente autorizado conforme a lei aplicável.

(Diretriz 15, Pesquisa envolvendo pessoas com transtornos mentais e comportamentais, Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos, 2002)

Os Princípios ASM e Diretrizes do CIOMS, portanto, permitem a pesquisa com pessoas que carecem da capacidade necessária para consentir se: i) a pesquisa for necessária para promover a saúde da população representada; ii) essa pesquisa não puder ser executada em pessoas que têm a capacidade para consentir; e iii) forem adotadas salvaguardas adequadas nos procedimentos.

Tem-se argumentado que embora o PIDCP seja legalmente obrigatório a governos que o ratificaram, ao passo que isso não acontece com as Diretrizes do CIOMS e os Princípios ASM, em certas circunstâncias pode ser vantajoso para pessoas afetadas por determinadas condições permitir pesquisa ou experimentação sem consentimento, desde que isso envolva risco mínimo de danos à pessoa; por exemplo, as pessoas com condições (sejam atuais ou de provável ocorrência no futuro) onde *todos* os afetados são incapazes, devido a sua condição, de dar consentimento informado. Em tais circunstâncias, a consequência de não se realizar pesquisa com esse grupo pode ser uma probabilidade reduzida de descobrir tratamentos ou intervenções que poderiam curar ou prevenir a condição.

Se os países decidirem de fato legislar em favor da pesquisa ou experimentação em pessoas incapazes de dar consentimento informado, as diretrizes do CIOMS devem ser cuidadosamente seguidas.

Pesquisa clínica e experimental: Questões Centrais

- O consentimento informado para participação em pesquisa clínica ou experimental deve ser obtido de todos os pacientes que tenham capacidade para consentir. Isto se aplica a pacientes voluntários e involuntários.

Em países onde é permitida a pesquisa clínica e experimental com pacientes incapazes de consentir, a legislação deve incluir as seguintes salvaguardas:

1. Quando os pacientes carecerem da capacidade necessária para dar consentimento informado, eles podem participar em pesquisa clínica e experimental desde que o consentimento por procuração seja obtido de tutores legalmente designados e/ou membros da família e/ou representantes pessoais, ou mediante consentimento de uma junta de revisão independente constituída para esse propósito.
2. A participação de pacientes que carecem da capacidade necessária para consentir, mediante obtenção de consentimento por procuradores ou uma junta de revisão independente, só deverá ser considerada quando:
 - a) essa pesquisa não puder ser executada em pacientes capazes de dar consentimento;
 - b) a pesquisa for necessária para promover a saúde do paciente individual e da população representada;
 - c) forem adotadas salvaguardas adequadas nos procedimentos.

13. Mecanismos de fiscalização e revisão

A mais moderna legislação de saúde mental contém salvaguardas estatutárias dispendo sobre a criação de entidades de revisão para proteger os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Tais entidades são classificadas em duas categorias amplas: (i) a fiscalização e revisão dos processos relativos a pessoas involuntariamente admitidas/tratadas; e (ii) fiscalização e revisão do bem-estar das pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental. A primeira é uma função judicial ou semijudicial. A segunda, embora possa ser prevista em lei, e as penalidades por não cumprir suas instruções possam ser aplicadas em certos casos, não opera como um “tribunal” capaz de impor restrições à liberdade dos indivíduos ou determinar que os pacientes involuntários recebam alta, por exemplo. Em muitos países essas duas entidades são completamente independentes entre si, seus membros possuem especializações diferentes e poderes e funções exclusivos; entretanto, em outros países, a legislação pode determinar que uma entidade realize a totalidade das funções.

Quer sejam instituídas uma ou duas entidades, a independência é crucial. Todas as entidades de revisão devem tomar decisões exclusivamente com base nos méritos da situação a elas apresentada e não devem ser influenciadas por pressões políticas ou ministeriais ou por fornecedores de serviços de saúde.

A legislação deve dispor sobre a composição, poderes e recursos dessas entidades autorizadas. É necessário também decidir entre ter uma entidade de jurisdição nacional ou várias unidades de revisão funcionando aos níveis locais, distritais ou regionais com base nas fronteiras administrativas existentes.

13.1 Fiscalização judicial ou semijudicial de admissão/tratamento involuntário e outras restrições de direitos

A maioria dos países emprega uma autoridade independente como uma junta de revisão, corte judicial ou tribunal para sancionar a admissão e tratamento involuntários com base em especializações médicas/psiquiátricas/profissionais. Esta é uma função importante uma vez que, não obstante o profissional de saúde encarregado decidir se uma pessoa satisfaz ou não os critérios para admissão/tratamento involuntário, geralmente é prerrogativa de uma autoridade judicial ou semijudicial determinar se as pessoas podem ser admitidas/tratadas contra a sua vontade. Em muitas jurisdições, os tribunais são a opção preferida para desempenhar essa função devido a sua fácil acessibilidade e inequívoco status legal. Entretanto, a posição dos tribunais em vários países tem sido questionada, já que alguns se tornaram um mero “carimbo de borracha” para a decisão médica. Os juízes ou magistrados muitas vezes tomam suas decisões na ausência do paciente, de seus representantes ou testemunhas, e confirmam a recomendação médica sem aplicar ao processo júízo e análise independentes.

Uma alternativa a um procedimento de tribunal é o estabelecimento de um organismo independente e imparcial de tipo tribunal com uma função judicial. Essa entidade é estabelecida por lei para determinar matérias em sua esfera de competência e tomar decisões obrigatórias em tais matérias. Em certos países, acredita-se que o fato de ser especificamente estabelecido para essa finalidade, e ser constituído por membros especializados especialmente selecionados, torna essa entidade mais competente para a finalidade do que um tribunal.

As funções exatas desse corpo judicial ou semijudicial com respeito à admissão e tratamento involuntários tendem a variar de país para país e podem, em algumas jurisdições, antes complementar do que substituir o papel do tribunal. Entretanto, os seguintes papéis são importantes para tal entidade:

Avaliar cada admissão/tratamento involuntário – Muitos marcos legislativos são categóricos no sentido de que todo caso recomendando uma pessoa para admissão/tratamento involuntário deve ser apresentado a uma junta de revisão. As pessoas envolvidas devem ser representadas por um advogado e ter a oportunidade de declarar sua posição. Estas pessoas, bem como as autoridades que buscam a admissão/tratamento involuntário, devem convocar testemunhas conforme exigido. A junta de revisão tem poder para endossar ou rejeitar, depois de cuidadosa consideração, qualquer detenção/tratamento involuntário.

Tem-se argumentado que em países com menos recursos pode não ser possível a uma junta de revisão considerar cada caso na presença física da pessoa, e que uma “revisão no papel” pode ser administrada para alguns casos mais diretos. Entretanto, a junta de revisão administraria audiências para os casos mais litigiosos ou onde houvesse uma razão particular para realizar uma audiência completa.

Acolher apelações contra admissão involuntária e/ou tratamento involuntário encaminhadas por pacientes, familiares e/ou representantes pessoais. Como um direito humano básico, mesmo em países com menos recursos, todos os pacientes devem ser informados de seu direito de apelar, e todas as apelações devem ser ouvidas dentro de prazos razoáveis (ver o Anexo 8 para exemplo de um formulário de apelação). A junta de revisão deve ter o direito de reverter decisões de admissão e tratamento involuntários que lhe forem trazidas em apelação.

Rever os casos de pacientes admitidos em uma base involuntária (e pacientes voluntários de longo prazo) a intervalos periódicos para assegurar que os pacientes não sejam mantidos em hospital por mais tempo do que o necessário para sua proteção e tratamento. As juntas de revisão também podem ser dotadas de poder para dar alta a um paciente se julgarem que o paciente está injustamente retido.

Monitorar regularmente pacientes que estão recebendo tratamentos contra sua vontade. Exceto em situações de emergência, a junta de revisão deve implementar um procedimento para autorizar ou desaprovar a continuidade de tratamento de pacientes involuntários sem seu consentimento. A junta de revisão também deve monitorar o tratamento involuntário dado na comunidade (por exemplo, ordens de supervisão e tratamento comunitários).

Autorizar ou proibir tratamentos invasivos e irreversíveis como todos os casos de psicocirurgia voluntária e eletroconvulsoterapia (ECT). Uma junta de revisão pode proteger os pacientes de tratamentos desnecessários, mas também sancioná-los após a devida consideração dos méritos.

Onde as jurisdições incluírem pacientes não protestadores, a junta de revisão também será demandada a desempenhar a maioria das funções acima com esse grupo de pacientes.

Será permitido que as apelações contra as decisões de uma junta de revisão sejam encaminhadas diretamente para os tribunais.

13.1.1 Composição

Os países determinarão a composição e número de representantes da entidade semijudicial com base nas funções a ela atribuídas e na disponibilidade de recursos humanos e financeiros. No entanto, dadas as considerações legais e de saúde com que uma entidade semijudicial deve lidar, provavelmente é aconselhável que seja designado pelo menos um profissional jurídico e um profissional de saúde experientes. Além disso, pelo menos uma pessoa “não profissional” pode precisar estar representada para refletir uma perspectiva “comunitária”. Em vista da gravidade das decisões que a entidade estará tomando, também parece apropriada a presença de indivíduos respeitados por sua “sabedoria”.

Exemplo: Composição da junta de revisão

Em Nova Gales do Sul (Austrália) os membros do Tribunal de Revisão de Saúde Mental serão designados dentre:

- a) causídicos e procuradores;
- b) psiquiatras;
- c) pessoas que, na opinião do Governador, tenham outras qualificações ou experiência convenientes, incluindo pelo menos uma pessoa selecionada de um grupo de pessoas indicadas por organizações de consumidores.

(Lei de Saúde Mental de Nova Gales do Sul, 1990)

13.2 Entidade de regulamentação e fiscalização

É necessária uma série de tarefas de fiscalização e controle para promover os direitos humanos entre pessoas com transtorno mental. Essas tarefas podem incluir as seguintes:

Conduzir inspeções regulares em estabelecimentos de saúde mental – A entidade independente pode empreender inspeções regulares em todos os estabelecimentos de saúde mental a intervalos periódicos, e realizar visitas adicionais, conforme se julgar necessário, sem notificação prévia (o grupo às vezes é chamado de conselho de visitantes). Durante tais visitas, o grupo deve ter acesso irrestrito a todas as partes do estabelecimento de saúde e aos registros médicos dos pacientes, bem como o direito de entrevistar em reservado qualquer paciente no estabelecimento. Durante tais visitas, os representantes precisam inspecionar a qualidade das instalações bem como a documentação nos registros médicos e também entrevistar pessoalmente pacientes voluntários e involuntários admitidos ao estabelecimento. Essas visitas proporcionam à junta de revisão e seus representantes os meios necessários para satisfazer os requisitos de que as pessoas no estabelecimento estejam recebendo o tratamento e atenção de que necessitam, que seus direitos humanos não estejam sendo violados e que os estabelecimentos de saúde mental estejam implementando as salvaguardas contidas na legislação de saúde mental. A legislação deve estabelecer os procedimentos a serem seguidos e as penalidades para caso de constatação de violações.

Receber e revisar periodicamente exemplares de relatórios de incidentes incomuns e registros de óbitos emitidos por estabelecimentos de saúde mental para permitir a revisão de práticas institucionais.

Orientação para minimizar tratamentos invasivos, tais como isolamento e restrição – A junta de revisão deve estabelecer diretrizes para autorizar tais procedimentos e assegurar que as diretrizes sejam seguidas. Essa proteção deve estar disponível tanto a pacientes involuntários como a pacientes voluntários.

Manter estatísticas sobre, por exemplo, a porcentagem de pacientes admitidos e tratados involuntariamente, a duração da admissão involuntária e tratamentos involuntários, o uso

de tratamentos invasivos e irreversíveis, isolamento e restrições, comorbidades físicas (especialmente epidemias que podem ser indicativas de más condições higiênicas ou nutricionais na instituição), suicídio e mortes naturais ou acidentais.

Manter registros de estabelecimentos e profissionais credenciados para admissão e tratamento de pessoas com transtornos mentais e definir e aplicar padrões mínimos necessários para esse credenciamento.

Informar diretamente o(s) ministro(s) pertinentes do governo com responsabilidade pela legislação de saúde mental.

Fazer recomendações ao(s) ministro(s) com respeito a melhorias necessárias, seja por meio de emendas à legislação ou ao código de condutas.

Publicar os resultados em uma base regular conforme especificado pela legislação.

13.2.1 Composição

Para fornecer proteção eficaz, uma composição mínima pode incluir profissionais (das áreas, por exemplo, de saúde mental, direito, assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando famílias de pessoas com transtornos mentais, defensores de direitos humanos e leigos. Em certos países, pode ser apropriado que as autoridades religiosas também estejam representadas. Mulheres e grupos de minoria devem ter representação adequada. O número de pessoas atuando na entidade de fiscalização e regulamentações e a amplitude da representação dependerão em grande parte dos recursos disponíveis. Em uma abordagem combinada, será preciso harmonizar a representação adequada tanto da entidade semijudicial como da de controle e fiscalização.

13.2.2 Poderes adicionais

As entidades de revisão de saúde mental devem ter poderes estatutários para obrigar o cumprimento das disposições da legislação de saúde mental. Além dos acima descritos esses poderes podem incluir:

- concessão de credenciamento para profissionais e estabelecimentos de saúde mental (embora o credenciamento profissional possa ficar alternativamente com conselhos profissionais estatutários);
- o poder para cancelar credenciamento de estabelecimentos e profissionais por não cumprimento da legislação;
- o poder para impor penalidades administrativas e financeiras por violações de normas legislativas; e
- o poder para fechar instalações que persistentemente violam direitos humanos de pessoas com transtornos mentais.

13.3 Reclamações e reparações

Os pacientes e também seus familiares e representantes pessoais devem ter o direito de se queixar sobre qualquer aspecto da atenção e tratamento fornecidos por serviços de saúde mental.

Para garantir a proteção dos direitos dos usuários e ao mesmo tempo ser justo com os fornecedores de serviços, o procedimento de queixas deve estar baseado em um conjunto de princípios norteadores. Esses princípios podem diferir de uma situação para a seguinte, mas alguns dos valores mais importantes são:

- maior franqueza e transparência nas reuniões
- melhoria da qualidade
- imparcialidade
- acessibilidade
- agilidade e responsabilidade
- cortesia
- prestação de contas
- confidencialidade
- intercessão independente
- atenção e tratamento humanitários
- processo transparente.

A legislação deve definir o procedimento para apresentação, investigação e resolução de reclamações. Um procedimento eficaz de reclamações deve ser redigido em linguagem simples e ser exibido de forma patente para que os usuários da atenção à saúde mental ou seus familiares sejam informados de sua relevância, aplicabilidade e como e para onde encaminhar uma reclamação. O procedimento deve definir o prazo a partir da ocorrência do incidente no qual a reclamação pode ser feita e especificar um período máximo no qual a reclamação deve ser respondida, por quem e como. No caso de um usuário que não esteja satisfeito com o resultado de uma queixa, o procedimento de reclamações também deve especificar a instância próxima ou superior à qual se pode encaminhar a matéria. Uma reclamação inicial, em termos ideais, deve ser inicialmente feita ao estabelecimento de saúde e, se não resolvida, à entidade de fiscalização.

Pode ser apropriado designar uma pessoa independente (ombudsperson) com autoridade para receber e investigar reclamações contra os serviços de saúde mental. Se designada, essa pessoa deve encaminhar um relatório de investigações – com recomendações para ação – à entidade de fiscalização para as devidas medidas e, se necessário, penalidades. A junta de revisão deve instaurar um procedimento para evitar retaliação contra pacientes responsáveis por reclamações.

13.4 Salvaguardas processuais

Os pacientes devem ter o direito de escolher e designar um representante pessoal e/ou procurador legal para representá-los em qualquer procedimento de apelação ou

reclamação. Os pacientes também devem ter acesso aos serviços de um intérprete, caso necessário. O Estado deve pagar pelos serviços de tal advogado e/ou intérprete para pacientes que não dispõem dos meios financeiros para pagar pelos mesmos.

Os pacientes (e seus advogados) devem ter o direito de acesso a cópias de seus registros médicos e a quaisquer outros relatórios e documentos pertinentes durante o procedimento de reclamações ou apelações. Também devem ter o direito de solicitar e apresentar um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios pertinentes, bem como evidência oral, escrita ou outras evidências durante o procedimento de reclamações ou apelações. Os pacientes e seus advogados também devem ter o direito de solicitar que uma determinada pessoa esteja presente a um procedimento de reclamações ou apelações, se sua presença for julgada pertinente e necessária.

Os pacientes e seus advogados devem ter o direito de assistir e participar de todas as audiências de reclamações e apelações. As decisões decorrentes das audiências devem ser expressas por escrito e cópias das mesmas devem ser entregues aos pacientes e seus advogados. Ao dar publicidade a decisões das audiências de reclamações ou apelações, deve ser dada a devida consideração ao respeito à privacidade do paciente e demais pessoas, e à necessidade de prevenir dano sério à saúde do paciente ou riscos a segurança de outros. Os pacientes e seus advogados devem ter o direito à revisão judicial de tais decisões.

Juntas de revisão: Questões Centrais

Uma junta (ou entidades) de revisão independente deve(m) ser instalada(s) para proteger os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Os países podem ter entidades distintas para tratar de questões semijudiciais e outras questões de controle e fiscalização ou uma estrutura mista.

- As funções da entidade semijudicial com relação à admissão/tratamento involuntário ou outros pacientes admitidos ou recebendo tratamento sem consentimento devem incluir a avaliação de cada admissão/tratamento involuntário, cuidar de apelações, rever a intervalos periódicos casos de pacientes admitidos em uma base involuntária, monitorar regularmente pacientes que recebem tratamentos contra sua vontade, e autorizar ou proibir casos de tratamentos invasivos e irreversíveis.
- As funções de uma entidade de controle e fiscalização podem incluir a administração de inspeção regular de estabelecimentos de saúde mental; monitoração regular da saúde e bem-estar dos pacientes; fornecer orientação para minimizar tratamentos invasivos; manter registros e estatísticas; manter prontuários de estabelecimentos e profissionais credenciados; publicar relatórios; e fazer recomendações diretamente ao ministro pertinente com relação a seus resultados.

- A composição das entidades de revisão dependerá das funções atribuídas e da opção por duas entidades distintas ou uma única entidade. Uma entidade semijudicial pode ser constituída de pelo menos um profissional jurídico e um clínico de saúde, bem como de um representante comunitário apropriado. Uma entidade de controle de sanção pode incluir profissionais (saúde mental, direito, assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando as famílias das pessoas com transtornos mentais, defensores de direitos e leigos.
- A entidade de revisão de saúde mental deve ter poderes estatutários para aplicar o cumprimento das disposições da legislação de saúde mental.
- Deve-se permitir que as apelações contra as decisões de uma junta de revisão sejam feitas diretamente aos tribunais.
- Os pacientes e também os membros de suas famílias, representantes pessoais e defensores de direitos devem ter o direito de se queixar à junta de revisão sobre qualquer aspecto da atenção e tratamento fornecidos por serviços de saúde mental.
- A legislação deve definir o procedimento para apresentação, investigação e resolução de reclamações.
- Os pacientes devem ter o direito de escolher e designar um representante pessoal e/ou um procurador legal para representá-los em qualquer procedimento de apelações ou reclamações. Eles também devem ter o direito de acesso a cópias de seus registros e assistir e participar de audiências.

14. Responsabilidades policiais com respeito a pessoas com transtornos mentais

A legislação pode ajudar a garantir um papel construtivo e útil para a polícia com respeito a pessoas com transtornos mentais.

14.1 Poderes da polícia

A polícia tem a responsabilidade imediata de manter a ordem pública. Ao mesmo tempo, também tem o dever de proteger e respeitar os direitos de pessoas que são vulneráveis por causa de um transtorno mental e de agir de uma maneira atenciosa e compassiva. A legislação frequentemente exige que a polícia intervenha em situações onde o comportamento de pessoas com transtornos mentais representa um perigo para si mesmas ou para o público. Exemplos de tais situações incluem as seguintes:

- Entrar em propriedades particulares, deter uma pessoa e levá-la para um lugar de segurança quando houver justificativas razoáveis para suspeitar que a pessoa

representa um perigo para si ou para os outros. Nesse caso, a polícia deve obter um mandado antes de entrar nos imóveis. Em uma emergência onde a saúde e segurança do indivíduo e/ou daqueles ao seu redor estarão em risco a menos que uma ação imediata seja empreendida, a legislação pode estipular que a polícia atue sem um mandado.

- Levar uma pessoa sujeita a admissão involuntária para um estabelecimento de saúde mental designado. Isto se aplicaria, por exemplo, a uma pessoa que precisa ser levada para um estabelecimento de saúde mental após avaliação, por um profissional de saúde mental em uma sala de emergência de hospital, de que a pessoa requer admissão involuntária. Outro exemplo é uma pessoa em liberdade condicional que não observa as condições da liberdade e se torna passível de remoção a um estabelecimento de saúde mental.
- Levar um paciente involuntário, ausente de um estabelecimento de saúde mental sem permissão, de volta a esse estabelecimento.

14.2 Respostas a pedidos de ajuda

Em situações de emergência, os familiares ou atendentes às vezes testemunham e/ou são surpreendidos por comportamento altamente agressivo ou descontrolado. A legislação deve permitir a eles a possibilidade de alertar a polícia sobre a situação de forma que a polícia possa intervir caso necessário. Em tal situação, a polícia deve ter arbítrio para decidir se há ou não perigo imediato e iminente, e se a pessoa pode estar agindo dessa maneira devido a um transtorno mental. Nessas situações, a polícia ou pessoal de emergência deve também dispor de acesso rápido a um serviço profissional de saúde mental para aconselhamento.

Profissionais de saúde ou outros que trabalham em estabelecimentos de saúde também podem, em certas circunstâncias, precisar da ajuda da polícia. Nessas situações a polícia não teria arbítrio para avaliar se a pessoa tem ou não um transtorno mental.

14.3 Proteções para pessoas com transtornos mentais

A legislação pode impor restrições às atividades da polícia para assegurar proteção contra apreensão e detenção ilegal de pessoas com transtornos mentais. Entre essas restrições se incluem as seguintes:

14.3.1 Lugar de segurança

Se uma pessoa é detida pela polícia por causar desordem pública que se suspeita estar relacionada à saúde mental dessa pessoa, os poderes policiais podem restringir-se a levar a pessoa para um lugar de segurança para uma avaliação da condição dessa pessoa por um clínico de saúde mental qualificado. Entretanto, se a pessoa é um paciente psiquiátrico conhecido e não parece precisar de tratamento e atenção, a polícia pode simplesmente levar a pessoa de volta para casa.

Um “lugar de segurança” pode incluir um estabelecimento de saúde mental designado, um local privado (por exemplo, o consultório de um psiquiatra) ou outro local seguro. A polícia não tem autoridade legal para deter a pessoa em um estabelecimento carcerário (ou sob custódia) nessas circunstâncias. Entretanto, onde é impossível levar imediatamente a pessoa para um lugar de segurança, como pode ocorrer em alguns países em desenvolvimento, a legislação deve determinar um prazo curto no qual a polícia pode reter a custódia de uma pessoa suspeita de ter um transtorno mental. Uma vez que a polícia tenha levado a pessoa para o lugar de segurança para avaliação, considera-se que a pessoa não está mais sob custódia policial e ela não pode ser posteriormente detida. Podem ocorrer problemas com poderes policiais desse tipo se o lugar de segurança não puder ou não quiser aceitar a pessoa para avaliação (por exemplo, porque o lugar de segurança não dispõe de pessoal adequado disponível para realizar a avaliação ou não dispõe de espaço para acomodar a pessoa). Evidentemente, tais situações indicam a necessidade do setor de saúde fornecer recursos suficientes para os serviços de saúde mental (ver Capítulo 2, subseção 4.1)

Se uma pessoa foi detida por um ato criminoso e a polícia tem uma suspeita razoável de que a pessoa sofre de um transtorno mental, essa pessoa deve ser levada para um lugar de segurança para avaliação por um profissional de saúde mental. Em situações nas quais uma pessoa representa um perigo para si mesma ou para os outros, ela deve ser levada para um estabelecimento seguro de saúde mental para avaliação. Após a avaliação, se nenhum transtorno mental for detectado, a polícia terá o poder para levar a pessoa de volta para detenção ou custódia, se apropriado.

14.3.2 Opções de tratamento

Após a avaliação de saúde mental, caso se julgue que a pessoa requer tratamento, ela deve ter a oportunidade de ingressar em um programa (como paciente por internação ou ambulatorial, conforme apropriado). Todas as implicações de sua condição devem ser explicadas ao paciente, bem como as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento. Se a pessoa recusar admissão/tratamento, ela deve receber alta a menos que sejam atendidos os critérios para admissão/tratamento involuntário (descritos acima) – em cujo caso devem ser adotados os processos pertinentes. Quer a pessoa tenha sido trazida pela polícia, um membro da família ou outra pessoa qualquer, devem ser observados os procedimentos requeridos para admissão e tratamento involuntários (ver subseção 8.3 acima).

14.3.3 Período de detenção

O período para reter uma pessoa para avaliação não deve ser excessivo. A legislação pode ordenar procedimentos exigindo uma avaliação dentro de um período de tempo especificado (por exemplo, de 24 a 72 horas). Se a avaliação não ocorrer até o fim desse período, a pessoa deve ser liberada.

14.3.4 Pronta notificação

A polícia deve prontamente informar as pessoas detidas sob sua custódia, e antes que elas sejam enviadas para avaliação, o motivo por que estão sendo detidas e o que estará acontecendo a elas. Sob certas circunstâncias, um membro da família ou outro representante designado também pode ser notificado de tal detenção, com consentimento do detido.

14.3.5 Revisão de registros

Os registros de todos os incidentes nos quais uma pessoa foi detida sob suspeita de transtorno mental podem ser passados para uma junta de revisão ou autoridade de monitoração independente (ver seção 13 acima).

Responsabilidades e deveres da polícia: Questões Centrais

Existem várias situações em que a polícia terá motivo para interagir com pessoas com transtornos mentais e serviços de saúde mental. Em cada caso, a polícia tem o dever de respeitar e proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, e agir de maneira atenciosa e compassiva.

- a) *Em locais públicos* – Se a polícia tiver justificativas razoáveis para suspeitar de transtorno mental em uma pessoa detida por causar desordem pública, a lei pode exigir que a polícia leve a pessoa para um lugar de segurança para avaliação por um profissional de saúde mental. A avaliação deve ser concluída de maneira expedita (por exemplo, no prazo de 24 a 72 horas a partir da detenção inicial).
- b) *Em propriedades particulares* – A polícia deve obter um mandado emitido por um tribunal para entrar em propriedades particulares e deter uma pessoa afetada por transtorno mental grave que provavelmente causará dano significativo a si mesma ou aos outros. Um membro da família ou uma autoridade independente como um assistente social podem solicitar um mandado do tribunal. As pessoas detidas desse modo devem ser imediatamente levadas para um lugar de segurança para avaliação por um profissional de saúde mental. A avaliação deve ser concluída de maneira expedita (por exemplo, dentro de 24 a 72 horas a partir da detenção inicial). A polícia pode precisar contornar a exigência de mandado em circunstâncias muito urgentes onde haja perigo iminente e seja necessária ação policial imediata.
- c) *Pessoas detidas por atos criminosos e sob custódia policial* – Se a polícia tiver justificativas razoáveis para suspeitar que uma pessoa detida por atos criminosos tem um transtorno mental, a legislação pode exigir que a polícia leve tal pessoa para um lugar de segurança para avaliação por um profissional de saúde mental. Nesse caso, a polícia continuaria a ter o poder para deter tal pessoa depois de sua remoção para um lugar de segurança.

- d) *Pessoas admitidas involuntariamente a um estabelecimento de saúde mental* – A polícia tem o dever de levar para um estabelecimento de saúde mental designado qualquer pessoa que tenha sido admitida involuntariamente a um estabelecimento de saúde mental mediante o devido processo legal. Por exemplo, uma pessoa sobre a qual se constatou necessitar de admissão involuntária depois da avaliação por um profissional de saúde mental em um sala de emergência de hospital, ou uma pessoa necessitada de admissão involuntária a um estabelecimento de saúde mental devido a mesma não cumprir exigências de liberdade condicional.
- e) *Pessoas admitidas involuntariamente que estão ausentes sem licença de um estabelecimento de saúde mental* – A polícia tem o dever de encontrar e devolver tais pessoas ao estabelecimento de saúde mental de onde elas estiveram ausentes sem licença.

15. Disposições legislativas quanto a infratores mentalmente enfermos

Disposições legislativas relativas a infratores mentalmente doentes são uma área altamente complexa que abrange os sistemas de justiça criminal e de saúde mental forense. São amplas as variações na política e na prática conforme os países e a saúde mental forense muitas vezes faz parte mais do código criminal (ou procedimento criminal) do que da lei de saúde mental.

O sistema de justiça criminal é encarregado de proteger o público, punir criminosos e administrar as leis de uma maneira justa e imparcial. A polícia, os promotores e os tribunais devem se pautar de modo a proteger os direitos não só das vítimas de crimes mas também de populações particularmente vulneráveis, dentre as quais as pessoas com transtornos mentais. Uma meta importante do sistema de justiça criminal deve ser assegurar que ninguém com um transtorno mental seja imprópriamente mantido sob custódia policial ou numa prisão. No momento, essa meta não é alcançada com muita frequência. Demasiadas pessoas com transtornos mentais são processadas e presas, frequentemente por delitos relativamente secundários. Existe uma crescente preocupação mundial com pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões, em lugar de serem atendidas em estabelecimentos de saúde mental. Em alguns países, há tantos indivíduos com esquizofrenia nas prisões quanto os existentes em todos os hospitais (Torrey, 1995).

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador. Além disso, alguns países não dispõem de tradições jurídicas que promovam o tratamento (ao invés de castigo) para infratores com transtorno mental.

Prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. Onde os estabelecimentos correcionais enfatizam a reabilitação, os programas costumam ser inadequadamente equipados para ajudar as pessoas com transtornos mentais. Infelizmente, em vários países as prisões se tornaram hospitais mentais *de facto*. Os prisioneiros com graves transtornos mentais são freqüentemente vitimados, de modo intencional ou involuntário.

A legislação de saúde mental pode ajudar a prevenir e reverter essa tendência desviando as pessoas com transtornos mentais do sistema de justiça criminal para o sistema de atenção à saúde mental. A legislação deve permitir esse redirecionamento em todas as fases dos procedimentos criminais – do momento em que a pessoa é presa e detida pela polícia, passando pelas investigações e procedimentos criminais, e até depois que a pessoa começou a cumprir pena por uma infração criminal.

A legislação pode desempenhar um papel importante em várias etapas dos procedimentos criminais. Conforme anteriormente mencionado (seção 14), onde “crimes” secundários como perturbação da ordem pública são cometidos por pessoas suspeitas de ter um transtorno mental, é preferível que a polícia encaminhe imediatamente essas pessoas para centros de tratamento em lugar de submetê-los a procedimentos criminais.

As leis que regem os infratores mentalmente doentes – que em geral mais fazem parte da legislação do procedimento criminal do que da legislação de saúde mental – variam consideravelmente entre os países. A seção seguinte, portanto, deve ser lida em estreita conjunção com processos legais existentes no país, e ser adaptada e adotada em conformidade com esses processos. O que nunca varia, porém, é o princípio de que as pessoas com transtornos mentais devem estar em instalações apropriadas onde se disponha do tratamento adequado.

Os itens seguintes são os diferentes “estágios” nas quais uma pessoa detida pode ser desviada para admissão e tratamento de saúde mental conforme encontradas em diferentes estatutos legislativos.

- Estágio pré-julgamento
- Estágio do julgamento
- Estágio pós-julgamento (sentenciamento)
- Estágio pós-sentenciamento (cumprimento de sentença em prisão)

Conforme mencionado, nem todas esses estágios existem em todos os países e há variações entre eles. Os países devem adotar o que for mais adequado a suas circunstâncias.

15.1 Os estágios pré-julgamento no sistema da justiça criminal

15.1.1 A decisão de processar

Na maioria dos países, a polícia e/ou os promotores decidem processar ou não uma pessoa por um determinado delito. A legislação ou regulamentos administrativos podem especificar critérios para tomar decisões sobre se – ou em que circunstâncias – uma pessoa com transtorno mental será processada ou encaminhada para o sistema de saúde mental. Esses critérios devem criar um pressuposto contra o processo judicial e a favor do tratamento. Os fatores seguintes devem ser levados em conta:

- a gravidade do delito;
- se a pessoa esteve anteriormente sob tratamento psiquiátrico e por quanto tempo; por exemplo, se uma pessoa tiver um transtorno mental tratável, os promotores podem decidir que a continuidade do tratamento é preferível ao processo judicial;
- o estado mental da pessoa no momento do delito;
- o estado mental atual da pessoa;
- a probabilidade de dano para a saúde mental da pessoa em resultado do processo judicial;
- o interesse da comunidade em mover o processo (i.é., o risco colocado pela pessoa à comunidade).

Ao se antecipar ao processo em favor do tratamento voluntário para pessoas com transtornos mentais que não representam um risco grave de segurança pública, a polícia e a promotoria podem beneficiar o indivíduo e a sociedade. As pessoas com transtornos mentais não seriam submetidas a estigma desnecessário e poderiam imediatamente começar o tratamento necessário em vez de serem embaraçadas pelo sistema de justiça criminal.

15.2 O estágio do julgamento no sistema de justiça criminal

Uma vez tomada a decisão de prosseguir com as acusações criminais, existem dois processos aplicáveis a uma pessoa com transtorno mental. O primeiro é se a pessoa é inapta para suportar o processo judicial e o segundo é se a pessoa não pode ser criminalmente responsabilizada por suas ações no momento em que cometeu o delito. Em alguns casos pode haver uma sobreposição, pelo fato de a pessoa que sofria de um transtorno mental no momento do delito continuar nesse estado até o momento do julgamento.

15.2.1 Aptidão para suportar julgamento

Na maioria dos países, a lei exige que uma pessoa seja física e mentalmente apta para suportar o julgamento. Em geral, a aptidão mental é avaliada em função de a pessoa ser capaz ou não para (i) entender a natureza e objeto dos procedimentos legais; (ii) entender as possíveis conseqüências dos procedimentos; e (iii) comunicar-se efetivamente com seu advogado.

Se for tomada a decisão de processar a pessoa e houver justificativa razoável para suspeitar de que o acusado pode sofrer de um transtorno mental, os tribunais devem solicitar uma avaliação de saúde mental por um profissional de saúde mental qualificado, via de regra, mas nem sempre, um psiquiatra. Frequentemente isso acontece antes do início do julgamento, mas pode ocorrer em qualquer momento durante o mesmo. Preferivelmente, a avaliação deve acontecer em um estabelecimento de saúde mental designado ou outro lugar de segurança em conformidade com uma ordem do tribunal. A duração máxima do tempo no qual deve ocorrer a observação psiquiátrica deve ser especificada para garantir que a pessoa não seja desnecessariamente detida e que o julgamento não seja despropositadamente retardado. Vários países especificam um limite de 30 dias. Se a pessoa é posteriormente considerada inapta para suportar julgamento em virtude de um transtorno mental grave, os procedimentos criminais podem não prosseguir até que a pessoa recupere a aptidão. Em tais casos, a lei deve autorizar os tribunais a transferir a pessoa para um estabelecimento de saúde mental para tratamento. Além disso, essa pessoa deve ter o direito de apelar contra qualquer continuidade no confinamento.

Para delitos secundários, o tribunal poderia rejeitar ou sustentar a acusação criminal enquanto a pessoa conclui o tratamento por internação ou ambulatorial. A rejeição ou suspensão da acusação criminal seriam desejáveis se o acusado tiver claramente uma necessidade de tratamento em virtude de um transtorno mental grave e não representa um perigo para si mesmo ou para os outros. Quando o delito é grave e/ou o acusado representa um perigo para si ou para os outros, os tribunais podem determinar a admissão para tratamento em um estabelecimento de saúde mental designado.

É necessário que existam salvaguardas para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais, de forma que elas não adoeçam por mais tempo que o necessário em estabelecimentos de saúde mental. A legislação deve estabelecer disposições para a revisão regular da decisão do tribunal para o indivíduo como, por exemplo, pedir um relatório psiquiátrico regular. Além disso, todas as pessoas acusadas de delitos criminais que estão detidas em um estabelecimento de saúde mental à espera de julgamento têm os mesmos direitos, procedimentos e salvaguardas que as pessoas que foram admitidas involuntariamente. Conseqüentemente, também devem ter o direito de buscar revisão judicial de sua detenção por uma junta de revisão independente, tal como um tribunal ou corte judicial.

15.2.2 Defesa de responsabilidade criminal (transtorno mental no momento do delito)

Países do mundo inteiro possuem legislação para determinar o nível de responsabilidade criminal imputável a uma pessoa acusada. Essa legislação declara que a condição mental do acusado no momento do delito influi significativamente no fato de o acusado ser ou não passível de responsabilização criminal.

Os tribunais podem julgar que o acusado não se enquadra nos requisitos para estabelecer uma mente culpada (*mens rea*), se o acusado for capaz de demonstrar que:

1. suas faculdades mentais estavam prejudicadas em virtude de um transtorno mental no momento do delito; e

2. tal transtorno era grave o bastante para tornar a pessoa parcial ou totalmente incapaz de satisfazer os elementos exigidos para estabelecer responsabilidade criminal.

A legislação deve estipular que as pessoas que não tinham capacidade suficiente no momento do delito sejam admitidas a um estabelecimento apropriado. Essa abordagem apóia a meta de preferir opções de tratamento em lugar de castigo para infratores com necessidade de atenção à saúde mental.

Dadas essas circunstâncias, os tribunais podem considerar o acusado “não responsável devido a inaptidão mental”.¹ Esse conceito é conhecido em muitos países sob vários nomes. A legislação pode definir os critérios necessários para obter um veredicto desse tipo.² Tal veredicto deve aplicar-se a qualquer pessoa com transtorno mental grave o bastante para prejudicar seu raciocínio, compreensão ou autocontrole na ocasião em que o delito foi cometido. No caso de tal veredicto, o tribunal pode decidir liberar a pessoa de volta para a comunidade ou ordenar admissão/tratamento. Existem consideráveis variações entre os países com respeito a tais admissões e absolvições. Em alguns países, a pessoa deve ser absolvida a menos que o tribunal ou outros organismos judiciais considerem que a pessoa se enquadra em todos os critérios para admissão involuntária e sigam as devidas exigências processuais para mandar recolher a pessoa como paciente involuntário. Em outros países, pode haver uma categoria legal específica (diferente da de pacientes involuntários) para pessoas admitidas com a alegação de inaptidão mental. Na Austrália, por exemplo, são chamadas de pacientes forenses; nas ilhas Maurício, pacientes de segurança; e na África do Sul, pacientes do Estado.

¹ Essa expressão é análoga a outra como “não culpado por motivo de insanidade”, utilizada em alguns países, e numa medida menor a “culpado mas insano”. A expressão é menos estigmatizadora para o conceito de que as pessoas não têm responsabilidade criminal por suas ações por causa do papel coadjuvante desempenhado por sua deficiência mental. Alguns analistas acreditam que o veredicto “culpado mas insano” é punitivo e injusto com pessoas com enfermidade mental grave. É também conceitualmente problemático porque, se o requisito intenção criminosa não for estabelecido, a pessoa não pode logicamente ser considerada “culpada”.

² A definição deve ser mais ampla do que o teste de insanidade nos termos das Regras McNaughten (McNaughten Rules. Muitos países ainda adotam as Regras McNaughten, que admitem a defesa com base em um transtorno mental somente se o(a) acusado(a) não soubesse o que estava fazendo quando praticou o delito, ou se ele(a) estivesse consciente do ato, mas não soubesse que o ato era errado. Contudo, muitas pessoas com enfermidade mental grave conseguem compreender que aquilo que estão fazendo é errado, mas sua cognição é altamente distorcida devido a um transtorno mental grave. Dessa forma, alguns têm argumentado que mesmo as pessoas com graves enfermidades mentais são consideravelmente “sãs” nos termos das Regras McNaughten, de sorte que em muitos sistemas elas são indevidamente enviadas para a prisão. Segundo esse argumento, as pessoas que podem raciocinar, mas carecem de autocontrole devido a um grave transtorno mental, devem ser passíveis de obter um veredicto de “não responsável devido a inaptidão mental”.

No entanto, de modo parecido ao de outras pessoas não criminosas com transtornos mentais, pessoas detidas com um veredito de inaptidão mental têm direito a revisão regular e periódica de sua detenção e o direito de receber tratamento e atenção apropriados em um ambiente terapêutico. Além disso, pessoas admitidas porque não eram criminalmente responsáveis podem bem ter a capacidade para tomar decisões de tratamento.

Melhora suficiente no estado mental da pessoa deve resultar em relaxamento da detenção. Em alguns países permite-se que um clínico geral dê alta a uma pessoa admitida como infratora com transtorno mental. Entretanto, em outros países apenas um juiz ou outra autoridade judicial pode ordenar a alta. É importante, porém, que o paciente, membros da família e outros tenham permissão para solicitar a alta. Durante um período de tempo estipulado pode ser razoável exigir que uma pessoa que recebeu alta siga um tratamento de base comunitário, com cumprimento obrigatório, sob a condição de voltar ao hospital se ocorrer uma recaída ou se a pessoa não estiver seguindo o plano de tratamento acordado. Entretanto, é provável que o tratamento compulsório de base comunitária sofra oposição, por exemplo, de alguns grupos de usuários. Os países terão de tomar suas próprias decisões com relação a essa questão.

15.3 O estágio pós-julgamento (sentenciamento) no sistema da justiça criminal

Em alguns países, uma pessoa com transtorno mental pode não se enquadrar nos critérios de inaptidão para suportar julgamento ou de transtorno mental no momento do delito, embora, tendo sido considerada culpada pelo tribunal, ainda possa ser desviada para o sistema de atenção à saúde mental durante o estágio de sentenciamento. Isso pode ser obtido por sentenças não custodiais (ou seja, ordens de suspensão temporária de pena e ordens de tratamento comunitário) ou por sentenças custodiais cumpridas em um estabelecimento de saúde mental (i.e., ordens de hospitalização). A ordem de hospitalização pode referir-se a um estabelecimento aberto ou a um estabelecimento mais seguro, dependendo do risco colocado ao público.

15.3.1 Ordens de suspensão temporária de pena e ordens de tratamento comunitário

A legislação deve permitir e incentivar o uso de sentenças não custodiais para delitos secundários por indivíduos com transtornos mentais como um substituto para o encarceramento em prisão. Os tribunais já dispõem, em alguns países, de autoridade para emitir ordens de suspensão temporária de pena ou ordens de tratamento comunitário com a condição de que tais pessoas continuem a ser tratadas por serviços de saúde mental. A ordem de tratamento comunitário permite que as pessoas com transtornos mentais vivam na comunidade sujeitas a certas condições que podem incluir as seguintes:

- residir em um local especificado;
- participar em atividades de tratamento e reabilitação, incluindo aconselhamento, educação e treinamento;
- conceder a profissionais de saúde mental acesso a suas casas;
- reportar-se regularmente a um oficial de condicional; e

- submeter-se a tratamento psiquiátrico involuntário onde apropriado.

15.3.2 Ordens de hospitalização

As ordens de hospitalização são um outro meio de assegurar que uma pessoa declarada culpada receba o tratamento de saúde mental necessário. A legislação que dispõe sobre uma ordem de hospitalização permite que o tribunal envie os infratores com transtorno mental para um hospital para tratamento, em lugar de encarceramento, se no momento da sentença eles precisarem de atenção hospitalar.

A ordem de hospitalização não deve se dar por uma duração mais longa do que a que teria a sentença. Se o tribunal e os profissionais de saúde mental no hospital julgarem que a pessoa precisa de tratamento adicional após a sentença ter se expirado, devem justificar a continuidade da hospitalização por meio de procedimentos normais de admissão involuntária.

Infratores com transtornos mentais colocados em um estabelecimento de saúde mental, em conformidade com uma ordem de hospitalização, têm os mesmos direitos a revisão periódica por uma junta de revisão independente (por exemplo, um tribunal ou corte judicial) como todos os demais pacientes de admissão involuntária.

15.4 O estágio pós-sentenciamento (cumprimento de sentença em prisão)

Às vezes, um acusado pode desenvolver um transtorno mental em decorrência do encarceramento. A legislação ou arranjos administrativos devem estipular cláusulas para a adequada atenção e tratamento de transtornos mentais de prisioneiros. A lei deve prever a transferência de prisioneiros com transtornos mentais graves para um estabelecimento de saúde mental para tratamento se eles não puderem ser tratados adequadamente dentro da prisão. Em muitos países, as prisões possuem unidades hospitalares especialmente projetadas para onde os prisioneiros são transferidos caso se julgue que estão doentes. Uma junta de revisão deve monitorar tais unidades para assegurar que a qualidade e disponibilidade de atenção são equivalentes aos serviços encontrados em estabelecimentos de saúde mental não custodiais. A legislação também deve assegurar que essas unidades hospitalares estejam sob a supervisão direta de pessoal de saúde mental qualificado, e não de autoridades carcerárias.

Os prisioneiros colocados em unidades hospitalares de prisões ou transferidos para outros estabelecimentos de saúde mental devem ter garantida a proteção de seus direitos e desfrutar das mesmas proteções fornecidas a outras pessoas com transtornos mentais. Em particular, tais infratores têm o direito de aceitar ou recusar tratamento. Se for considerado necessário tratamento involuntário, devem ser adotados os devidos procedimentos para autorização de tratamento involuntário. Entre os direitos importantes se incluem, entre outros, o direito de ser protegido de tratamento desumano e degradante, e de apenas participar em pesquisa com consentimento informado válido e proteção de confidencialidade. Qualquer prisioneiro transferido da prisão para um hospital e depois

devolvido à prisão deve ter o tempo passado em hospital contado como parte de sua sentença.

Além disso, tais prisioneiros só podem ficar detidos pelo tempo que durar suas sentenças. Ao expirar o tempo da sentença, se for justificada admissão involuntária devido seu estado mental, só podem ser detidos nos termos das disposições civis da legislação de saúde mental. Os prisioneiros em tais instalações de tratamento também devem ter o mesmo direito de ser considerados para liberdade condicional que teriam se não estivessem sob tratamento para transtornos mentais. Informações apropriadas sobre seu caso e tratamento podem, em conformidade com a lei, serem disponibilizadas às autoridades de liberdade condicional numa base de é-preciso-saber ou com o consentimento do prisioneiro.

15.5 Estabelecimentos para infratores mentalmente doentes

Uma das dificuldades em manter infratores mentalmente doentes fora das prisões é que muitos países não têm instalações apropriadas para abrigar pessoas consideradas “criminosas e perigosas”. Por isso, aqueles com transtornos mentais não só são obrigados a ficar em prisões, mas também são privados do tratamento necessário. Pode ser necessária legislação disposta sobre estabelecimentos seguros de saúde mental. Os critérios legislativos podem identificar os níveis de segurança requeridos para pacientes e esses níveis devem ser regularmente revistos. Nenhum paciente deve permanecer em hospital em um nível de segurança maior que o necessário.

Em resumo, a legislação de saúde mental pode e deve fornecer uma estrutura referencial voltada mais para o tratamento e apoio do que para a punição. Essa estrutura também deve permitir o desvio do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde mental em qualquer estágio. Ao implementar proteções para pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça criminal e só as encarcerando sob circunstâncias muito raras, a legislação pode ajudar a proteger a segurança pública e simultaneamente garantir o tratamento humanitário de infratores com transtornos mentais, permitindo que recebam a devida atenção e reabilitação.

Os seguintes sites da web fornecem informações sobre as diretrizes da ONU com respeito a prisioneiros mentalmente doentes:

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

Infratores mentalmente doentes: Questões Centrais

O sistema de justiça criminal deve preferir o tratamento ao encarceramento, sempre que possível, para infratores com transtornos mentais. A estrutura do sistema de justiça criminal deve permitir encaminhar os infratores para programas de tratamento em todas as fases do processo de julgamento criminal.

1. *Instauração de processo* – Os promotores devem considerar os seguintes fatores ao decidir se devem processar um indivíduo com transtorno mental: a gravidade do delito; a história psiquiátrica da pessoa, o estado mental no momento do delito e estado mental atual; a probabilidade de prejuízo para a saúde da pessoa e o interesse da comunidade na instauração do processo.

2. *Estágio do julgamento:*

- a) Aptidão para suportar julgamento – A lei requer que pessoas mentalmente doentes estejam aptas a suportar julgamento. A capacidade do acusado de entender os procedimentos legais, entender as conseqüências dos procedimentos e comunicar-se efetivamente com o advogado precisam ser avaliadas. Uma pessoa considerada inapta para julgamento pode ter suas acusações canceladas ou suspensas enquanto passa por tratamento. Pessoas detidas em um estabelecimento de saúde mental à espera de julgamento têm os mesmos direitos que outras pessoas submetidas a admissão involuntária, inclusive o direito de revisão judicial por uma junta de revisão independente.
- b) Defesa por responsabilidade criminal – Pessoas sobre as quais se constatou possuírem capacidade inadequada no momento do delito devem ser tratadas e não encarceradas. A maioria dos tribunais permite uma defesa baseada na alegação de “não responsabilidade devido a inaptidão mental” se o raciocínio, compreensão ou autocontrole da pessoa estavam prejudicados no momento do delito. Uma pessoa na qual se constatou inaptidão mental pode ser liberada uma vez que melhore suficientemente o transtorno mental.

3. *Estágio pós-julgamento (sentenciamento):*

- a) Ordens de suspensão temporária de pena – Pessoas com transtornos mentais podem receber tratamento mediante ordens não custodiais de suspensão temporária da pena e ordens de tratamento comunitário, que permitem tratamento na comunidade sob certas condições. Uma pessoa que não se enquadra nas condições designadas pode ser devolvida a um estabelecimento custodial para concluir o tratamento.
- b) Ordens de hospitalização – O tratamento pode ser fornecido mediante uma ordem de hospitalização (ou seja, uma sentença custodial cumprida em um estabelecimento de saúde mental). Uma pessoa submetida a uma ordem de hospitalização não pode ser detida para tratamento mais longo do que aquele que teria sido imposto pela sentença, a menos que sejam adotados procedimentos subseqüentes de admissão involuntária. Pessoas submetidas a ordens de hospitalização têm o direito de revisão periódica de sua detenção por uma junta de revisão independente.

4. *Estágio pós-condenação (cumprimento de sentença em prisão):*

- a) Transferência de prisioneiros – Uma pessoa que desenvolve um transtorno mental depois do encarceramento pode ser transferida para uma unidade hospitalar da prisão ou outro estabelecimento de saúde mental seguro para receber tratamento de saúde mental. Prisioneiros assim transferidos têm direitos semelhantes aos de outras pessoas involuntariamente confinadas, como o direito de consentir no tratamento, à confidencialidade e à proteção contra tratamento desumano e degradante. Os prisioneiros também têm o direito de ser considerados para liberdade condicional. Um prisioneiro não pode ser detido para tratamento mais longo do que a sentença que teria sido imposta, a menos que sejam adotados posteriormente procedimentos de admissão involuntária.

Estabelecimentos para infratores mentalmente doentes:

Pode ser necessário legislar sobre estabelecimentos de saúde mental seguros. Os critérios legislativos podem identificar os níveis de segurança necessários para os pacientes e estes níveis devem ser regularmente revistos. Nenhum paciente deve ficar em um hospital em um nível de segurança maior que o necessário.

16. Disposições substantivas adicionais que afetam a saúde mental

A saúde e bem-estar das pessoas com transtornos mentais serão significativamente aumentados por legislação que trate das questões já discutidas neste capítulo: acesso; direitos; atenção voluntária e involuntária à saúde mental; mecanismos de revisão e disposições relativas a infratores mentalmente doentes. Além disso, há diversas outras áreas igualmente importantes na melhoria da saúde e bem-estar mental que podem ser efetivamente legisladas mas que foram historicamente negligenciadas. Entretanto, não é possível cobrir todas as questões neste Livro de Recursos e discutir toda a complexidade de cada ponto, mas os itens a seguir são indicadores para áreas que podem ser incluídas em legislação nacional. Em muitos países essas áreas podem ser contidas em legislação que não uma lei específica de saúde mental.

16.1 Legislação antidiscriminação

A legislação deve proteger de discriminação as pessoas com transtornos mentais. Em muitos casos, os países possuem legislação antidiscriminação, e até de ação afirmativa, para a proteção de populações vulneráveis, minorias e grupos desprivilegiados. Tal legislação também pode ser tornada aplicável a pessoas com transtornos mentais mediante sua inclusão específica no estatuto como beneficiários. Se a legislação geral antidiscriminação não lhes garantir proteção adequada, uma alternativa são cláusulas antidiscriminação para pessoas com transtornos mentais que podem ser especificamente incluídas na legislação de saúde mental. Em alguns países, por exemplo, não se permite que pessoas com transtornos mentais estudem em certas escolas, freqüentem alguns locais públicos ou viagem de avião. Pode ser necessário legislação específica para retificar isto.

Como outra alternativa legislativa, se, por exemplo, um país possui uma Declaração de Direitos ou outro documento de direitos, deve-se especificar a justificativa segundo a qual é ilegal discriminar, e isso deve abranger as pessoas com transtornos mentais. A Lei de Declaração de Direitos da Nova Zelândia (1990), por exemplo, proíbe, entre outras coisas, a discriminação com base em deficiência.

16.2 Atenção à saúde em geral

As pessoas com transtornos mentais podem precisar de proteção legislativa para sua interação com o sistema de atenção à saúde em geral, incluindo acesso a tratamento, qualidade do tratamento oferecido, confidencialidade, consentimento no tratamento e acesso a informação. Cláusulas especiais podem ser inseridas na legislação de atenção à saúde em geral para enfatizar a necessidade de proteção de populações vulneráveis, como aqueles com transtornos mentais e aqueles que carecem da capacidade para tomar decisões por si mesmos.

16.3 Habitação

A legislação pode incorporar disposições para dar às pessoas com transtornos mentais prioridade nos planos federais de habitação e planos de concessão de habitação subsidiada. A Lei de Saúde Mental da Finlândia, por exemplo, estipula que “além de tratamento e serviços adequados, uma pessoa que sofre de uma doença mental ou algum outro transtorno mental deve receber um serviço de apart-hotel e acomodação subsidiada apropriada para a necessária reabilitação médica ou social conforme distintamente decretada” (Lei de Saúde Mental, No. 1116, 1990, Finlândia).

Tais disposições podem não ser possíveis em alguns países, mas, como condição mínima, as pessoas com transtornos mentais não devem ser discriminadas na distribuição de moradias. A legislação também pode determinar que os governos estabeleçam uma classe de instalações de moradia como centros de reabilitação e casas para longa permanência assistida. A legislação deve incluir disposições para prevenir a segregação geográfica de pessoas com transtornos mentais. Isso pode requerer disposições específicas em legislação apropriada para prevenir a discriminação na locação e distribuição de moradia para pessoas com transtornos mentais.

16.4 Emprego

A legislação pode incluir disposições para a proteção de pessoas com transtornos mentais contra discriminação e exploração no emprego e igualdade de oportunidades de emprego. Ela também pode promover a reintegração no local de trabalho para pessoas que experimentaram um transtorno mental e assegurar proteção contra demissão do trabalho exclusivamente por motivo de transtorno mental. A legislação também pode promover “acomodação razoável” no local de trabalho, por meio da qual os empregados com transtornos mentais sejam dotados de um grau de flexibilidade em seu expediente de trabalho para poderem procurar tratamento de saúde mental. Um empregado pode, por exemplo, ausentar-se do trabalho para receber aconselhamento e compensar esse tempo mais tarde naquele dia.

A Lei para a Promoção da Atenção à Saúde e Serviços Sociais para Pessoas com Doença Mental de Rio Negro (Argentina, Lei 2440, 1989) estipula que “a província deverá garantir que sejam tomadas medidas apropriadas para assegurar acesso ao trabalho, que é um fator decisivo na recuperação de pessoas com doença mental”. Ela decreta também que seja estabelecida uma comissão para examinar a questão da promoção no trabalho, que proporá medidas permanentes apropriadas para garantir o acesso ao trabalho para pessoas abrangidas pela Lei.

As leis também podem conter disposições para o financiamento adequado de programas de reabilitação vocacional, disposições para financiamento preferencial para atividades geradoras de renda para pessoas com transtornos mentais residentes na comunidade e programas gerais de ação afirmativa para melhorar o acesso a trabalho e emprego remunerado. A legislação de emprego também pode fornecer proteção para pessoas com transtornos mentais trabalhando em esquemas de trabalho abrigado para assegurar que

sejam remuneradas por um salário comparável a outros e que não haja nenhum trabalho forçado ou coercitivo em tais esquemas de abrigo.

A legislação de emprego que incorpora disposições relativas a licença-maternidade, especialmente a licença-maternidade remunerada, mostrou-se eficaz em muitos países como ferramenta de promoção da saúde. Ela possibilita que as novas mães passem mais tempo com seus filhos e facilita o estabelecimento de laços afetivos, promovendo assim a boa saúde mental tanto para a criança como para a mãe.

16.5 Previdência social

O pagamento de subsídios por deficiências pode representar um benefício enorme para pessoas com transtornos mentais e deve ser incentivado pela legislação. Onde se garantem pensões, as pensões de deficiência para pessoas com transtornos mentais devem ser pagas a uma taxa semelhante à de pensões concedidas a pessoas com deficiências físicas. A legislação da previdência social precisa ser flexível o bastante para permitir que as pessoas com transtornos mentais voltem ao emprego, principalmente o emprego de meio período, sem perder os benefícios de sua pensão por deficiência.

16.6 Questões civis

Pessoas com transtornos mentais têm o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais conforme reconhecido na Declaração Universal de Direitos Humanos, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.

Alguns dos direitos fundamentais (freqüentemente negados a pessoas com transtornos mentais) que precisam ser protegidos são mencionados a seguir. Não se trata de uma lista exaustiva; apenas ilustra a extensa gama de direitos que podem precisar ser protegidos. Entretanto, alguns desses direitos estão sujeitos a limitações com base na capacidade de uma pessoa em um dado momento do tempo.

- Direito de votar
- Direito de se casar
- Direito de ter filhos e manter direitos paternos
- Direito de possuir propriedade
- Direito ao trabalho e ao emprego
- Direito à educação
- Direito à liberdade de movimento e escolha de residência
- Direito à saúde
- Direito a um julgamento justo e devido processo legal
- Direito de assinar cheques e se dedicar a outras transações financeiras
- Direito à liberdade e práticas religiosas

Disposições substantivas adicionais relativas à saúde mental: Questões Centrais

Existem várias áreas importantes de bem-estar mental que podem ser eficazmente legisladas mas que foram historicamente negligenciadas. Entre elas se incluem as seguintes:

- A legislação deve proteger de discriminação as pessoas com transtornos mentais.
- As pessoas com transtornos mentais podem precisar de proteção legislativa em sua interação com o sistema de atenção à saúde em geral, incluindo acesso a tratamento, qualidade do tratamento oferecido, confidencialidade, consentimento no tratamento e acesso à informação.
- A legislação pode incorporar disposições para dar às pessoas com transtornos mentais prioridade em planos federais de habitação e naqueles que concedem habitação subsidiada.
- A legislação pode decretar que os governos estabeleçam uma classe de instalações de moradia como centros de convalescença e moradias de longa permanência assistida.
- A legislação pode incluir disposições para a proteção de pessoas com transtornos mentais contra discriminação e exploração no emprego e para a igualdade de oportunidades de emprego.
- A legislação pode promover “acomodação razoável” para empregados com transtornos mentais, garantindo-lhes um grau de flexibilidade em seu expediente de trabalho para permitir que procurem tratamento de saúde mental.
- A legislação de emprego pode dispor sobre proteção para pessoas com transtornos mentais que são empregadas em esquemas de trabalho abrigado para assegurar que sejam remuneradas por um salário comparável ao de outras pessoas e que não haja nenhum trabalho forçado ou coercitivo em tais esquemas de abrigo.
- Onde são fornecidas pensões, as pensões por deficiência para pessoas com transtornos mentais devem ser pagas a uma taxa semelhante à de pensões concedidas a pessoas com deficiências físicas.
- Pessoas com transtornos mentais devem reter o direito de votar, casar-se, ter filhos, possuir propriedade, trabalhar e ter um emprego, o direito à educação, à liberdade de movimento e escolha de residência, à saúde, a um julgamento justo e devido processo legal, o de assinar cheques e se dedicar a outras transações financeiras e à liberdade de religião e práticas religiosas.

17. Proteções para grupos vulneráveis – menores, mulheres, minorias e refugiados

A necessidade de legislação específica para menores, mulheres, minorias e refugiados afetados por transtornos mentais provavelmente seria desnecessária se a prática mostrasse que esses grupos vulneráveis receberam tratamento e serviços adequados e não discriminatórios. Entretanto, na realidade, esses grupos são discriminados e existem sérias injustiças. A extensão e forma desses problemas variam de país para país e as questões específicas que os diferentes países precisam tratar por meio de legislação

também diferem. No entanto, nenhum país está imune a discriminação contra grupos vulneráveis e, por isso, alguns aspectos das seções seguintes serão relevantes para todos os países.

17.1 Menores

A legislação que protege os direitos humanos de crianças e adolescentes deve levar em conta suas vulnerabilidades particulares. Seu objetivo deve ser especificamente o de respeitar, proteger e fazer cumprir seus direitos, conforme disposto na Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança (1990) e outros instrumentos internacionais pertinentes.

Em muitos países não há nenhum serviço de saúde mental especializado para menores e conseqüentemente a legislação pode desempenhar um papel importante na promoção do estabelecimento de tais serviços e do acesso aos mesmos. A legislação deve especificamente desencorajar a admissão involuntária de menores em estabelecimentos de saúde mental. A hospitalização só pode ser apropriada quando não existirem alternativas disponíveis de base comunitária, ou as mesmas não tenderem a ser eficazes ou terem sido experimentadas e fracassado. Se os menores forem colocados em instituições, sua área de estar deve ser independente da dos adultos. O ambiente em estabelecimentos de saúde mental deve ser apropriado à idade e levar em conta as necessidades de desenvolvimento dos menores (por exemplo, fornecimento de uma área de lazer, brinquedos e atividades recreativas próprios para a idade, acesso a escolarização e educação). Embora os diferentes países sejam capazes de realizar esses objetivos em graus variados, todos os países devem dar passos positivos para a realização dos mesmos e devem considerar a alocação de recursos adicionais para esse fim.

Os menores devem ter acesso a um representante pessoal para cuidar adequadamente de seus interesses, principalmente quando admitidos em estabelecimentos de saúde mental e ao longo do curso de tal admissão. Na maioria dos casos, seu representante pessoal seria um membro da família. Entretanto, onde há conflito potencial ou real de interesses, deve haver disposições legais para a indicação de outro representante pessoal independente. Nesses casos, a legislação pode responsabilizar o Estado pela remuneração de tal representante pessoal.

O consentimento no tratamento com relação aos menores também precisa de atenção na legislação. Muitas jurisdições utilizam a idade (normalmente 18 anos) como critério exclusivo para a determinação do direito do menor de consentir ou recusar consentimento. Entretanto, um número significativo de menores, especialmente adolescentes, tem maturidade e entendimento suficiente para consentir ou retirar consentimento. A legislação pode conter disposições para incentivar que se leve em consideração as opiniões dos menores em questões de consentimento, dependendo de sua idade e maturidade.

A legislação pode proibir o uso de procedimentos de tratamento irreversíveis em crianças, especialmente a psicocirurgia e a esterilização.

17.2 Mulheres

Fortes desigualdades de gênero e discriminação são uma questão de fato em muitas sociedades no mundo inteiro. Injustiças e práticas discriminatórias podem provocar e exacerbar transtornos mentais em mulheres. As mulheres são frequentemente discriminadas em termos de acesso a serviços de saúde mental por razões como falta de dinheiro e uma percepção de sua falta de importância na sociedade. A legislação pode opor-se ativamente a tais desigualdades e discriminação. A *Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres*, que define o que constitui discriminação contra mulheres e estabelece uma agenda para ação nacional para eliminar tal discriminação representa um instrumento útil para orientar o desenvolvimento de legislação nessa área.

Mulheres que são admitidas a estabelecimentos de saúde mental devem ter privacidade adequada. A legislação pode assegurar que todos os estabelecimentos de saúde mental tenham dormitórios separados (pavilhões para o mesmo sexo) para mulheres e que tais instalações sejam de qualidade adequada e comparável às instalações fornecidas para os homens. A legislação também pode explicitamente proteger as mulheres contra abuso sexual e exploração física por pacientes e empregados do sexo masculino dos hospitais mentais.

O período pós-parto é um período de alto risco de transtornos mentais para as mulheres. Os estabelecimentos de tratamento para transtornos mentais pós-parto devem levar em conta as necessidades únicas das mulheres no pós-parto e garantir instalações adequadas para mães que amamentam. Em particular, se mães lactantes são admitidas em um estabelecimento de saúde mental, elas não devem ser separadas de seus filhos. O estabelecimento de saúde mental pode ter instalações de berçário e pessoal qualificado para fornecer atenção à mãe e ao bebê. A legislação pode ajudar na consecução desses objetivos.

A proteção da confidencialidade é de particular importância em sociedades onde informações relativas a uma mulher podem ser de algum modo usadas contra ela. A legislação pode determinar especificamente que as informações relativas a questões de saúde mental em tais situações nunca sejam liberadas sem o consentimento explícito da mulher interessada. A legislação também deve incentivar que os profissionais de saúde mental levem em conta as pressões enfrentadas pelas mulheres em muitas sociedades para que consentam em liberar informações para os membros da família.

Em países onde as mulheres são detidas em hospitais por justificativas sociais e culturais é necessário que a legislação estipule explicitamente a ilegalidade de tal prática. A legislação deve promover o acesso igual aos serviços de saúde mental, incluindo estabelecimentos de tratamento e reabilitação de base comunitária para mulheres. As mulheres também devem ter direitos iguais aos dos homens em relação a questões de admissão e tratamento involuntários. A legislação pode insistir que uma junta de revisão

empreenda monitoração distinta e específica da proporção de mulheres involuntariamente admitidas em estabelecimentos de saúde mental para avaliar potencial discriminação.

17.3 Minorias

A discriminação no fornecimento de serviços de saúde mental a minorias assume muitas formas. Por exemplo:

- o acesso a estabelecimentos de tratamento de base comunitária pode lhes ter sido negado e, em vez disso, lhes ter sido oferecido tratamento em estabelecimentos de internação;
- tem-se verificado uma maior incidência de admissão involuntária entre as minorias;
- as normas sociais e culturais de comportamento que podem ser diferentes para as minorias são às vezes interpretadas como sinais de transtornos mentais e resultam em admissão involuntária;
- as minorias são mais propensas a receber tratamento involuntário quando se encontram em estabelecimentos de saúde mental;
- o ambiente nos estabelecimentos de saúde mental não leva em conta as necessidades culturais e sociais singulares das minorias;
- minorias com transtornos mentais têm mais probabilidade de serem detidas por problemas comportamentais secundários resultando em índices mais altos de contato com o sistema da justiça criminal.

A legislação pode especificamente fornecer proteção contra tais práticas discriminatórias. Pode, por exemplo, estipular que uma junta de revisão monitore admissões involuntárias e tratamento involuntário de minorias, assegure que os critérios de credenciamento para estabelecimentos de saúde mental incluam o fornecimento de ambientes culturalmente apropriados e monitore o fornecimento de serviços comunitários de tratamento e reabilitação para as minorias.

Exemplo: Proteção dos interesses de mulheres e minorias na Austrália

Para proteger as mulheres e as minorias, a Lei de Saúde Mental australiana estabelece que os membros do Tribunal de Saúde Mental “devem incluir uma ou mais mulheres e uma ou mais pessoas de origem étnica”.

(Lei de Saúde Mental de Nova Gales do Sul, 1990)

17.4 Refugiados

Em alguns países, os refugiados e os que buscam asilo freqüentemente recebem tratamento impróprio que provoca ou exacerba transtornos mentais. Entretanto, não lhes é fornecido o mesmo tratamento de saúde mental que os cidadãos do país em pauta. Isso viola o Artigo 12 da PIDESC que “reconhece o direito de todos ao desfrute do mais alto padrão alcançável de saúde física e mental”.

A legislação pode estipular que os refugiados tenham direito ao mesmo tratamento de saúde mental que os cidadãos do país anfitrião.

Proteções para grupos vulneráveis: Questões Centrais

- A legislação que protege os direitos humanos de crianças e adolescentes deve levar em conta suas vulnerabilidades específicas.
- A legislação pode promover o estabelecimento de serviços de saúde mental especializada para menores e o acesso aos mesmos.
- A legislação pode desencorajar ativamente a admissão involuntária de menores em estabelecimentos de saúde mental.
- Menores devem ter acesso a um representante pessoal para representar adequadamente seus interesses, especialmente quando admitidos em estabelecimentos de saúde mental e ao longo do curso de tal admissão.
- Injustiças e práticas discriminatórias podem provocar e exacerbar transtornos mentais em mulheres.
- Mulheres devem dispor de dormitórios separados (pavilhões para o mesmo sexo) e suas instalações devem ser de qualidade adequada e comparável às instalações fornecidas aos homens.
- Nos países onde as mulheres estão detidas em hospitais por justificativas sociais ou culturais, é necessário que a legislação estipule explicitamente a ilegalidade de tal prática.
- A legislação pode garantir especificamente proteção contra práticas discriminatórias dirigidas às minorias. A legislação pode, por exemplo, estipular que a junta de revisão monitore as admissões involuntárias e o tratamento involuntário das minorias e o fornecimento de serviços comunitários de tratamento e reabilitação para as minorias.
- Os refugiados devem dispor do mesmo tratamento de saúde mental que os cidadãos do país anfitrião.

18. Delitos e penalidades

Uma lei não é escrita com a intenção de processar pessoas que não cumpram suas disposições, mas sim para orientar e dirigir as pessoas em termos do que uma legislatura constituída (segundo se espera) democraticamente, após consultas e debates, julgou necessário e apropriado para o país. Quando uma lei é transgredida, porém, o sistema de justiça criminal do país tem poder para entrar em ação para processar e punir os infratores. Isso confere à legislação uma posição especial em relação, por exemplo, à política ou planos estratégicos do país.

Como outras questões já cobertas neste capítulo, o modo de lidar com os delitos e penalidades variará de país para país. No entanto, em muitos países, a menos que orientação específica seja dada na lei com relação ao nível e extensão das penalidades a serem atribuídas a determinados delitos, os tribunais podem não conseguir atuar eficazmente quando a lei é transgredida. Por isso, o potencial da lei para promover a

saúde mental pode não ser plenamente realizado. Dessa forma, a lei precisa especificar a punição apropriada para os diferentes delitos e pode indicar a gravidade das penalidades a serem empregadas para determinadas transgressões, levando em conta o fato de que nem todas as transgressões são igualmente graves.

Exemplos: Delitos e penalidades

Os itens seguintes são ilustrações de como diferentes sistemas legislativos dispõem sobre delitos e penalidades em suas leis de saúde mental. Esses exemplos se destinam apenas a propósitos ilustrativos e caberá a cada país determinar o sistema para delitos e penalidades a ser adotado por sua legislação nacional.

Japão

No Japão, a lei relativa à Saúde Mental e Bem-estar da Pessoa Mentalmente Transtornada (Lei 94, 1995) define uma amplitude de penalidades diferentes para várias transgressões. Por exemplo:

- Uma pessoa à qual se aplicarem quaisquer dos itens seguintes será punida com trabalhos forçados por não mais que três (3) anos ou uma multa não superior a um milhão de ienes:
 - (i) uma pessoa que violar uma ordem de alta nos termos do parágrafo 5 do Artigo 38.5;
 - (ii) uma pessoa que violar uma ordem nos termos do parágrafo 2 do Artigo 38.7;
 - (iii) uma pessoa que violar uma ordem nos termos do parágrafo 3 do Artigo 38.7.

- O administrador de um hospital mental, o médico designado, o membro do conselho de revisão psiquiátrica [e várias outras pessoas mencionadas] serão punidos com trabalhos forçados por não mais de um ano ou uma multa de não mais de cinco mil ienes se a pessoa, sem justa causa, revelar um segredo a que teve acesso no curso da execução de suas obrigações nos termos desta lei.

Quênia

A Lei de Saúde Mental (Lei No. 7, 1989) no Quênia lista uma série de ações consideradas como delitos nos termos da Lei. E então declara:

Qualquer pessoa que seja culpada de um delito nos termos desta Lei, ou que infrinja quaisquer das disposições desta Lei ou de qualquer regulamento elaborado nos termos desta Lei, deve, onde nenhuma outra penalidade for expressamente estipulada, ser passível de condenação a uma multa que não excederá dez mil xelins ou a prisão por um período que não excederá a doze meses ou a ambas.

Austrália

Em Nova Gales do Sul, é utilizado um sistema de “unidades de penalidade”. Isso impede a necessidade de alterar regularmente cada peça da legislação onde uma penalidade específica é prescrita a fim de, por exemplo, acompanhar o ritmo da inflação ou outras flutuações econômicas. Um máximo de 50 unidades de penalidade poderia ser imputado, por exemplo, para revelação de informações ou para a recusa em obedecer ou cumprir uma ordem, instrução ou decisão do tribunal de revisão, um magistrado ou Conselho de Revisão de Psicocirurgia, ao passo que uma penalidade máxima de 10 unidades é calculada para uma pessoa que operar sem licença um estabelecimento residencial.

Capítulo 3 - Processo: elaboração, adoção e implementação da legislação de saúde mental

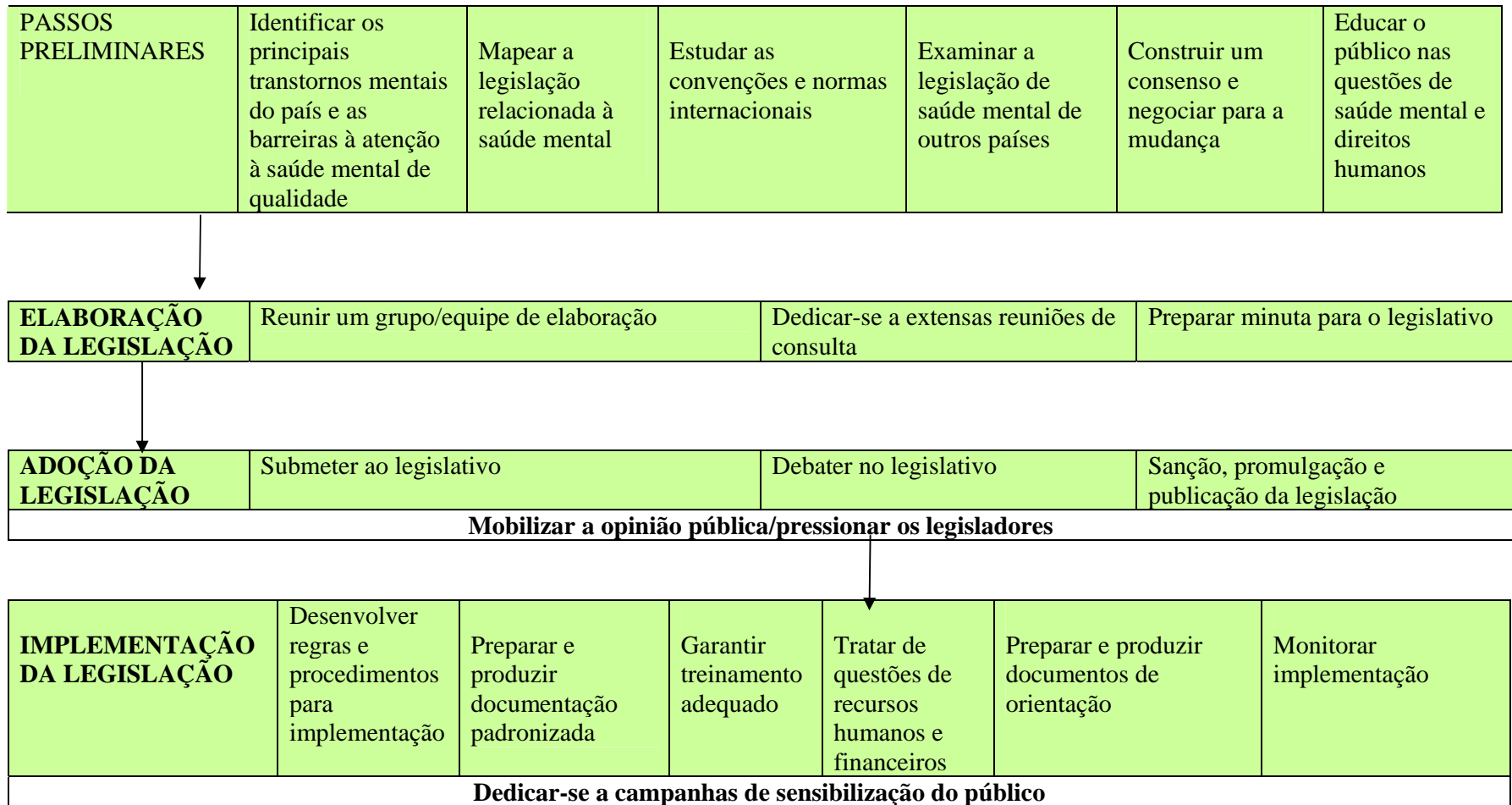
1. Introdução

Este capítulo aborda o processo legislativo, desde a elaboração da legislação de saúde mental até sua efetiva implementação. A discussão se concentra no “como” da legislação de saúde mental em relação ao “por quê” do Capítulo 1 e a “o que” (ou conteúdo) do Capítulo 2. Descreve os passos preliminares que podem ser dados pelos países antes de embarcar no processo de elaboração bem como os passos para redigir, adotar e implementar legislação de saúde mental. Este capítulo também apresenta exemplos de países, destacando possíveis dificuldades nos – e soluções para os – aspectos do processo da legislação de saúde mental.

Como acontece com o conteúdo legislativo, o processo legislativo dependerá de normas e costumes locais existentes nos países para a elaboração, adoção e implementação da legislação. Práticas importantes são aqui descritas e discutidas, mas deve-se enfatizar que são apenas princípios norteadores; cada país adotará seus próprios processos e procedimentos legais estabelecidos.

A Figura 2 descreve quatro etapas pelas quais a maioria dos países passará na promulgação da legislação: passos preliminares, redação da legislação, adoção da legislação e implementação da legislação. Este capítulo discute essas etapas.

Figura 2. Processo da Legislação de Saúde Mental



2. Atividades preliminares

Antes de embarcar na elaboração da legislação de saúde mental, existem vários passos preliminares que podem ser úteis ao decidir sobre o conteúdo de tal legislação. Esses passos incluem:

1. Identificar as principais necessidades e problemas do país, bem como as barreiras existentes e prováveis para a implementação de políticas, planos e programas de saúde mental.
2. Examinar a lei de saúde mental existente e/ou identificar leis gerais que tratam de questões de saúde mental, considerando aspectos específicos que estão faltando ou que necessitam de reforma e examinar barreiras e problemas para a sua implementação.
3. Estudar as convenções e normas internacionais de direitos humanos que incluem disposições relacionadas à saúde mental e identificar as obrigações dos governos para o cumprimento das exigências desses instrumentos.
4. Estudar componentes da legislação de saúde mental em outros países, especialmente naqueles com estruturas econômicas e políticas semelhantes, e antecedentes sociais e culturais semelhantes.
5. Construir um consenso e negociar para a mudança.
6. Educar o público em questões de saúde mental e direitos humanos.

Em muitos países são os profissionais a cargo da saúde mental no ministério da saúde que terão de iniciar essas atividades preliminares. Entretanto, em alguns países há “comissões legais” – ou entidades semelhantes cuja missão é identificar áreas legais que precisam de reforma – que realizam a pesquisa necessária e fazem recomendações para mudança. Em outras situações, é a unidade legal dentro de um ministério que é responsável pelo desenvolvimento de toda a legislação.

Em países onde grupos e organizações de usuários, familiares, defesa de direitos e profissionais identificam a necessidade de legislação de saúde mental (ou uma mudança na lei existente), cabe a eles preconizar o início da nova legislação e explicar por que é necessário uma lei (ou emenda).

Exemplo: Início da reforma legal na República da Coreia

Em 1992, na República da Coreia, um grupo de jovens psiquiatras sentia grande necessidade de uma política inovadora de saúde mental. Eram veementes defensores dos direitos humanos, da desinstitucionalização e de serviços de saúde mental de base comunitária. Interagiram com funcionários do governo no Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social e, juntos, iniciaram a tarefa de formular uma nova lei de saúde mental. Depois de dois anos de preparação e consultas, o governo concluiu uma minuta que foi apresentada à Assembléia Nacional para deliberação. Em dezembro de 1995, a nova Lei de Saúde Mental foi promulgada.

(Comunicação pessoal, Dr. Tae-Yeon Hwang, Diretor do Departamento de Reabilitação Psiquiátrica e Saúde Mental Comunitária, Centro de Colaboração da OMS para Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental Comunitária, Hospital Mental de Yongin)

2.1 Identificação dos transtornos mentais e de barreiras à atenção à saúde mental

O primeiro passo é obter informações confiáveis sobre transtornos mentais ao nível do país como um todo e variações entre as diferentes regiões e grupos de população (caso ocorram). A fonte mais segura de tais informações são os estudos epidemiológicos de base comunitária. Entretanto, em muitos países em desenvolvimento (e mesmo em alguns países desenvolvidos), há escassez de dados epidemiológicos de boa qualidade. Quando os dados epidemiológicos de base comunitária inexisterem ou não forem confiáveis, os planejadores e formuladores de políticas podem coletar informações de outras fontes. Por exemplo:

- a) Dados quantitativos de postos de tratamento podem fornecer uma estimativa aproximada do nível de necessidade de serviços de saúde mental e sobre a incidência de transtornos mentais. Entretanto, é fato bem conhecido que apenas uma pequena proporção de pessoas com transtornos mentais, e com necessidade de serviços de saúde mental, procuram ajuda em serviços clínicos, mas podem-se fazer cálculos para estimar a “verdadeira” incidência (para detalhes adicionais, ver Módulo sobre *Planning and Budgeting Services for Mental Health* (WHO, 2003a): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/).
- b) Informações qualitativas de entrevistas com grupos focais e entrevistas com informantes chaves podem fornecer informações úteis a um custo baixo (Arjonilla, Parada & Pelcastre, 2000).
- c) Em alguns casos, informações obtidas em um país podem ser aplicadas a outros países com características culturais e sociais semelhantes.

Também é importante obter um entendimento claro das barreiras e obstáculos à atenção à saúde mental de boa qualidade. A legislação pode ser usada para superar ou derrubar algumas dessas barreiras. Os exemplos no box abaixo ilustram algumas das barreiras que podem ser atacadas por meio de esforços legislativos e identificam áreas prioritárias para a legislação.

Exemplos de barreiras e obstáculos à atenção à saúde mental de boa qualidade que a legislação pode ajudar a superar

- Falta de serviços de saúde mental em algumas áreas ou no país como um todo.
- O custo da atenção à saúde mental é inaceitável para muitos e o seguro-saúde oferece cobertura parcial ou nenhuma cobertura para tratamentos de saúde mental.
- A qualidade da atenção oferecida em hospitais mentais é baixa e as condições de vida são inadequadas, resultando em violações de direitos humanos.
- Normalmente faltam regulamentações e controles relativos à admissão e tratamento involuntários e muitas vezes estes são acompanhados por perda de liberdade.
- O estigma e a discriminação associados àqueles que têm transtornos mentais afetam negativamente o acesso à atenção, bem como a integração social dos que sofrem de transtornos mentais.
- Às pessoas com transtornos mentais são negados direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais básicos como o direito à participação social, expressão cultural, voto, liberdade de opinião, moradia, emprego e educação.
- Os transtornos mentais podem afetar a capacidade das pessoas de defender seus direitos e expressar suas necessidades e interesses.
- Algumas condições sociais ou práticas culturais prejudicam a saúde mental de alguns grupos da população.
- Falta de recursos para serviços e programas de saúde mental.

2.2 Mapeamento da legislação relacionada à saúde mental

Alguns países têm uma longa história de legislação de saúde mental e legislação relacionada à saúde mental, enquanto outros podem estar desenvolvendo essa legislação pela primeira vez. Dessa forma, o “mapeamento” da legislação existente será muito diferenciado. Para países com leis específicas de saúde mental, estas precisarão ser cuidadosamente examinadas como base para a nova legislação. Além disso, componentes de outras leis, enquanto relacionadas à saúde mental, precisam ser encontrados e avaliados. Para países sem legislação específica de saúde mental, é provável ainda que haja leis concernentes à saúde mental que precisam ser identificadas e analisadas.

Mapear a legislação relacionada à saúde mental é muito útil para propiciar uma visão geral das diferentes leis que podem contribuir para alcançar os objetivos de políticas e programas de saúde mental e para avaliar quais leis podem precisar ser alteradas. Uma revisão sistemática e crítica da legislação existente pode ajudar a identificar aspectos legais que estão ausentes ou carecendo de reforma a fim de proteger os direitos ou garantir acesso a tratamento para pessoas com transtornos mentais, bem como facilitar a promoção e prevenção no campo da saúde mental. Ocasionalmente se verificará que os países possuem disposições adequadas na legislação existente, mas que na verdade o problema reside em sua implementação. Nesses casos, pode haver pouca necessidade de alterar, modificar, emendar ou introduzir legislação nova.

A Lista de Checagem da OMS para Legislação de Saúde Mental que acompanha este Livro de Recursos é uma ferramenta útil que pode ser usada para determinar os pontos fortes e fracos da legislação existente e identificar quais disposições precisam ser consideradas para inclusão em uma nova lei (ver Anexo 1).

Exemplo: Mapeamento da legislação em Samoa

Ao desenvolver a nova legislação de saúde mental em Samoa, foram examinadas 32 leis diferentes que eram relevantes à saúde mental. Entre essas estava a Lei de Cidadania (1972), a Lei de Processo Criminal (1972), Decreto de Saúde (1959), Lei Komesina o sulufaiga (Ombudsman) (1988), Decreto de Saúde Mental (1961), Lei do Ministério das Questões das Mulheres (1990), Lei de Farmácia (1976) e Lei dos Curadores (1975).

(WHO Mission Report, 2003)

2.3 Estudo das convenções e normas internacionais

Países que ratificaram convenções internacionais de direitos humanos têm obrigação de proteger, respeitar e realizar os direitos consagrados nesses instrumentos por meio de legislação, políticas e outras medidas.

Conforme discutido no Capítulo 1, o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* (PIDCP, 1966) e o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (PIDESC, 1966) representam dois instrumentos internacionais chave ratificados pela maioria dos países do mundo. Assim, é importante que esses instrumentos sejam inteiramente revistos quando a legislação de saúde mental estiver sendo planejada. Conforme já mencionado, várias normas internacionais – ainda que sem força de lei – representam consenso internacional sobre normas aceitas para a boa prática e fornecem um referencial útil para desenvolver e implementar legislação e política de saúde mental. Entre elas se incluem os *Princípios ASM*, as *Regras Padrão*, a *Declaração de Caracas*, a *Declaração de Madri* e outras normas como a *Legislação de Atenção à Saúde Mental da OMS: Dez Princípios Básicos* (ver Capítulo 1, seções 6 e 7).

2.4 Revisão da legislação de saúde mental de outros países

A revisão da legislação relacionada a questões de saúde mental de outros países geralmente dá uma boa idéia dos componentes incluídos na legislação de diferentes países. Ao proceder a uma revisão desse tipo é importante lembrar que muitos países ainda têm legislação antiquada. Dessa forma, a revisão deve concentrar-se em países que promulgaram legislação progressista que reflete normas internacionais de direitos humanos e conhecimento corrente na área de atenção e tratamento de saúde mental. A revisão também deve examinar criticamente o efeito da legislação na melhoria da situação para os que sofrem de transtornos mentais nesses países. As razões para o fracasso podem ser legislação mal elaborada e dificuldades de implementação resultantes de disposições legislativas que não levam em conta as realidades práticas do país. Um recurso útil para acessar a legislação de diferentes países é o banco de dados on-line, *WHO International Digest of Health Legislation* (IDHL) (<http://www.who.int/idhl>).

Um exemplo de legislação mal elaborada é uma cláusula legislativa exigindo atestado de pelo menos dois psiquiatras para a admissão compulsória a hospital em países onde a escassez de psiquiatras impossibilita cumprir tal exigência. Embora o propósito da cláusula seja garantir proteção adequada contra admissão compulsória, o resultado poderia ser o oposto. Em muitos casos, devido a ser impossível o cumprimento da exigência, ela é simplesmente ignorada e os profissionais e familiares continuam com as práticas existentes e freqüentemente inadequadas para aplicação da admissão compulsória. Em outros casos, ao buscar cumprir a lei tentando

encontrar dois psiquiatras, a pessoa em necessidade de admissão e tratamento involuntários não receberá nenhuma atenção; isso também pode ser considerado violação de direitos humanos. Uma opção melhor seria exigir atestado por pelo menos dois profissionais de saúde mental, dos quais um deve ser psiquiatra. Outros profissionais de saúde mental poderiam ser: assistentes sociais psiquiátricos, psicólogos e enfermeiros psiquiátricos, aumentando assim o estoque de profissionais de saúde mental disponíveis para dar o atestado e satisfazer a necessidade de proteção adequada para pessoas com transtornos mentais.

Ao examinar a lei de saúde mental de outro país pode haver variáveis sociais, econômicas e culturais ou fatores específicos àquele país. Por isso, certas cláusulas podem não ser aplicáveis ao país em pauta. Por exemplo: um país pode restringir a tutela a membros da família imediata da pessoa ou referir-se ao “cônjuge” de um paciente. Isto seria impróprio em um país onde uma família estendida possuísse direitos culturalmente determinados com respeito a uma pessoa ou onde fossem permitidos casamentos poligâmicos. Assim, pode haver necessidade de modificar e adaptar as cláusulas para que correspondam à situação social, econômica e cultural daquele país específico.

Exemplos de obstáculos e fatores facilitadores para a formulação de legislação de saúde mental

| Obstáculos | Fatores facilitadores |
|--|--|
| Tensão entre os que defendem uma abordagem da legislação baseada nos direitos humanos individuais e os que enfatizam a segurança pública. | Formulação de uma lei de saúde mental assumindo uma perspectiva baseada nas necessidades (ou seja, abordando tanto as necessidades do usuário como as necessidades da sociedade em geral). |
| Tensão entre a hegemonia médica contra uma abordagem de direitos humanos para a legislação. Ou seja, diferenças entre pessoas que acreditam que os profissionais médicos sabem o que é melhor para um paciente e aquelas que acreditam que o usuário é quem sabe melhor. | Formulação de uma lei de saúde mental da perspectiva do usuário e por meio de um processo participativo envolvendo muitos setores e disciplinas. |
| Conflitos entre os que preferem legislação de saúde mental centrada exclusivamente no tratamento e direitos dos pacientes e os que preconizam legislação relacionada a promoção e prevenção. | Designação de representantes de ambos os grupos de interesse para o grupo de elaboração. |
| Tensão entre os direitos e responsabilidades das famílias e os direitos e responsabilidades dos usuários. | Seminários com representantes das famílias e organizações de usuários para examinar e discutir questões e interesses chaves de cada grupo. Inclusão de ambos grupos na equipe de elaboração. |
| Resistência de psiquiatras que percebem as cláusulas estabelecidas na legislação e as regulamentações como ameaça à autonomia clínica. | Seminários sobre direitos dos pacientes e ética médica com a participação de especialistas nessas áreas. |
| Baixa prioridade atribuída à legislação de saúde mental pelo governo, parlamento e setores externos ao setor de saúde. | Capacitação para o empoderamento das organizações de usuários, atendentes e outros grupos de defesa de direitos. Pressão sobre o legislativo e descoberta de deputados que possam estar preparados para promover a legislação de saúde mental. Para detalhes adicionais, ver Módulo sobre Defesa de Direitos para a Saúde Mental [<i>Module on Advocacy for Mental Health</i>] (WHO 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/ |
| Resistência do público em geral a legislação voltada aos direitos humanos. | Informação e educação do público. |

O box acima apresenta exemplos de certos obstáculos e fatores facilitadores do processo de formulação de legislação de saúde mental. Cada país enfrentará determinados obstáculos específicos a sua situação e condições e os exemplos não são, de modo algum, exaustivos.

2.5 Formação de consenso e negociação para a mudança

O capítulo anterior forneceu orientação sobre as questões a serem incluídas na nova legislação e/ou que deveriam comandar emendas e modificações necessárias na legislação existente. Entretanto, é necessário formar consenso em torno dessas questões. Entre os interessados se encontram políticos e parlamentares, formuladores de políticas, ministérios de governo (saúde, previdência social, justiça e fazenda), profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos e assistentes sociais), membros da família dos que têm transtornos mentais, usuários e grupos de usuários, organizações de defesa de direitos, fornecedores de serviço, organizações não governamentais, grupos de direitos civis, organizações religiosas e congregações de comunidades específicas. Em alguns países pode ser necessário incluir também no processo os líderes comunitários e os curandeiros tradicionais.

A formação de consenso e a negociação desempenham um papel importante, não só na elaboração da legislação mas também na garantia de que a legislação seja implementada após ser adotada. É necessário também um consenso amplo porque a legislação de saúde mental não pode ser adotada por uma sociedade a menos que sejam abordados certos conceitos equivocados, incompreensões e temores relativos aos transtornos mentais. O box abaixo apresenta exemplos de certos obstáculos e de fatores facilitadores do processo de formular legislação de saúde mental. Cada país enfrentará determinados obstáculos específicos a sua situação e condições e os exemplos não são de modo algum exaustivos.

2.6 Educação do público sobre questões relativas à saúde mental e aos direitos humanos

Devido a uma falta de conhecimento sobre questões de saúde mental entre o público em geral, em muitos países existe resistência, e às vezes oposição, à legislação de saúde mental orientada para os direitos humanos. Há um considerável estigma e discriminação contra pessoas com transtornos mentais. Isso pode resultar em oposição pública à legislação quando ela estiver sendo processada pelo corpo legislativo, ou mesmo em uma sabotagem da legislação depois de sua aprovação.

É importante que o público seja informado e educado sobre o que é um transtorno mental e que direitos têm as pessoas com transtornos mentais. Isso facilitaria muito o processo de elaboração, adoção e implementação da legislação.

Atividades preliminares na elaboração da legislação de saúde mental: Questões Centrais

- O processo para uma nova legislação de saúde mental pode ser iniciado por profissionais responsáveis pela saúde mental em um ministério, uma comissão legal (ou corpo semelhante), a unidade jurídica no interior de um ministério, uma ONG, ou por grupos de usuários, familiares, defesa de direitos, profissionais ou outro grupo que identificar a necessidade.
- Informações sobre transtornos mentais, necessidades e barreiras podem ser obtidas de estudos epidemiológicos, coleta de informações quantitativas (junto a locais de tratamento, por exemplo), realização de estudos qualitativos (tais como com grupos de foco de usuários) ou extrapolação a partir de outros países com características sociais e culturais semelhantes.
- Devem ser identificadas as barreiras que podem ser tratadas pela legislação.
- Deve-se empreender e revisar a avaliação de toda a legislação relevante à saúde mental.
- As convenções e normas internacionais devem ser meticulosamente estudadas para assegurar que direitos internacionalmente aceitos sejam incluídos na legislação.
- O exame cuidadoso de leis progressistas de outros países, bem como a consideração dos elementos que tornaram eficaz a implementação dessas leis, podem fornecer orientação útil para o desenvolvimento de uma lei nacional. Entretanto, a viabilidade e aplicabilidade devem ser cuidadosamente avaliadas para cada país específico.
- O processo de formar um consenso para a legislação de saúde mental deve começar o mais cedo possível para que diferentes opiniões possam ser incorporadas e facilitar a posterior implementação.

3. Elaboração da legislação de saúde mental

3.1 O processo de elaboração

O processo de elaborar uma nova legislação varia de país para país dependendo das estruturas legislativas, administrativas e políticas particulares a cada um. Este Livro de Recursos não busca interferir nesses mecanismos bem estabelecidos que são desenvolvidos e aceitos em nível local. Vários fatores determinam com que frequência e por quem uma nova legislação é elaborada. Tem-se sugerido que a legislação provavelmente deva ser revista a cada 5 a 10 anos, mas se houver problemas com o conteúdo ou implementação da lei em vigor, ela deve ser revista o mais cedo possível. Em alguns países a lei inclui um “poder para remover dificuldades” que possibilita que certas mudanças – que não são fundamentais em estrutura e efeito, mas que podem ser necessárias para permitir que a legislação atenda melhor o propósito para o qual foi aprovada – sejam feitas sem que seja preciso esperar pelo processo legislativo. A lei de saúde mental na Índia, por exemplo, estipula que “se surgir alguma dificuldade para colocar em vigor as disposições desta Lei em algum estado, o governo do estado pode, por decreto, fazer alguma coisa não incompatível com essas disposições e que se afigure necessária ou conveniente no intuito de remover a dificuldade”. (Artigo 97 da Lei Indiana de Saúde Mental, 1987).

Em alguns países, uma comissão de elaboração especialmente constituída é designada pelo corpo legislativo ou o ministério pertinente recebe a incumbência de elaborar a lei; outros países têm uma comissão jurídica ou um corpo semelhante que realiza essa função (ver seção 2 acima). Em países que carecem de estruturas bem definidas para elaborar nova legislação, o setor de saúde mental do ministério pode desempenhar um importante papel facilitador.

Exemplo: O processo de elaboração em Portugal e África do Sul

Em Portugal, após uma Conferência Nacional dos principais interessados, em que se aprovou um conjunto de recomendações em favor de uma nova legislação, os Ministérios de Saúde e Justiça nomearam dois grupos de trabalho e os encarregaram de redigir a minuta de uma nova legislação de saúde mental. Um grupo trabalhou sobre aspectos relacionados à política de saúde mental e aos direitos do paciente, enquanto o outro lidou com a regulamentação do tratamento compulsório. Esse processo levou mais de dois anos e envolveu extensa consulta com muitos grupos diferentes.

(Comunicação pessoal, Dr. J. M. Caldas de Almeida, Conselheiro Regional da OMS para a Região das Américas, 2003.)

Na África do Sul, a necessidade de nova legislação foi identificada pelo Ministério da Saúde, em parte porque várias cláusulas da legislação existente foram vistas como inconstitucionais após a mudança política do apartheid para a democracia. O Diretório responsável pela Saúde Mental foi designado para coordenar um processo de consulta e elaboração. O processo, da concepção até a promulgação pelo Parlamento, levou aproximadamente cinco anos.

(Comunicação pessoal, Prof. M. Freeman, Ministério da Saúde, África do Sul, 2003)

O ponto crucial não é qual grupo elabora a legislação, mas sim que haja conhecimento e experiência significativos e suficientes contribuindo no processo para garantir que o projeto produzido seja completo, abrangente, reflita um equilíbrio entre ideologias em competição (embora razoáveis), tenha considerado adequadamente todas as informações relevantes disponíveis, e possa produzir uma minuta substantiva adequada às circunstâncias locais. Alguns países podem optar por designar um comitê composto de várias pessoas que sejam em si mesmas capazes de atender todos os critérios e produzir a minuta. Outros países podem designar apenas uma ou duas pessoas para elaborar a legislação, com autorização para aproveitar as habilidades de outros dotados da perícia relevante e representando diferentes interesses para assegurar que os critérios acima sejam atendidos. Também é possível uma combinação entre esses modelos.

Tais decisões dependerão de fatores como a disponibilidade de conhecimento especializado, custos de diferentes abordagens em relação aos recursos disponíveis e uma avaliação sobre qual abordagem tende a ser mais eficaz naquele país. O escopo da legislação proposta também determinará a composição e amplitude da consulta. Um país que opta, por exemplo, por uma legislação abrangente contemplando todas as questões relevantes para pessoas com transtornos mentais necessitará de peritos que possam aconselhar sobre aspectos como habitação, emprego, benefícios sociais, bem-estar e justiça.

Na maioria dos países, o grupo de elaboração precisará se valer do conhecimento especializado de:

- um representante do ministério da saúde, normalmente o profissional encarregado da saúde mental, que pode presidir o comitê, coordenar o processo ou atuar como secretário executivo;
- representantes dos demais ministérios envolvidos (por exemplo, fazenda, educação, emprego, habitação, previdência social e justiça);
- profissionais de saúde mental;
- advogados com experiência em saúde mental e outros setores;
- pessoas (da área jurídica ou outras) com experiência em direitos humanos;
- representantes de usuários, familiares e atendentes;
- organizações não governamentais que representam os interesses de pessoas com transtornos mentais;
- peritos com experiência de trabalho com minorias e outros grupos vulneráveis (por exemplo, mulheres, crianças e idosos);
- legisladores com interesse em questões de saúde mental.

Apesar da abrangência proposta para essa fase de desenvolvimento da legislação, a minuta produzida deve ser submetida ainda a vários outros processos através dos quais outros (ou os mesmos) interessados terão a oportunidade de apresentar contribuição e influenciar a legislação final (ver subseção 3.3 abaixo).

3.2 A necessidade de consultas

Uma vez redigida a legislação, ela deve ser apresentada para consulta com todos os interessados chaves do campo da saúde mental. Mediante o processo de consulta, potenciais fragilidades da legislação proposta podem ser eliminadas, conflitos com a legislação existente e com práticas consuetudinárias locais podem ser corrigidos, questões inadvertidamente

omitidas podem ser acrescentadas e dificuldades práticas na implementação podem ser solucionadas.

Se bem planejada, e sistematicamente executada, a consulta também tem potencial para influenciar positivamente a adoção da legislação proposta, bem como sua implementação depois de promulgada. A consulta propicia uma oportunidade para elevar a consciência pública sobre as necessidades das pessoas com transtornos mentais e a prevenção de tais transtornos. Ela também envolve a comunidade e com isso aumenta a visibilidade do ônus dos transtornos mentais. Todos esses fatores aumentam a probabilidade de implementação eficaz da legislação após sua promulgação.

3.3 Convocação à consulta

Em muitos países haverá um processo estatutário de consulta bem como um processo ligeiramente menos formal. Antes que a legislação seja submetida ao corpo legislativo, muitos países publicam uma cópia da minuta em uma publicação formal como um diário oficial. O público recebe então um determinado prazo (por exemplo, três meses) para comentar. Todos os comentários recebidos devem ser cuidadosamente considerados e as devidas mudanças devem ser feitas. Entretanto, nesse momento, a consulta extensa já deve ter acontecido. Os parágrafos seguintes tratam dessa fase não estatutária do processo de consulta.

Deve-se empreender consulta com usuários de serviços de saúde mental, famílias de pessoas com transtornos mentais, organizações de defesa de direitos, ONGs, grupos profissionais, órgão e ministérios de governo, fornecedores de serviço, representantes comunitários e quaisquer outros direta ou indiretamente afetados pela legislação. Muitos desses grupos terão sido envolvidos na elaboração inicial, mas esse estágio oferece uma oportunidade para consulta mais ampla. Cada um desses grupos de interesse pode incluir muitos subgrupos com perspectivas nitidamente diferentes.

(Ver também, *Mental Health Policy and Service Guidance Package, Advocacy for Mental Health* (WHO, 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

No âmbito do governo, os ministérios responsáveis pelos serviços de saúde, assistência/previdência social, educação, emprego, justiça, polícia, serviços correccionais, fazenda, habitação (e ainda outros) estão envolvidos e precisam ser consultados. A divisão exata de responsabilidades entre os ministérios do governo varia de país para país. Em alguns países, o ministério da saúde terá jurisdição sobre aspectos da legislação proposta referentes à atenção e tratamento, ao passo que as necessidades de reabilitação e prevenção podem ser responsabilidade dos ministérios de assistência/previdência social. Em outros países, todas essas funções podem cair na alçada do ministério da saúde. Seja qual for a estrutura existente, a consulta tanto com o ministério da saúde como com o da previdência seria essencial para evitar sobreposições, duplicação ou conflitos. O Ministério da Fazenda também precisaria ser consultado, já que é provável que a legislação proposta possa ter implicações financeiras para os fornecedores de serviços públicos e privados, e que haja custos na montagem dos órgãos de regulamentação e monitoração. Por isso, o apoio e compromisso desse departamento com a legislação são cruciais para assegurar a adequada provisão financeira para a efetiva implementação da legislação. Da mesma forma, seria necessária consulta com outros ministérios de governo com relação às seções da legislação que lhes forem pertinentes.

Grupos profissionais, incluindo psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais psiquiátricos, terapeutas, profissionais de reabilitação e outros profissionais que interagem

com o sistema de saúde mental terão responsabilidade cotidiana pela implementação do disposto na legislação de saúde mental. É provável que os grupos profissionais possam identificar dificuldades de implementação específicas à prática da atenção e tratamento. É essencial, portanto, que suas opiniões sejam levadas em conta quando a legislação estiver sendo elaborada.

Os usuários são os principais beneficiários da lei e sua contribuição e envolvimento é crucial. Em muitos países, as famílias são frequentemente as primeiras a fornecer atenção e, por isso, estão diretamente envolvidas nessa legislação. Por vezes, existe tensão entre grupos de usuários e grupos que representam os familiares de pessoas com transtornos mentais em sua orientação e posição ideológica rumo ao tratamento e legislação de saúde mental. É importante que o processo de consulta abarque todas as opiniões nesse aspecto. Em certos países, particularmente aqueles em que os grupos de usuários e de defesa de direitos das famílias já se encontram estabelecidos há algum tempo e onde se encontra consolidada uma ética de respeito pela opinião do paciente, é relativamente fácil obter contribuições úteis desses grupos. Entretanto, em muitos países essa pode ser uma das principais dificuldades. Pessoas com transtornos mentais muitas vezes se sentem completamente impotentes e muitos vêm de comunidades desprivilegiadas onde suas opiniões em geral não são procuradas. A hegemonia dos médicos e outros profissionais de saúde também costuma ser um obstáculo à obtenção das perspectivas dos usuários e familiares. A visão de que “o doutor é quem sabe” é extremamente forte em muitos países. Dessa forma, o processo de colher as opiniões dos usuários muitas vezes é muito mais complicado do que meramente pedir contribuições; pode envolver um intenso processo de treinamento e capacitação antes que se possa obter resposta útil. Isso frequentemente significa também ir até à população, em lugar de esperar que ela apresente suas opiniões.

O processo de consulta também deve incluir as agências estatutárias que serão envolvidas na implementação da legislação de saúde mental. Entre elas se inclui a polícia, funcionários prisionais e magistrados que trabalham na área, e não apenas pessoal nacional ou da “matriz”, que podem não estar em contato direto com as ocorrências cotidianas. Também devem ser envolvidos no processo de consulta os representantes de grupos minoritários e outros grupos vulneráveis.

Outros grupos importantes que devem ser envolvidos na consulta são os políticos, legisladores e outros formadores de opinião. Esses grupos podem desempenhar um papel chave no processo subsequente de adoção e implementação da legislação. Podem ajudar a elevar a consciência sobre questões de saúde mental, ajudar na identificação de dificuldades potenciais na implementação ao nível da comunidade, e dar sugestões para ação corretiva na fase de redação. O envolvimento de deputados também pode prevenir possíveis discordâncias que podem surgir mais tarde no corpo legislativo e possibilitar que os redatores façam as necessárias modificações já no início do processo.

Exemplos de interessados fundamentais a serem convocados para consulta sobre a legislação de saúde mental proposta

- Órgãos de governo, como os ministérios da saúde, fazenda, direito, educação, emprego (trabalho), previdência social, justiça, polícia e serviços correccionais e habitação.
- Instituições acadêmicas e entidades profissionais representando profissionais como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais médicos e psiquiátricos, bem como enfermeiros psiquiátricos e outros profissionais que interagem com o sistema de saúde mental.
- Representantes de grupos de usuários e representantes de famílias e atendentes de pessoas com transtornos mentais.
- ONGs, inclusive organizações de defesa de direitos representando os interesses de pessoas com transtornos mentais e suas famílias.
- O setor privado e ONGs que fornecem atenção, tratamento e serviços de reabilitação a pessoas com transtornos mentais.
- Políticos, legisladores e formadores de opinião.
- Agências de execução da lei, como a polícia e funcionários do sistema prisional.
- Autoridades judiciais, entre as quais advogados e representantes legais.
- Autoridades religiosas.
- Organizações representando minorias e outros grupos vulneráveis (como mulheres e crianças).
- Grupos da comunidade mais ampla, incluindo grupos de direitos civis, associações como sindicatos de trabalhadores, associações de funcionários da previdência, grupos patronais, associações de moradores, grupos religiosos e congregações de comunidades específicas.

A legislação de saúde mental que objetiva promover a atenção comunitária de pessoas com transtornos mentais não terá sucesso sem o envolvimento ativo da comunidade mais ampla e dos afetados. Alguns dos maiores desafios pode vir dessa parte da consulta. A clientela comunitária é difusa e dispersa e provavelmente o modo mais eficaz de obter suas opiniões é mediante uma abordagem ampla. Isso pode envolver a abordagem de questões de saúde mental em vários tipos de grupos de direitos civis, associações como as de sindicatos de trabalhadores, associações de pessoal da previdência, grupos patronais, associações de moradores, grupos religiosos e congregações de comunidades específicas. Esse método de obter a opinião da comunidade pode gerar uma avaliação mais específica do que o método mais global de uma consulta pública de âmbito nacional. A caracterização ampla de “consulta pública” quase sempre oculta o fato de que a consulta está sendo confinada à classe média educada e articulada de um país, embora as dificuldades encontradas devido a transtornos mentais sejam predominantes em comunidades mais pobres.

3.4 Processo e procedimento de consulta

Existem vários processos de consulta e vários objetivos podem ser alcançados por meio deles. Podem-se solicitar, por exemplo, apresentações escritas de indivíduos e grupos interessados, realizar consultas orais com cada uma das clientelas acima mencionadas e diferentes grupos podem ser reunidos. Ou pode haver uma combinação desses processos, como uma apresentação escrita seguida por audiências orais e podem-se utilizar grupos de foco ou outros mecanismos criativos. Embora normalmente o objetivo básico das consultas seja ouvir o que pessoas ou grupos pensam e acham da minuta de legislação, essa pode ser uma

oportunidade para os redatores se envolverem com os interessados e para os diferentes interessados se envolverem entre si. A consulta pode ser usada para desenvolver posições de consenso entre grupos com perspectivas diferentes.

As apresentações escritas têm as vantagens do tempo e do custo e propiciam um registro público preciso das opiniões dos interessados. Obter e processar consulta escrita demanda relativamente menos tempo e recursos que realizar audiências orais. Se as pessoas puderem ser persuadidas a responder, pode-se envolver um número maior de indivíduos e grupos. As principais desvantagens desse processo são a falta de oportunidade para o diálogo e o fato de que em muitos países uma grande porcentagem da população é analfabeta. Em apresentações escritas, os consultados apresentam seu ponto de vista, mas outras opiniões não são necessariamente apresentadas. Assim, as possibilidades de construir um consenso e iniciar uma mudança de atitude são substancialmente reduzidas. Isso também pode excluir uma grande parte da clientela cujas opiniões são particularmente importantes, como a população pobre e a de origens desprivilegiadas ou minoritárias, já que pode não estar apta a ler a legislação proposta ou escrever uma resposta.

Além disso, quando se recebem respostas escritas, é preciso tomar o cuidado para que as respostas mais articuladas ou mais “elegantemente” escritas e apresentadas não sejam levadas mais a sério que as mal redigidas e apresentadas. A menos que aqueles que receberem as respostas estejam particularmente atentos a potenciais preconceitos, podem considerar uma resposta gerada e impressa por um computador mais importante que uma resposta escrita à mão, que é difícil de decifrar e escrita em gramática inarticulada. Isso poderia arruinar certas metas da legislação tais como maior equidade nos serviços para os pobres e capacitação de pessoas com deficiências em relação aos profissionais envolvidos. Além disso, as apresentações escritas podem tornar-se a articulação de um problema particular enfrentado por um consultado, enquanto as questões mais amplas da política que a consulta tenta levantar passam para o segundo plano. Embora admitindo que isso demanda tempo e dinheiro, o processo ótimo com relação às apresentações escritas seria documentar e fazer circular as opiniões de todos os consultados e incentivá-los a se envolverem com opiniões opostas às suas próprias.

Entre as clientelas acima discutidas, a consulta por escrito com resposta escrita é muito importante nas interações com as autoridades governamentais. Uma opinião escrita ajuda os ministérios do governo no processo de assumir posições e firmar compromissos. Isso pode contribuir significativamente no processo de implementação da legislação. Consulta com o ministério da fazenda, por exemplo, ajudará esse ministério a identificar a necessidade de recursos adicionais para implementar a legislação de saúde mental e formalizar o compromisso para fornecer esses recursos uma vez adotada a lei. A consulta oral tem a vantagem de iniciar um diálogo entre os participantes. Isso a converte em um método mais útil para formar e alterar opiniões. A consulta oral também envolve discussão e debate que possibilita uma exploração mais detalhada das questões e aumenta as chances de obter consenso. Às vezes os interessados não dispõem de todas as informações que ajudaram na formulação de certas decisões tomadas no processo de redação e as discussões orais podem possibilitar que todas as informações pertinentes sejam compartilhadas. As consultas orais propiciam uma oportunidade para a minuta de legislação ser explicada a analfabetos ou pessoas que acham difícil entender a linguagem na qual a lei foi redigida e de receber sua avaliação a respeito.

Métodos escritos e orais de consulta têm suas vantagens e desvantagens e, por isso, o ideal é uma mistura de ambos. O processo de consulta poderia começar pela busca de opiniões por escrito de indivíduos e grupos interessados. Essas opiniões podem ser processadas e os indivíduos e grupos cujas respostas necessitam de discussão e deliberação adicional podem ser convidados para consultas orais. Ao mesmo tempo, para manter todos os interessados envolvidos no processo de consulta, um resumo da apresentação escrita sobre Questões Centrais, bem como o teor geral das deliberações orais, poderiam ser compartilhados na mídia e fornecidos mediante solicitação. As partes interessadas poderiam ter uma nova oportunidade para fazer apresentações nessa fase.

Na maioria dos países, a legislação de saúde mental é parte de um processo de reverter alguns preconceitos mais profundamente arraigados da sociedade. Isso pode ser feito não só através do “produto” (ou seja, a legislação produzida), mas também através do “processo”. O processo de consulta para elaboração da legislação de saúde mental oferece uma oportunidade para que preconceitos sejam reconhecidos e enfrentados.

Exemplo: O processo de consulta na República da Coreia

O Departamento de Saúde Mental no Ministério de Saúde e Previdência propôs emendas à Lei de Saúde Mental para estabelecer centros de saúde mental comunitária para promover reabilitação de base mais comunitária. Os centros empreenderiam a prevenção em saúde, a identificação de novos pacientes, aconselhamento e tratamento, além de coordenar recursos comunitários para a melhoria da saúde mental. Foram realizadas audiências públicas e houve oposição à nova lei proposta manifestada por alguns profissionais que operavam instalações de reabilitação. Eles achavam que seus papéis seriam enfraquecidos pelos novos centros de saúde mental comunitária. Entretanto, os usuários e familiares apoiaram o novo papel dos centros de saúde mental comunitária. Após ouvir e considerar todos os pontos de vista em conflito, decidiu-se prosseguir com a legislação para estabelecer centros de saúde mental comunitária.

(Comunicação pessoal, Dr. Tae-Yeon Hwang, Diretor do Departamento de Reabilitação Psiquiátrica e Saúde Mental Comunitária, Centro de Colaboração da OMS para Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental Comunitária, Hospital Mental de Yongin)

O processo de consulta variará de país a país. Entretanto, existem princípios que podem orientar os países nesse esforço. Deve-se lembrar também que muitos países possuem uma fase estatutária para o “comentário público”, quando comentários adicionais podem ser feitos antes que a minuta seja considerada pelo corpo legislativo (ver adiante, subseção 4.1). Além disso, o próprio corpo legislativo pode convocar apresentações escritas ou orais.

Exemplo: Elaboração da lei no Chile

A formação de consenso e da vontade política

A *Declaração de Caracas* (1990) teve uma forte influência no Chile, desencadeando um processo de análise e reflexão sobre as políticas e serviços de saúde mental que operam no sistema de saúde pública (um sistema que cobria entre 60 e 70% da população e era dono dos quatro hospitais psiquiátricos em funcionamento no Chile). O país estava no processo de retorno à democracia após 17 anos de ditadura. A população estava sensível quanto a questões sociais e violações de direitos humanos (ou seja, assassinato, desaparecimentos, prisão, campos de concentração, tortura, exílio), embora não especificamente consciente dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. As primeiras políticas e plano nacional de saúde mental, formulados com a participação de mais de 100 profissionais de saúde mental e aprovados pelo Ministro de Saúde em 1993, incluíam considerações sobre os direitos humanos das pessoas que utilizavam serviços psiquiátricos e definiam a necessidade de melhorar as leis para proteger os direitos dos pacientes.

Elaboração e consulta

Em 1995 foi criada uma força-tarefa pela Unidade de Saúde Mental do Ministério da Saúde, constituída por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, advogados e outros profissionais, com o objetivo de elaborar uma lei de saúde mental. Levando em conta as realidades sociais e econômicas, a força-tarefa decidiu que mereceria prioridade a proteção dos direitos de pessoas em instalações de internação. Isso seria realizado mediante a mudança de regulamentações emitidas em 1927. A alteração dessas regulamentações exigiu um decreto assinado pelo Presidente do Chile e pelo Ministro da Saúde, evitando assim um processo mais demorado no Parlamento (semelhante à cláusula para o “Poder para Remover Dificuldades” na Lei de Saúde Mental da Índia – ver subseção 3.1). Em 1996, uma primeira minuta foi enviada para consulta a profissionais de saúde mental em todas as regiões do país e para a organização nacional de famílias e amigos de pessoas com inaptidão mental (naquele momento não havia nenhum grupo de usuários no Chile). Um passo importante no processo foi convencer muitos profissionais de saúde mental de que as pessoas com transtornos mentais podiam dar consentimento informado para tratamento durante a maior parte do tempo, e de que era necessário mudar a prática comum no país naquele momento, de os familiares darem consentimento em nome de seu parente com transtorno mental.

(Comunicação pessoal, Dr. Alberto Minoletti, Ministério da Saúde, Chile)

O grupo, entidade ou indivíduo(s) designado(s) para elaborar a legislação deve(m) assegurar que o processo de consulta seja abrangente, imparcial e aberto. Para conseguir isto, serão necessários recursos humanos e financeiros. Alguns países podem fazer uso de ministérios do governo (provavelmente o da saúde) ou daqueles responsáveis pelo desenvolvimento de políticas de saúde mental (se não no mesmo ministério) para coordenar ou ajudar no processo. Em países com uma comissão legal ou estrutura semelhante, os recursos para consulta podem já estar alocados nos orçamentos dessas entidades para tal propósito.

Ao término da fase de consulta, é útil que a junta de elaboração publique um relatório sobre sugestões, objeções e indagações recebidas durante o processo de consulta e as respostas que lhes foram dadas pela junta. As seções da legislação proposta que receberam objeções substantivas precisam de particular atenção. Como uma boa medida prática, é aconselhável que o grupo de elaboração dê uma resposta detalhada a toda objeção substantiva que não seja

aceitável pelo mesmo e as razões pelas quais, na opinião do grupo, não são necessárias modificações, alterações ou mudanças na legislação proposta.

3.5 Linguagem da legislação

Uma vez concluído todo o período de consulta os redatores precisarão preparar a legislação para apresentação à estrutura que converte as minutas em lei. Esse processo normalmente exigirá um especialista em redação legal que esteja familiarizado com o estilo e as normas de legislação do país.

Além disso, as leis de saúde mental devem ser escritas, na medida do possível, de uma maneira que seja a mais acessível possível às muitas pessoas que precisarão lê-las e compreendê-las. Em muitas tradições jurídicas do passado, havia uma crença de que a lei era escrita para os peritos legais e que se deveria empregar o jargão jurídico e termos latinos (qualquer que fosse a língua em que a lei estivesse sendo redigida). Isso dificultava muito o seu entendimento pelos profissionais de saúde mental e o público afetado. A lei de saúde mental, por isso, deve ser escrita da maneira mais simples possível (sem simplificar demais as cláusulas importantes), e escrita em linguagem mais voltada ao público em geral do que a peritos legais.

Os países em geral terão políticas relativas a qual(is) língua(s) e o número de línguas nas quais a legislação deve ser produzida. As leis de saúde mental seguirão essa norma nacional.

A elaboração da legislação de saúde mental: Questões Centrais

- A maioria dos países terá estruturas e processos bem estabelecidos que devem ser seguidos para o desenvolvimento da legislação. No entanto, a seção de saúde mental no ministério da saúde pode desempenhar um importante papel facilitador no processo de elaboração.
- Deve haver conhecimento e experiência importantes e suficientes introduzidos no processo de elaboração para assegurar que a legislação produzida seja útil e significativa.
- A abrangência que se pretende dar à legislação influenciará os participantes, mas em geral se deve incluir a perícia profissional e não profissional.
- Uma vez concluída a minuta, ela deve passar por uma revisão generalizada mediante consulta com todos os interessados chaves.
- As formas de consulta podem variar e os países podem empregar diferentes meios para alcançar a máxima contribuição e discussão. No entanto, é útil adotar um processo escalonado no tempo que inclua as três fases seguintes:
 1. Publicação do documento preliminar na imprensa e mídia eletrônica do país e solicitação de respostas do público em geral
 2. Convite a respostas escritas de todos os interessados chaves
 3. Reuniões públicas regionais e nacionais para analisar, discutir e negociar as objeções ou sugestões mais freqüentes e importantes relativas à legislação projetada.
- Serão necessários recursos humanos e financeiros adequados para que o processo de consulta seja abrangente, imparcial e aberto.
- Ao término do processo de consulta é útil que o grupo de elaboração publique um relatório sobre as sugestões, objeções e questões recebidas durante o processo de consulta, bem como a resposta que o grupo de elaboração deu às mesmas.
- As leis de saúde mental devem ser escritas, na medida do possível, de uma maneira que seja acessível ao público em geral.

4. Adoção da legislação

Após a revisão da nova lei com base nos comentários recebidos durante o processo de consulta, a legislação é submetida à entidade com poder para aprovar leis. Este é um passo potencialmente – embora não necessariamente – muito demorado e uma fase em que a legislação proposta pode atolar em detalhes técnicos. Isso exige a persuasão de políticos e membros-chaves do poder executivo do governo e do corpo legislativo sobre a necessidade urgente de uma nova legislação de saúde mental e, por isso, sobre a necessidade de dedicar tempo legislativo adequado a esse processo. Embora o apoio do governo para uma nova lei (normalmente) deva ter sido dado antes da formação da junta de elaboração, assim que um documento final esteja pronto para ser enviado ao corpo legislativo, outras prioridades políticas podem receber precedência e, com isso, pode ocorrer demoras no processo, já que, em muitos países, a saúde mental tem baixa prioridade política.

4.1 Processo legislativo

O processo legislativo para a adoção de novas leis varia de país para país, dependendo de suas tradições legais e sistemas políticos. Apresenta-se a seguir a descrição de um processo geral e as dificuldades que podem surgir em diferentes fases.

4.1.1 Responsabilidade pela adoção da legislação

O parlamento ou um corpo soberano de elaboração de leis é, em última análise, responsável pela adoção da legislação na maioria dos países. Em alguns deles, o parlamento nacional pode ser o corpo legislativo exclusivo, ao passo que, em outros dotados de uma constituição “federal”, os “estados” ou “províncias” do país podem ser autorizados a elaborar leis além das do corpo legislativo nacional. Em países federativos, os poderes legislativos em diferentes campos são divididos entre a federação e seus estados constituintes e, dependendo da jurisdição localmente determinada, das leis de saúde ou leis concernentes à saúde mental, essa pode ser uma responsabilidade nacional ou regional. Em alguns países pode haver leis nacionais abarcando princípios e objetivos superiores e leis estaduais/distritais/provinciais fornecendo mais detalhes concernentes às diferentes disposições e sua aplicação. Em tais casos, essas últimas leis terão de seguir princípios fundamentais que se encontram definidos na lei nacional de saúde mental.

Enquanto para a maioria dos países uma lei deve ser aprovada no legislativo e promulgada antes de poder ser implementada, as constituições de alguns países possibilitam a implementação imediata de mudanças nas leis por meio de um decreto administrativo emitido pelo governo. Entretanto, tal decreto precisaria ser posteriormente ratificado pelo parlamento dentro de um prazo estipulado. Se não ratificado, o decreto transcorreria e vigoraria a legislação anterior. Semelhante dispositivo pode ser ocasionalmente útil para provocar implementação ágil da legislação de saúde mental enquanto a legislação proposta percorre sua trajetória através do processo legislativo formal. Esse método também apresenta vantagens possíveis na identificação de dificuldades com a implementação da legislação proposta, já que permite que sejam feitas emendas durante o processo legislativo, com base em experiência prática.

4.1.2 Debate da minuta de legislação e sua adoção

Muitos corpos legislativos possuem subcomissões que examinam cuidadosamente a legislação antes de sua apresentação ao corpo legislativo principal. Essas comissões geralmente desejam receber contribuições de várias perspectivas que as ajudem em suas decisões. Elas podem realizar audiências públicas, solicitar contribuições específicas ou pedir esclarecimento sobre diferentes aspectos da lei.

A fase de debate e adoção do processo legislativo pode ser longa e demandar muito trabalho. Durante essa fase, os legisladores podem propor emendas à minuta de legislação proposta. Os encarregados de conduzir a legislação através do corpo legislativo soberano terão de procurar ativamente e responder às emendas propostas. Em última instância, a decisão de incluir ou rejeitar as emendas propostas é prerrogativa do corpo soberano, mas os responsáveis por apresentar a legislação terão de fornecer considerável orientação aos legisladores sobre os efeitos das emendas propostas, com recomendações para sua aceitação ou rejeição.

Depois de considerar a legislação e fazer emendas, o corpo legislativo (que pode consistir em mais de um nível ou casa do congresso) aprovará, ou rejeitará, a legislação.

4.1.3 Sanção, promulgação e publicação da nova legislação

O propósito dessa fase do processo legislativo é tornar conhecida publicamente a lei adotada e anunciá-la oficialmente. Em regra, a legislação não pode entrar em vigor sem sua publicação oficial e antes que os cidadãos e outros tenham tido tempo para se familiarizarem com ela. Os termos aqui empregados, como “sanção”, “publicação” e “promulgação”, podem ser diferentes em função do país, embora as funções sejam bastante gerais e os países precisarão identificar o termo equivalente para cada um se for empregada terminologia diferente.

A *sanção* da lei adotada é prerrogativa do chefe de Estado. Normalmente o chefe de Estado assina o texto oficial da lei e este ato significa sanção da lei (como, por exemplo, na Alemanha, Lituânia, Polônia, Espanha e Estados Unidos).

Promulgação quer dizer o anúncio oficial da lei adotada mediante a edição de um ato especial como, por exemplo, um decreto sobre a publicação oficial da lei. Normalmente, o governo promulga atos legislativos.

Publicação significa impressão do texto da lei no órgão oficial de divulgação do governo. Essa é uma fase necessária para que a lei adotada possa entrar em vigor. Em muitos países, existem fontes oficiais para textos integrais e autênticos das leis (Coleção de Legislação da Federação Russa e o Jornal Russo na Rússia, Revista de Leis da República Polonesa, Gazeta da República Estoniana, o *Bundesgesetzblatt* na Alemanha).

Normalmente, a constituição ou outra exigência legal estipula um período de tempo após a publicação para que a nova lei possa entrar em vigor (15 dias na Itália, 20 dias no Japão e 10 dias na Federação Russa). Às vezes, essa data pode ser estabelecida no texto da própria lei. Essa preparação é vital para que os cidadãos e outros se familiarizem com o texto, bem como para fazer arranjos organizacionais, se necessário, para a operacionalização da lei. Em alguns países a lei só entra em vigor em uma data fixada pelo chefe de Estado mediante proclamação na publicação governamental apropriada. Isso representa uma vantagem, já que dá margem a

um processo de preparação abrangente com a confiança no conhecimento de que não haverá mudanças ou emendas adicionais.

Em todas as fases, desde a sanção até a promulgação e a publicação, podem ocorrer atrasos e os responsáveis por levar adiante a lei precisarão acompanhá-las junto às autoridades pertinentes, para assegurar que a legislação aprovada pelo corpo soberano seja incluída nos registros estatutários, entrando legalmente em vigor.

4.2 Ações fundamentais durante a adoção da legislação

4.2.1 Mobilização da opinião pública

Exemplo: Adoção da legislação na China

Dificuldades no processo de adoção da legislação

O processo de elaboração para a lei de saúde mental na China durou mais de 16 anos. A redação atual (13ª versão) tem seções que protegem os direitos civis, incluindo o emprego e a educação de pessoas com transtornos mentais, consentimento informado, confidencialidade, hospitalização e tratamento voluntário e involuntário; serviços de reabilitação e de saúde mental comunitária; e promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais.

Entretanto, há algumas dificuldades na adoção da legislação. Em primeiro lugar, muitos interessados a consideram uma mera legislação de “atenção e tratamento”, que se limita ao fornecimento de serviços institucionais. Em segundo lugar, os profissionais e o sistema de saúde em geral estão tendendo a resistir à mudança de um sistema conhecido. Em terceiro lugar, muitos profissionais temem que a sanção de nova legislação possa aumentar a probabilidade de que pacientes e parentes lhes imputem culpa pelos fracassos do sistema. Por isso, profissionais como psiquiatras e enfermeiros, que poderiam ser potencialmente os proponentes mais entusiásticos da nova legislação, permanecem indiferentes à questão.

Desde 1998 são empreendidos esforços para acelerar o processo de adoção da legislação de saúde mental. Os planos para 2002 incluíam mais atividades de levantamento e pesquisa, identificar os principais transtornos mentais e barreiras do país, estudar componentes da legislação em países social e culturalmente semelhantes à China, e formar um consenso para a mudança.

(Comunicação pessoal, Dr. Bin Xie, consultor do Ministério da Saúde, Beijing)

Mobilizar a opinião pública é de importância crucial para incentivar os legisladores a debaterem e aprovarem a legislação de saúde mental. A obtenção do apoio da opinião pública deve ser iniciada o mais cedo possível – o ideal seria durante o processo de consulta da etapa anterior. A consulta propicia uma oportunidade para aumentar a consciência pública sobre os tópicos incluídos na legislação proposta e deve, portanto, continuar durante essa fase. Estratégias de mídia podem ser úteis para esse propósito e os profissionais encarregados da saúde mental no ministério da saúde podem municiar os jornalistas com material para notícias, reportagens e entrevistas. Devem-se organizar oficinas e seminários para grupos e organizações chaves, onde possam ser explicados e discutidos os principais componentes da nova legislação.

Os grupos de defesa de direitos à saúde mental podem desempenhar um papel ativo nessas atividades. O desenvolvimento de uma nova lei é uma oportunidade valiosa para capacitar as organizações em sua luta contra a marginalização e estigmatização das pessoas com transtornos mentais. Assim, uma lei de saúde mental, voltada a garantir às pessoas com transtornos mentais uma vida normal na comunidade, bem pode se tornar um veículo para educar, influenciar atitudes sociais e facilitar a mudança social.

4.2.2 Pressão sobre membros do poder executivo do governo e do corpo legislativo

Outra atividade importante para estimular o processo de adoção da legislação de saúde mental é pressionar os membros do ramo executivo do governo e o corpo legislativo. Os membros do corpo legislativo precisam ser informados das deficiências na legislação existente de saúde mental ou as implicações e conseqüências negativas de não se ter legislação para saúde mental. Eles precisam entender as necessidades sociais que suscitaram o desenvolvimento da lei proposta, as principais idéias nas quais se baseou a redação, a probabilidade de que a futura lei resolva problemas existentes no campo da saúde mental e outras questões pertinentes à legislação.

Os encarregados da saúde mental no ministério da saúde devem realizar reuniões freqüentes com membros-chaves dessas instituições, bem como com políticos de todo o espectro de partidos políticos. É útil enviar-lhes periodicamente documentos escritos contendo informações sobre fatos e melhores práticas de saúde mental, e pedir sua opinião sobre iniciativas políticas e legislativas. Fazer lobby é essencial durante todo o processo da legislação – e particularmente na fase de adoção – para garantir que a lei proposta seja enviada ao legislativo e que ela esteja avançando ao longo das diferentes fases de análise, discussão e promulgação.

A adoção de legislação de saúde mental: Questões Centrais

- O parlamento ou um corpo legislativo soberano tem a responsabilidade final pela aprovação da legislação.
- Em alguns países, as leis de saúde mental são uma responsabilidade do “estado” ou da “província”, enquanto em outros há uma lei nacional de saúde mental. As leis estaduais devem sempre seguir os princípios da legislação nacional onde ambas se aplicarem.
- Em alguns países, as leis podem ser promulgadas por um decreto administrativo e este precisaria ser posteriormente ratificado pelo parlamento ou corpo legislativo.
- Muitos legislativos possuem subcomissões que debatem a legislação e recebem contribuição pública antes que um projeto de lei seja apresentado a uma sessão plenária do corpo legislativo.
- Durante o debate sobre uma lei, podem-se propor e adotar emendas. Para que isso seja feito eficazmente, os legisladores devem ser plenamente instruídos e informados sobre todas as implicações das mudanças.
- Uma vez aprovada uma lei pelo corpo legislativo, são necessários outros passos como: *sanção* (o chefe de Estado assina o texto); *promulgação* (anúncio oficial da lei adotada); e *publicação* (inclusão no texto dos estatutos legais oficiais do governo).
- Durante a adoção da legislação é importante mobilizar a opinião pública e a mídia com a finalidade tanto da defesa para a aprovação do projeto de lei como para informar o público sobre as questões, mudanças e oportunidades propiciadas pela legislação.
- Os membros do executivo e do corpo legislativo devem ser pressionados em todas as fases do processo legislativo, e particularmente na fase de adoção, para assegurar que a legislação, com seu potencial pleno para melhorar a vida das pessoas, seja de fato aprovada.

5. Implementação da legislação de saúde mental

O processo que conduz à implementação começa, em termos ideais, do ponto de concepção da legislação de saúde mental. Podem-se identificar muitas dificuldades de implementação e tomar medidas corretivas durante a fase de elaboração e consulta para a legislação proposta. A complexidade da moderna legislação de saúde mental contribui para as dificuldades da aplicação prática. Em geral, muita atenção é prestada à elaboração e ao processo legislativo, ao passo que pouco trabalho preparatório é realizado com relação à implementação até depois que a legislação tenha sido promulgada.

A experiência de muitos países mostra que às vezes há muita diferença entre a “lei no papel” e a “lei na prática”. Os problemas de implementação tendem a acontecer não só em países sem tradição de lei de saúde mental, mas também em países com tais antecedentes legais.

Depois que a legislação foi aprovada pelo processo legislativo, há normalmente um período curto até a promulgação da legislação. Esse é um tempo crítico, já que prevê a instauração de procedimentos, montagem de juntas de revisão, ocorrência de treinamento e a garantia de que todos os envolvidos estejam dispostos a implementar a legislação uma vez que ela seja promulgada. Em países que possuem regulamentações vinculadas à legislação, essas regulamentações também devem ser finalizadas e assinadas antes da promulgação da legislação.

Em alguns países, após a adoção da lei é possível que se tome a decisão de dar um prazo para ela entrar em vigor, o que dá às autoridades tempo para estabelecer a infra-estrutura necessária à sua implementação.

5.1 Importância e papel das entidades responsáveis pela implementação

Como acontece com a elaboração da legislação, a responsabilidade por fiscalizar a implementação pode assumir muitas formas. Além disso, diferentes funções da legislação podem ser empreendidas e monitoradas por grupos diferentes. Por exemplo, caso tenha sido estabelecida (conforme indicado no Capítulo 2) uma junta de controle e fiscalização, é provável que ela seja compelida, por suas funções estipuladas, a fiscalizar certas exigências legislativas. As entidades de controle ou fiscalização podem ficar encarregadas, por exemplo, da tarefa de executar inspeções regulares nos estabelecimentos para se certificar de que os direitos dos pacientes estão sendo protegidos. Elas também podem ter de ouvir reclamações e monitorar tratamentos invasivos e irreversíveis (ver Capítulo 2, seção 13).

Por meio dessas atribuições, essas entidades estarão habilitadas a avaliar se estão sendo cumpridas as várias disposições legislativas. Se essas entidades de revisão se reportarem diretamente ao ministro responsável, este último pode ser mantido informado da extensão e efetividade da implementação. Entretanto, isso não deve eximir o próprio governo de fixar normas, padrões e indicadores para verificar se as disposições da legislação estão sendo cumpridas. Essas precisam ser monitoradas e avaliadas e, caso a legislação não esteja sendo implementada, devem-se tomar as medidas necessárias.

Exemplo: Comissão para fiscalizar a lei estabelecida em Portugal

Em Portugal, a legislação de saúde mental exige a criação de uma comissão cuja tarefa é “coletar e analisar as informações relativas à aplicação da... lei” e “propor ao Governo as medidas julgadas necessárias para a implementação da corrente Lei”. Essa abordagem formaliza a monitoração da legislação na própria lei e assegura a ocorrência de um processo constante de avaliação e feedback. A composição da comissão assegura que os direitos legislativos de usuários e famílias sejam considerados mediante a designação legal de representantes desses grupos para a comissão.

(Comunicação pessoal, Dr. J. M. Caldas de Almeida, Assessor Regional da OMS para a Região das Américas, 2003)

Qualquer que seja a agência de fiscalização estabelecida, ou seja qual for a entidade a que se atribua essa função, ela deve ter um cronograma definido, objetivos mensuráveis e os poderes administrativos e financeiros necessários para assegurar implementação efetiva e ágil. A agência pode, por exemplo, requerer a ordem, autoridade e recursos financeiros adequados para, por exemplo:

- desenvolver regras e procedimentos para implementação;
- preparar instrumentos padronizados de documentação para registrar e monitorar a implementação;
- garantir um processo correto de treinamento de profissionais de saúde mental, introduzindo, se necessário, procedimentos de certificação;
- tratar de questões de recursos humanos mediante, por exemplo, capacitação de profissionais de saúde mental não médicos (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais psiquiátricos) para atuarem como especialistas em certas situações, após o adequado treinamento e supervisão; e
- monitorar a implementação.

Visitar estabelecimentos de saúde mental para monitorar a implementação da lei constitui uma salvaguarda muito valiosa contra a injustificada detenção involuntária e limitação de direitos dos pacientes. Esses conselhos de visitantes podem monitorar condições em estabelecimentos de saúde mental, certificar-se de que o tratamento e as práticas de atenção não violam os direitos de pessoas com transtornos mentais e assegurar que as salvaguardas contidas na legislação estão sendo implementadas pelos estabelecimentos de saúde mental.

Além disso, deve haver implementação rápida e efetiva de procedimentos de reclamações conforme disposto na legislação. Em particular, os estabelecimentos de saúde mental devem alertar os usuários e suas famílias sobre seus direitos tal como incorporados na legislação de saúde mental e sobre os meios para usar os procedimentos de reclamações para obter reparo para suas queixas, se houver.

Apesar dessas disposições importantes para as entidades de fiscalização, isso não garante proteções para pessoas com transtornos mentais. Muitos países possuem tais entidades, mas os abusos dos direitos humanos continuam. Sempre se deve lembrar que a lei prevê recurso aos tribunais e que, se necessário, o mesmo deve ser utilizado. A legislação geralmente inclui uma seção sobre penalidades para delitos e todo cidadão ou organização tem o direito de trazer casos de violação da lei à atenção dos promotores e outros funcionários responsáveis do sistema de justiça criminal (ver Capítulo 2, seção 18).

Exemplo: A Comissão Nacional toma medidas firmes para proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais no Chile

Como parte da reforma geral do setor de saúde no Chile, foi introduzida uma nova carta sobre os direitos dos pacientes que tem servido para facilitar a implementação de medidas para proteger e promover os direitos das pessoas com transtornos mentais. Uma Comissão Nacional para a Proteção de Pessoas com Doença Mental, com a participação de usuários e familiares, iniciou seus trabalhos em março de 2001. Um processo de educação de trabalhadores de saúde mental sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais que são admitidas em instalações psiquiátricas foi iniciado no país com resultados positivos. A prática comum de psicocirurgia para transtorno mental associado a comportamento violento foi efetivamente interrompida no país, estão sendo investigadas violações de direitos humanos em algumas instalações psiquiátricas e pessoas com transtorno mental e suas famílias têm conseguido apresentar suas dificuldades com relação ao acesso a tratamento e reabilitação. Como exemplo do trabalho da Comissão, antes de seu estabelecimento, a cada ano era realizada psicocirurgia em 40 pacientes, em média, para transtorno mental grave associado a comportamento agressivo. Nos primeiros dois anos e meio depois de sua criação, a Comissão foi chamada a avaliar apenas 11 casos de indicação para psicocirurgia e todos foram rejeitados, à medida que outras intervenções mais apropriadas, com menos risco para o paciente, se tornavam disponíveis.

(Comunicação pessoal, Dr. A. Minoletti, Ministério da Saúde, Chile, 2002)

5.2 Disseminação e treinamento

O público em geral, bem como profissionais, pessoas com transtornos mentais, famílias de pessoas com transtornos mentais e organizações de defesa de direitos que trabalham em seu nome muitas vezes são mal informados sobre as mudanças provocadas por nova legislação. Em alguns casos, podem estar bem informados das mudanças, mas permanecem reticentes sobre as razões para essas mudanças e, por isso, não agem em conformidade com a lei. Isso é especialmente verdadeiro quando a legislação de saúde mental requer mudanças importantes em suas práticas habituais relacionadas à saúde mental.

5.2.1 Educação e sensibilização do público

Valores culturais e sociais, crenças, atitudes e tradições de uma determinada sociedade influenciam atitudes em relação à saúde mental, os transtornos mentais e as pessoas que os experimentam. Estigma, mitos e equívocos associados aos transtornos mentais resultam em discriminação e limitações aos direitos humanos e podem representar obstáculos à efetiva implementação de legislação voltada aos direitos humanos. Conseqüentemente, mudar a atitude do público constitui um componente importante na implementação da legislação de saúde mental.

A disseminação de informações sobre saúde mental, incluindo informações sobre os direitos garantidos na nova legislação, pode ajudar a mudar atitudes do público para com as pessoas com transtornos mentais. Os programas de sensibilização do público precisam destacar disposições especiais da legislação e apresentar explicações para a sua inclusão, tais como a razão de se incluírem seções relativas ao acesso à atenção à saúde mental e relativas à proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. A mídia pode

desempenhar um papel útil nesse processo. Ela pode enfatizar a importância do respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e ajudar a educar o público sobre os avanços no tratamento de transtornos mentais, especialmente sobre a eficácia de programas comunitários de reabilitação.

5.2.2 Usuários, familiares e organizações de defesa de direitos

É necessário educar, informar e instruir os usuários de serviços de saúde mental, os membros de suas famílias e as organizações de defesa de direitos. Para esses indivíduos e/ou grupos é crucial saber o que diz a legislação e, especificamente, conhecer seus direitos conforme previstos na legislação. A importância de envolver ONGs de usuários e suas famílias em atividades ao longo de todo o processo de elaboração, consulta e adoção da legislação de saúde mental já foi enfatizada neste capítulo. No entanto, nem todos os usuários ou seus familiares terão participado desses processos e, mesmo depois de promulgada a lei, todos precisarão ser informados. As organizações que representam os usuários e familiares, bem como as organizações de defesa de direitos, também podem ser envolvidas nos programas de sensibilização. Em países onde as organizações de usuários e familiares não se encontram bem estabelecidas, ou dispõem de escassos recursos financeiros para disseminar informações, precisarão ser encontrados mecanismos para disseminar as informações o mais amplamente possível (para detalhes adicionais, ver Módulo sobre Defesa de Direitos à Saúde Mental, (WHO 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Exemplo: A utilização de serviços de defesa de direitos para a efetiva implementação na Áustria

Um serviço de defesa de direitos de pacientes, dotado de funções amplas, foi implementado na Áustria. Esse serviço assume a representação legal em processos judiciais de pacientes encaminhados para hospitais psiquiátricos. O serviço também fornece aconselhamento e informações sobre direitos para todos os pacientes, bem como para seus familiares e amigos e pessoas interessadas em geral. Duas organizações sem fins lucrativos administram o serviço e são supervisionadas pelo Ministério da Justiça austríaco. As organizações são responsáveis pela formação, orientação e supervisão de defensores de pacientes. Os serviços dos defensores de pacientes são confidenciais e gratuitos para todos os pacientes. Todos os pacientes involuntários são automaticamente designados a um defensor de pacientes.

(Beermann, 2000)

5.2.3 Profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais

O conhecimento detalhado da legislação de saúde mental por profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais é extremamente importante para a implementação efetiva. Por isso, é necessário promover treinamento especial para profissionais e pessoal de saúde em geral e saúde mental, agências de execução da lei (sistema policial e judicial), advogados, assistentes sociais, professores e administradores de recursos humanos, entre outros. Fóruns conjuntos para formação, onde se dá a interação de profissionais de disciplinas de saúde com profissionais de outras disciplinas, podem gerar um melhor entendimento da saúde mental e dos transtornos mentais, dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e da linguagem comum usada por todos que interagem com pessoas com transtornos mentais. Particularmente importantes para o treinamento de profissionais e assessores de

saúde e saúde mental são as questões relativas aos direitos a tratamento e atenção, entre as quais a dos procedimentos corretos para admissão e tratamento involuntários.

Por mais cuidado que se tome na elaboração da legislação, sempre existirão cláusulas que podem ficar ambíguas ou cuja intenção e implicações plenas não serão compreendidas. O treinamento pode viabilizar uma exploração completa de cada cláusula da legislação e uma discussão meticulosa de seu significado e implicações.

Exemplo: Treinamento para implementação de legislação de saúde mental na África do Sul

No treinamento para a implementação da Lei de Atenção à Saúde Mental de 2002 na África do Sul, cláusulas curtas como “o ambiente menos restritivo” e “nos melhores interesses do usuário” desencadearam muitas horas de debate com relação a sua implicação em vários contextos e cenários diferentes. Os participantes manifestaram a opinião de que sem o treinamento e sem um instrutor especificamente concentrado nas implicações dessas cláusulas, é quase certo que sua importância teria passado despercebida, e os motivos pelos quais foram incluídas teriam se perdido na implementação.

(Correspondência pessoal com M. Freeman, Ministério da Saúde, África do Sul 2003)

5.2.4 Desenvolvimento de materiais de informação e orientação

Um manual (ou manuais) pode ser desenvolvido para fornecer informações importantes para os diferentes participantes como clínicos gerais, pacientes e familiares. Esse manual pode dar informações específicas que podem ser de difícil entendimento na legislação em si. O manual pode fornecer detalhes ou orientação sobre a interpretação. Também se podem desenvolver algoritmos para ilustrar claramente os processos, como os de admissão e tratamento involuntários, e para indicar quais formulários são necessários em cada ponto do processo.

Exemplo: Columbia Britânica desenvolve um “Guia para a Lei de Saúde Mental”

Na Colúmbia Britânica, foi desenvolvido um *Guide to the Mental Health Act* para ajudar na implementação da nova legislação. Ele apresenta uma avaliação da Lei como um todo e tem apêndices para os diferentes atores, tais como a forma pela qual o médico da comunidade pode atestar um paciente involuntário, o modo como as famílias podem obter ajuda no acesso a médicos e tribunais, e critérios e procedimentos para a polícia.

(Correspondência pessoal com o Dr. John Gray, Associação Internacional de Gerontologia, Canadá)

Orientação formal para profissionais, como um código de conduta, é outra maneira importante de assegurar que a legislação seja corretamente implementada. Tal orientação pode tornar a destacar os valores e princípios que sustentam a legislação, explicar o que se pretendia alcançar com os vários aspectos da legislação e incluir jurisprudência relevante.

Exemplo: Código de Conduta para Inglaterra e País de Gales

Na Inglaterra e País de Gales, a legislação de saúde mental exigia que o secretário de Estado para Saúde produzisse um código de conduta. Essa orientação amplia consideravelmente o texto básico e propicia aos profissionais e ao público a oportunidade de entender como a legislação deve ser implementada (ver www.doh.gov.uk/mhac1983.htm).

(Lei de Saúde Mental de 1983, Código de Conduta (1999), Londres, Imprensa Oficial)

5.3 Recursos financeiros e humanos

A agilidade e eficácia da implementação dependem da disponibilidade de recursos financeiros adequados. As dificuldades associadas à elaboração de leis que não podem ser implementadas devido a restrições financeiras já foram discutidas (ver Capítulo 2, seção 4). Um problema adicional de recursos normalmente é que a nova legislação de saúde mental implica um afastamento da atenção institucional rumo à atenção comunitária e isso pode exigir mais recursos. Embora no longo prazo seja viável a realocação de recursos das instituições para os estabelecimentos de base comunitária, no curto prazo, pode haver necessidade de coexistirem estabelecimentos institucionais e estabelecimentos comunitários – até que as instalações comunitárias estejam desenvolvidas o bastante para fornecer serviços adequados.

A proporção do orçamento de um país, ou do orçamento de saúde que deve ser gasta em saúde mental, é objeto de debate e está fora do escopo deste Livro de Recursos. Entretanto, é importante enfatizar que a saúde mental frequentemente recebe baixa prioridade em face de outras questões de atenção à saúde, e que para a implementação efetiva de uma boa legislação de saúde mental pode ser necessária uma alocação mais justa de recursos para a saúde mental. Em segundo lugar, existem discussões com relação ao potencial conflito na distribuição de recursos para apoio às diferentes disposições contidas na lei de saúde mental; uma discussão, por exemplo, é se os recursos devem ser mobilizados para empregar pessoal adicional na atenção comunitária ou para a criação e operação de uma junta de revisão de saúde mental.

Muitos aspectos da legislação progressista *precisarão* de dotação orçamentária adequada para atividades de implementação. São necessários recursos para montar e colocar em funcionamento a junta de revisão, para treinar os profissionais de saúde mental no uso da legislação e para fazer as mudanças necessárias nos serviços de saúde mental conforme determinadas pela legislação. A negociação para isso deve ser efetuada simultaneamente ao processo de elaboração e adoção da legislação de saúde mental. (Questões relativas ao financiamento da saúde mental podem ser encontradas em *Mental Health Policy and Service Guidance Package, Mental Health Financing* (WHO, 2003d) : http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Exemplo: Obstáculos e fatores favoráveis à implementação efetiva de legislação de saúde mental

| Obstáculos | Fatores facilitadores |
|---|--|
| Falta de ação coordenada na implementação da lei de saúde mental (ausência de uma agência ou autoridade centralizada que supervisione o processo de implementação) | Designar uma agência de coordenação ou assegurar que uma agência seja designada (por exemplo, uma junta de revisão de saúde mental), mediante inclusão de uma cláusula no texto da lei, para supervisionar o processo de implementação |
| Falta de conhecimento, incompreensão e resistência por parte do público em geral, usuários e atendentes em relação às mudanças trazidas pela nova legislação de saúde mental | Campanhas de educação e sensibilização do público que destaquem as disposições da nova lei de saúde mental e o que as justifica |
| Profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais não têm consciência do que dispõe a legislação de saúde mental ou resistem a suas disposições | Programas de treinamento para profissionais de saúde mental, saúde em geral e outros profissionais podem incluir explicações sobre o que dispõe a legislação de saúde mental Documentos de orientação podem informar as pessoas sobre detalhes da legislação |
| Escassez de recursos humanos de saúde mental para implementar o que a lei determina | O treinamento em saúde mental deve ser fornecido aos profissionais e pessoal de saúde em geral (para detalhes adicionais, ver Módulo sobre Organização de Serviços de Saúde Mental (WHO, 2003c), e Módulo sobre Recursos Humanos e Treinamento em Saúde Mental (WHO, em preparação): (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/) |
| Recursos insuficientes para desenvolver os mecanismos necessários para implementar a lei (por exemplo, defesa de direitos, campanhas de sensibilização, treinamento, conselhos de visitantes, procedimentos de reclamações) | Recursos adicionais para saúde mental, bem como orçamentos de proteção, devem ser alocados à saúde mental e para a implementação da legislação de saúde mental |

As questões de recursos humanos são de particular importância para a implementação da legislação em todos os países. Os profissionais de saúde mental são fundamentais para a efetiva atenção à saúde mental no âmbito dos serviços especializados de saúde mental, na atenção à saúde em geral e na comunidade. Sem um contingente suficiente ou treinamento adequado de profissionais, o objetivo imediato de uma lei de saúde mental, o de melhorar a atenção à saúde mental, fracassará. Além disso, é necessário que seja feito investimento para treinar todas as pessoas que tenham um papel na implementação da lei (por exemplo, o judiciário, a força policial, as pessoas que atuam em uma junta de revisão de saúde mental) para assegurar que estejam familiarizadas com todos os aspectos da legislação e com seus próprios papéis e responsabilidades para pôr em prática o que ela determina.

Implementação da legislação de saúde mental: Questões Centrais

- É necessária uma considerável preparação para assegurar a introdução harmoniosa da nova legislação de saúde mental. O período entre a aprovação e a promulgação da legislação pode ser um momento particularmente importante para organizar procedimentos de implementação como a criação de conselhos de revisão, treinamento de pessoal na nova legislação e preparação dos implementadores.
- Dispor de formulários padronizados e outros processos administrativos a postos facilita a transição.
- Devem-se montar procedimentos para monitorar a implementação da legislação. Isso pode ser feito por uma entidade independente e/ou pela própria agência de implementação (por exemplo, o governo).
- Tanto a entidade de implementação como a de monitoração devem ter cronogramas com objetivos mensuráveis e dispor de poderes para levar a cabo suas funções.
- Alterar as atitudes do público e reduzir o estigma e a discriminação é um componente importante para garantir o sucesso da legislação.
- Os usuários, famílias e grupos de defesa de direitos precisam ter conhecimento completo da legislação para maximizar os benefícios. O treinamento desses grupos é um aspecto essencial da implementação.
- Os profissionais de saúde mental e de outras áreas também precisam ser treinados para realizar a letra e a intenção da legislação.
- Recursos financeiros e humanos para implementar a legislação devem ser fornecidos pelas autoridades pertinentes para dar substância e credibilidade à legislação. A negociação para o fornecimento desses recursos deve ser administrada simultaneamente com os processos de elaboração e adoção da legislação.

Como vimos, a legislação progressista em saúde mental pode representar um meio importante de proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais. Neste Livro de Recursos destacamos normas-chaves internacionais e regionais de direitos humanos que os governos têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir. O livro também identifica as questões e disposições que precisam ser incluídas em uma lei de saúde mental progressista. Finalmente, ele examina ainda estratégias de melhores práticas para a elaboração, adoção e implementação efetivas da lei de saúde mental, destacando as dificuldades e barreiras e as maneiras pelas quais estas podem ser superadas.

É de responsabilidade de cada país atuar com base nestas informações e gerar o compromisso político necessário para o sucesso no início/desenvolvimento ou reforma da lei de saúde mental e sua implementação.

Referências

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4ª ed. Washington, DC, USA.

Arboleda-Flórez, J. (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Genebra, WHO: 57-70.

Arjonilla, S., Parada, I. M., Pelcastre, B. (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental*, 23(5): 35-40. (em espanhol.)

BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), acessado no dia 10 de abril.

Beermann, E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. International workshop in Budapest, 19-21 de maio de 2000. Organizado pela Hungarian Civil Liberties Union, com apoio Ford Foundation: 66-73

Bertolote, J. M., Sartorius, N. (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.

Congo v. Ecuador, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva, World Health Organization, 2002

Gostin, L. O. (2000). Human rights of persons with mental disabilities. The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.

Harrison, K. (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.

Henderson, C. et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136

International Digest of Health Legislation (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.

Livesley, J. (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.

Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries*, Budapest, Mental Disability Advocacy Center.

Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal, E., Éva Szeli, E. (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal, E., Sundram, C. (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.

Schuurs v. the Netherlands, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.

Sperry, L. (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. Nova York, Brunner and Rutledge.

Starson v. Swayze, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontário, Canadá. 6 de junho de 2003

Swartz, M. S. et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968–1975.

Thomas, T. (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.

Torrey, E. F. (1995). Jails and prisons - America's new mental hospitals. *American Journal of Public Health* 85: 1611-1613.

United Nations (2003). Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities. *Report of the Secretary-General, to the United Nations General Assembly A/58/181*, julho de 2003.

Wachenfeld, M. (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Documento de posição. Aprovado na Assembléia Geral da WNUSP em Vancouver, Canadá, julho de 2001. (<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>)

WHO (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2001a). *Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2001b) *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2001C) *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Genebra, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. (http://www.who.in/mental_health/resources/policy_services/en/)

WHO (2001d). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)*. Redação final, versão integral. Genebra, World Health Organization.

WHO (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2005). *Who Mental Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Genebra, World Health Organization.

Referências aos Direitos Humanos Internacionais e às Normas e Documentos de Saúde Mental

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (1988). Organização dos Estados Americanos, Série Treaty No. 69 (1988), assinado em 17 de novembro de 1988. (www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm)

African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights (1982), adotada em 27 de junho de 1981. Organização da Unidade Africana, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), em vigor em 21 de outubro de 1986. (http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html)

American Convention on Human Rights (1978). Adotada na Conferência Interamericana Especializada sobre Direitos Humanos, São José, Costa Rica, 22 de novembro de 1969 (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>)

American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948). Aprovada pela Nona Conferência Internacional de Estados Americanos, Bogotá, Colômbia, 1948. (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>)

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adotado pela resolução 43/173 da Assembléia Geral das Nações Unidas de 9 de dezembro de 1988. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm)

Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Resolução 39/46 da Assembléia Geral das Nações Unidas, anexo, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) em 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Em vigor em 26 de junho de 1987. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979). Adotada pela resolução 34/180 da Assembléia Geral das Nações Unidas de 18 de dezembro de 1979 (www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965). Adotada pela Resolução 2106 (XX) da Assembléia Geral das Nações Unidas de 21 de dezembro de 1965. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm).

Convention on the Rights of the Child (1989). Adotada pela resolução 44/25 da Assembléia Geral das Nações Unidas de 20 de novembro de 1989. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>).

Declaration of Caracas (1990). Adotada em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada em Caracas, Venezuela, pela Organização Panamericana de Saúde / Escritório Regional da OMS para as Américas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).

Declaration of Madrid (1996). Aprovada pela Assembléia Geral da Associação Psiquiátrica Mundial em 25 de agosto de 1996 e emendada pela Assembléia Geral em Yokohama, Japão, em agosto de 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>).

Declaration of Hawaii (1983). Aprovada pela Assembléia Geral da Associação Psiquiátrica Mundial em Viena, Áustria, no dia 10 de julho de 1983. (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>)

Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, CPT/Inf (98) 12 (1998). Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanos ou Degradantes. Conselho da Europa, 31 de agosto de 1998. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>).

European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment(1987). Adotada pelo Conselho da Europa, 26 de novembro de 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (1996). Adotada pelo Conselho da Europa, 19 de novembro de 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950). Adotada pelo Conselho da Europa, 4 de novembro de 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

European Social Charter (1961). Adotada pelo Conselho da Europa, 18 de outubro de 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

European Social Charter - revised (1996), adotada pelo Conselho da Europa, 3 de maio de 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>)

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders (1996). Genebra, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf)

Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discriminação Against Persons With Disabilities (1999). Adotada na cidade da Guatemala, Guatemala, na vigésima-nona sessão ordinária da Assembléia Geral da OAS, AG/RES. 1608, 7 de junho de 1999. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>).

International Covenant on Civil and Political Rights (1966). Adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU de 16 de dezembro de 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm).

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). Adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU de 16 de dezembro de 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm).

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002). Preparadas pelo Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS). (http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm).

Mental Health Care Law: Ten Basic Princípios (1996). Genebra, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf).

Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles) (1991). Resolução 46/119 da Assembléia Geral da ONU de 17 de dezembro de 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>)

Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill (2001). Relatório anual da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos, 2000, IACHR, OAS/ser/L/V/II.111/doc. 20, rev (2001). (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>)

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (1994). Conselho da Europe. (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>).

Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (1994). Paris, UNESCO. (http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF).

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). Subcomissão das Nações Unidas para Prevenção de Discriminação e Proteção de Minorias, Nações Unidas, Conselho Econômico e Social. (www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html)

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento de Infratores, em Genebra, 1955, e aprovados pelo Conselho Econômico e Social por sua resolução 663 C (XXIV) de 31 de julho de 1957 e 2076 (LXII) de 13 de maio de 1977. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993). Resolution 48/96 da Assembléia Geral da ONU de 20 de dezembro de 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

Recommendation No. Rec(2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (2004). Adotada pelo Comitê de Ministros do Conselho da Europa, 22 de setembro de 2004.

([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))

Resolution on a Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons With Disabilities. Resolução 56/168 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 26 de fevereiro de 2002.

([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm))

Universal Declaration of Human Rights (1948). Adotados e proclamados pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral da ONU de 10 de dezembro de 1948.

(<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997). UNESCO.

(http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm)

Vienna Declaration and Programme of Action (1993). Assembleia Geral da ONU A/CONF.157/23 adotados pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em 25 de junho de 1993.

([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument))

- Araya, R. et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey, W. R. (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. Nova York, Oxford University Press.
- Busfield, J. (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller, T. et al.(eds.) *Mental health matters: A reader*. Londres, MacMillan.
- Edwards, G. et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. Londres, Sage Publications.
- Grisso, T., Appelbaum, P. S. (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Austrália) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, dezembro de 1996.
- Mann, J. et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.
- Menzies, R., Chun, D. E., Webster, C. D. (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano, L. A., McCormic, K. R. E. (eds.) *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canadá, Canadian Scholars Print.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren, J. (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. Nova York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun, T., Syse, A. (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31-34.
- Streeter, P. A. (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166-170.
- Swanson, J. W. et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent comportamento in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Genebra, World Health Organization.

Anexo 1. - Lista de Checagem da OMS para Legislação de Saúde Mental



Organização Mundial de Saúde

Esta lista de checagem foi desenvolvida pela equipe da OMS, Dra. Michelle Funk, Srta. Natalie Drew, Dra. Margaret Grigg e Dr. Benedetto Saraceno, em colaboração com o professor Melvyn Freeman, da área de legislação da OMS, com contribuições das Dras. Soumitra Pathare e Helen Watchirs, também da área de legislação da OMS. A lista derivou do Livro de Recursos da OMS sobre Legislação de Saúde Mental, que foi preparado pela Equipe de Desenvolvimento de Políticas e Serviços de Saúde Mental, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde.

Introdução e como utilizar esta lista de checagem

Esta lista de checagem acompanha o Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Seus objetivos são: a) ajudar os países no exame da abrangência e adequação da legislação de saúde mental existente; e b) ajudá-los no processo de elaborar nova legislação. Mediante o uso desta lista de checagem os países podem avaliar se elementos-chaves estão incluídos na legislação e garantir que as recomendações gerais contidas no Livro de Recursos sejam cuidadosamente examinadas e consideradas.

Recomenda-se que *uma comissão* estude atentamente a lista de checagem. Embora alguém do Ministério da Saúde, por exemplo, possa preencher a lista de checagem, isso tem certas limitações. Em primeiro lugar, é improvável que uma pessoa isolada disponha de todas as informações relevantes que teria uma equipe bem selecionada. Em segundo lugar, indivíduos diferentes ou representantes de grupos diferentes tendem a ter concepções divergentes sobre várias questões. É de valor inestimável uma comissão de avaliação que permita que um debate crítico ocorra e um consenso se forme. Embora os países devam decidir por si mesmos a composição da comissão, é aconselhável incluir um jurista familiarizado com as várias leis do país, o ponto focal da saúde mental governamental, representantes dos grupos de usuários dos serviços e dos grupos de familiares, representantes de profissionais da saúde mental, organizações não governamentais e outros ministérios do governo. É recomendável que o processo seja conduzido e mediado por um especialista independente em direitos humanos e/ou em legislação.

Em geral, esta lista de checagem *não deve ser utilizada sem o estudo completo do Livro de Recursos em si mesmo*. Uma série de itens importantes incluídos na lista de checagem são explicados no Livro de Recursos e são discutidas as razões e diferentes opções para a legislação. O Livro de Recursos enfatiza que os países devem tomar suas próprias decisões sobre várias alternativas e maneiras de elaborar a legislação, bem como sobre uma série de questões de conteúdo. O formato desta lista de checagem permite essa flexibilidade e visa incentivar o debate interno; com isso, ela permite que os países tomem decisões com base em suas próprias situações específicas.

A lista de checagem cobre questões a partir de uma perspectiva ampla, e muitas das disposições precisarão ser recheadas ou elaboradas quanto a detalhes e especificações do país. Além disso, nem todas as disposições serão igualmente relevantes a todos os países devido a diferentes fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Nem todos os países, por exemplo, optarão por ordens de tratamento comunitário; nem todos os países terão cláusulas para “pacientes não protestadores”; e, na maioria dos países, o uso da esterilização em pessoas com transtornos mentais não será relevante. Entretanto, enquanto cada país em seu processo de avaliação pode determinar que uma determinada cláusula não é relevante, essa determinação deve fazer parte do exercício da lista de checagem. Todas as condições contidas na lista de checagem devem ser consideradas e cuidadosamente discutidas antes de se decidir que uma (ou mais) das condições não é relevante ao contexto específico do país.

O Livro de Recursos destaca que os países podem ter leis que afetam a saúde mental em um estatuto isolado ou em muitos estatutos diferentes, tais como, entre outros, as leis de saúde em geral, emprego, habitação, discriminação e justiça criminal. Além disso, alguns países utilizam regulamentações, decretos e outros mecanismos para complementar uma lei estatuída. Dessa forma, é essencial, ao realizar essa auditoria, coletar e conferir todas as

disposições legais relativas à saúde mental e tomar decisões baseadas em informações abrangentes.

O Livro de Recursos deixa claro que a concepção ou alteração da legislação de saúde mental é um “processo”. A definição do que precisa ser incluído na legislação é um elemento importante desse processo e esta lista de checagem pode ser útil na consecução desse objetivo. No entanto, o objetivo de elaborar uma lei que pode ser implementada em um país não deve nunca ser separado do “conteúdo” e deve sempre ser uma consideração central.

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) a) Adequadamente contemplada b) Contemplada até certo ponto c) Não contemplada | Se (b), explique: <ul style="list-style-type: none"> • 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) | | |

| | | | |
|---|-------------------------|--|--|
| <p>b) a importância de serviços de saúde mental acessíveis a todos?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>2) A legislação específica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem:</p> | | | |
| <p>a) não discriminação contra pessoas com transtornos mentais?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>b) promoção e proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>c) melhor acesso a serviços de saúde mental?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>d) uma abordagem de base comunitária?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| | <p>)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>B. Definições</p> <p>1) Há uma definição clara de transtorno mental /doença mental / deficiência mental / incapacidade mental?</p> <p>2) A partir da legislação fica evidente por que foi escolhido o termo específico (acima)?</p> <p>3) A legislação é clara sobre se retardamento mental / deficiência intelectual, transtornos de personalidade e abuso de substâncias estão contemplados ou não na legislação?</p> <p>4) Todos os termos chaves da legislação estão definidos com clareza?</p> <p>5) Todos os termos chaves são empregados coerentemente ao longo de toda a legislação (ou seja, não são intercambiados com outros termos com significados semelhantes)?</p> <p>6) Todos os termos “interpretáveis” (ou seja, termos que podem ter várias interpretações ou significados possíveis ou podem ser ambíguos em termos de seu significado) são definidos na legislação?</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>C. Acesso à atenção à saúde mental</p> <p>1) A legislação tem disposições para o</p> | <p><i>a)</i></p> | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| financiamento dos serviços de saúde mental? | <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 2) A legislação estipula que os serviços de saúde mental devem ser fornecidos numa base igual à da atenção à saúde física? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 3) A legislação garante alocação de recursos a populações subatendidas e especifica que esses serviços devem ser culturalmente adequados? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 4) A legislação promove a saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 5) A legislação promove o acesso a drogas psicotrópicas? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 6) A legislação promove uma abordagem psicossocial, reabilitadora? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 7) A legislação promove o acesso a seguro-saúde no setor de saúde pública e privada para pessoas com transtornos mentais? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 8) A legislação promove a atenção comunitária e a desinstitucionalização? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |

| 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? | <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| b) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de reter informações? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 4) A lei especifica o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 5) A legislação estabelece as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente terapêutico e higiênico? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 6) A lei insiste na privacidade de pessoas com transtornos mentais? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| a) A lei é clara sobre os níveis mínimos de privacidade a serem respeitados? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 7) A legislação proíbe o trabalho forçado ou inadequadamente remunerado dentro de instituições de saúde mental? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 8) A lei dispõe sobre: | <i>a)</i> | | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atividades educacionais, • Treinamento vocacional, • Lazer e atividades recreativas, e • Necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais? <p>9) As autoridades de saúde são compelidas pela lei a informar aos pacientes os seus direitos?</p> <p>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?</p> | <p>b) c) a) b) c)</p> | | |
|--|---------------------------------------|--|--|

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
| 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)) | | |
| F. Competência, capacidade e tutela | | | |
| 1) A legislação dispõe sobre a administração dos | a) | | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| negócios de pessoas com transtornos mentais caso eles sejam inaptos para tal? | 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) | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>8) A lei dispõe que um paciente possa apelar contra a designação de um tutor?</p> | <p><i>c)</i> <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>G. Admissão e tratamento voluntário</p> | | | |
| <p>1) A lei promove a admissão e tratamento voluntário como uma alternativa preferencial à admissão e tratamento involuntários?</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>2) A lei estipula que todos os pacientes voluntários apenas podem ser tratados após obtido o consentimento informado?</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>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?</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>4) A lei estipula que a admissão e tratamento voluntários também implicam o direito à alta/recusa voluntária de tratamento?</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |
| <p>5) A lei estipula que os pacientes voluntários devem, no momento da admissão, ser informados de que eles apenas perderão o direito</p> | <p><i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i></p> | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| de sair caso se enquadrem nas condições para a atenção involuntária? | | | |
| <p>H. Pacientes não protestadores</p> <p>1) A lei dispõe sobre pacientes incapazes de tomar decisões informadas sobre admissão ou tratamento, mas que não recusam admissão ou tratamento?</p> <p>2) As condições nas quais um paciente não protestador pode ser admitido e tratado são especificadas?</p> <p>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?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>I. Admissão involuntária (quando separada do tratamento) e tratamento involuntário (onde admissão e tratamento se combinam)</p> <p>1) A lei estipula que a admissão involuntária apenas pode ser concedida se:</p> <p>a) houver evidência de transtorno mental</p> | <p>a)</p> | | |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| de gravidade especificada? | <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 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? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| c) a admissão tiver um propósito terapêutico? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 2) A lei estipula que dois clínicos de saúde mental credenciados devem atestar que os critérios para admissão involuntária foram atendidos? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 3) A lei insiste no credenciamento de um estabelecimento para a admissão de pacientes involuntários? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 4) O princípio do ambiente menos restritivo é aplicado às admissões involuntárias? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 5) A lei dispõe que uma autoridade independente (uma junta ou tribunal de revisão, por exemplo) | <i>a)</i> <i>b)</i> | | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| 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? | <ul style="list-style-type: none"> a) b) c) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • O paciente carece de capacidade para tomar decisões informadas de tratamento? | <ul style="list-style-type: none"> 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? | <ul style="list-style-type: none"> 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? | <ul style="list-style-type: none"> a) b) c) | | |
| 3) A lei dispõe que um segundo clínico concorde com o plano de tratamento? | <ul style="list-style-type: none"> a) b) c) | | |
| 4) Uma entidade independente é instalada para autorizar tratamento involuntário? | <ul style="list-style-type: none"> a) b) c) | | |
| 5) A lei estipula que o tratamento se dê apenas | <ul style="list-style-type: none"> a) | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| por um prazo limitado? | <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 6) A lei garante o direito de apelar contra tratamento involuntário? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 7) A legislação prevê revisões ágeis, regulares e periódicas de tratamento involuntário? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 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? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 2) O paciente tem o direito de apelar contra uma decisão de tratamento à qual um procurador tenha dado consentimento? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 3) A lei dispõe sobre o uso de “diretrizes de antemão” e, neste caso, o termo é definido com clareza? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| L. Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários | | | |
| 1) A lei dispõe sobre tratamento involuntário na comunidade como uma alternativa “menos | <i>a)</i> <i>b)</i> | | |

| | | | |
|---|----------------|--|--|
| 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) | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>possível após encerrada a situação de emergência?</p> <p>6) Tratamentos como ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais são proibidos para pessoas consideradas como casos de emergência?</p> <p>7) Os pacientes, familiares e representantes pessoais têm o direito de apelar contra admissão/tratamento de emergência?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>N. Determinações de transtorno mental</p> <p>1) A legislação:</p> <p>a) Define o nível de qualificações necessário para diagnosticar transtorno mental?</p> <p>b) Especifica as categorias de profissionais que podem avaliar uma pessoa para determinar a existência de um transtorno mental?</p> <p>2) Codifica em lei o credenciamento de clínicos e determina que o credenciamento seja efetuado por uma junta independente?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | |
| <p>O. Tratamentos especiais</p> <p>1) A lei proíbe a esterilização como tratamento para transtorno mental?</p> <p>a) A lei especifica que o mero fato de ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização ou aborto sem consentimento informado?</p> <p>2) A lei exige consentimento informado para procedimentos médicos e cirúrgicos maiores em pessoas com transtorno mental?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>3) A psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis são proibidos para pacientes involuntários?</p> <p>a) Existe uma entidade independente para garantir que haja de fato consentimento informado para psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis para pacientes involuntários?</p> <p>4) A lei especifica a necessidade de consentimento informado ao usar ECT?</p> <p>5) A lei proíbe o uso de ECT não modificada?</p> <p>6) A lei proíbe o uso de ECT em menores?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>P. Isolamento e restrições</p> <p>1) A lei estipula que o isolamento e restrições apenas sejam utilizados em casos excepcionais para prevenir dano imediato ou iminente ao</p> | <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>paciente ou aos outros?</p> <p>2) A lei estipula que o isolamento e restrições nunca sejam usados como meio de punição ou para a conveniência do pessoal do estabelecimento?</p> <p>3) A lei especifica um prazo máximo de restrição para o qual o isolamento e as restrições podem ser usados?</p> <p>4) A lei assegura que um período de isolamento e restrição não seja imediatamente acompanhado por outro?</p> <p>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?</p> <p>6) A lei estipula procedimentos adequados para o uso do isolamento e restrições inclusive:</p> <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 | <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> | | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <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? | | | |
| <p>Q. Pesquisa clínica e experimental</p> <p>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?</p> <p>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):</p> <p style="padding-left: 40px;">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?</p> <p style="padding-left: 40px;">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</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| 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) | | |

| | | | |
|--|-------------------------|--|--|
| <p>(v) Autoriza casos voluntários de tratamentos invasivos e irreversíveis?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>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”?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>c) A lei prevê apelação a um tribunal superior contra as decisões dessa entidade?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>2) A lei estabelece uma entidade de controle e fiscalização para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>a) A entidade acima mencionada:</p> | | | |
| <p>(i) Realiza inspeções regulares em estabelecimentos de saúde mental?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>(ii) Fornece orientação sobre minimização de tratamentos invasivos?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>(iii) Mantém estatísticas; por exemplo, uso de tratamentos invasivos e irreversíveis, isolamento e restrições?</p> <p>(iv) Mantém registros de estabelecimentos e profissionais credenciados?</p> <p>(v) Informa e faz recomendações diretamente ao ministro de governo responsável?</p> <p>(vi) Publica resultados com periodicidade regular?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>b) A composição da entidade inclui profissionais (saúde mental, direito, assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando famílias de pessoas com transtornos mentais, ativistas de direitos e leigos?</p> <p>c) A autoridade dessa entidade é claramente definida na legislação?</p> <p>3)</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|---|-------------------------|--|--|
| <p>a) A legislação define procedimentos para apresentações, investigações e resoluções de reclamações?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>b) A lei estipula:</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> o período a partir da ocorrência do incidente no qual a reclamação deve ser feita? | <p>a) b) c)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> um período máximo no qual a reclamação deve ser respondida, por quem e como? | <p>a) b) c)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> o direito dos pacientes de escolher e designar um representante pessoal e/ou advogado para representá-los em quaisquer apelações ou procedimentos de reclamações? | <p>a) b) c)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> o direito dos pacientes a um intérprete para os procedimentos, se necessário? | <p>a) b) c)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 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? | <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> o direito do paciente e seu advogado de assistir e participar nos procedimentos de reclamações e apelações? | <p>a) b) c)</p> <p>)))</p> | | |
| <p>S. Responsabilidade da polícia</p> <p>1) A lei impõe restrições às atividades da polícia para garantir que pessoas com transtornos mentais sejam protegidas contra detenção e prisão ilegais e sejam encaminhadas para serviços apropriados de atenção à saúde?</p> <p>2) A legislação permite que familiares, atendentes ou profissionais de saúde obtenham ajuda da polícia em situações em que um paciente se encontre altamente agressivo ou esteja demonstrando comportamento descontrolado?</p> <p>3) A lei possibilita que pessoas detidas por atos criminosos e que estejam sob custódia da polícia, em caso de suspeita de transtorno</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>mental, sejam prontamente examinadas em função de tal suspeita?</p> <p>4) A lei dispõe que a polícia ajude a levar para um estabelecimento de saúde mental uma pessoa que tenha sido involuntariamente admitida ao estabelecimento?</p> <p>5) A legislação dispõe que a polícia encontre uma pessoa foragida de um estabelecimento para onde fora involuntariamente recolhida e a entregue de volta ao estabelecimento?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>T. Infratores mentalmente doentes</p> <p>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?</p> <p>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?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|-------------------------|--|--|
| <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>2) A lei dispõe sobre o alojamento de pessoas com transtornos mentais em planos estatais de habitação ou mediante subsídios à habitação?</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>a) b) c)</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> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>X. Previdência social</p> <p>1) A legislação prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com deficiências mentais?</p> <p>2) A lei prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com transtornos mentais às mesmas taxas praticadas para pessoas com deficiências físicas?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>Y. Questões civis</p> <p>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?</p> | <p>a) b) c)</p> | | |
| <p>Z. Proteção de grupos vulneráveis</p> <p><i>Proteção de menores</i></p> <p>1) A lei limita a colocação de menores em estabelecimentos de saúde mental aos casos em</p> | <p>a) b)</p> | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| que foram tentadas todas as alternativas comunitárias viáveis? | <i>c)</i> | | |
| 2) Se menores são colocados em estabelecimentos de saúde mental, a legislação estipula que | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| a) estes devem ter uma área de convivência independente da dos adultos? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| b) o ambiente seja adequado à idade e leve em consideração as necessidades de desenvolvimento dos menores? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 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? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 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? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |
| 5) A legislação proíbe todos os tratamentos irreversíveis para as crianças? | <i>a)</i> <i>b)</i> <i>c)</i> | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p><i>Proteção para as mulheres</i></p> <p>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?</p> <p>2) A lei determina que as mulheres em estabelecimentos de saúde mental</p> <p style="padding-left: 40px;">a) tenham privacidade adequada?</p> <p style="padding-left: 40px;">b) disponham de instalações de dormitórios independentes das dos homens?</p> <p>3) A legislação estipula que mulheres com transtornos mentais devem receber igual tratamento e atenção à saúde mental que os homens, incluindo acesso a serviços e atenção à saúde mental na comunidade e em relação a admissão e tratamento voluntários e involuntários?</p> | <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> | | |
| <p><i>Proteção de minorias</i></p> <p>1) A legislação estipula especificamente que as pessoas com transtornos mentais não devem sofrer discriminação por motivos de raça, cor, língua, religião, opinião política ou outras opiniões, origem étnica ou social, situação legal</p> | <p>a) b) c)</p> | | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| 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) | | |
| <i>AZ. Delitos e penalidades</i> | | | |
| 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) | | |

Anexo 2. Resumo das principais disposições e instrumentos internacionais relativos aos direitos de pessoas com transtornos mentais

| Direitos humanos chaves relativos à saúde mental | Instrumentos de salvaguarda dos direitos humanos |
|--|--|
| As pessoas com transtornos mentais têm direito ao desfrute e à proteção de seus direitos humanos fundamentais. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) • Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (PIDCP) • Declaração de Direitos Humanos da ONU • Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos • Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais • Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem • Convenção Americana Sobre Direitos Humanos • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) • Regras Padrão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências • Declaração de Caracas • Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos |
| Direito ao mais alto padrão alcançável de atenção à saúde – incluindo a saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> • Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) • Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (<i>Princípios ASM</i>) • Regras Padrão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências • Carta Social Européia • Declaração de Caracas • Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial • Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres • Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais |
| Proteção contra discriminação | <ul style="list-style-type: none"> • Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) • Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (PIDCP) |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) • Regras Padrão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências • Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos • Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres |
| Crianças com deficiências mentais têm o direito de desfrutar de uma vida plena e decente | <ul style="list-style-type: none"> • Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança • A Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) |
| Pessoas com transtornos mentais devem ser protegidas contra tortura, tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes | <ul style="list-style-type: none"> • Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanos e Degradantes • Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos • Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) • Declaração de Caracas • Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos • Convenção Européia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanos ou Degradantes • Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Mentalmente Enfermos |
| Normas para atenção e tratamento involuntários | <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) • Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos • Declaração de Caracas • Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial |

Anexo 3. Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental

Adotados pela resolução 46/119 da Assembléia Geral de 17 de dezembro de 1991

Aplicação

Estes Princípios devem ser aplicados sem discriminação de nenhum tipo tais como deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outras opiniões, origem nacional, étnica ou social, situação legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

Definições

Nestes Princípios:

“Advogado” significa um representante legal ou outro representante qualificado;

“Autoridade independente” significa uma autoridade competente e independente prescrita por lei nacional;

“Atenção à saúde mental” inclui análise e diagnóstico da condição mental de uma pessoa e tratamento, atenção e reabilitação para uma enfermidade mental ou suspeita de enfermidade mental;

“Estabelecimento de saúde mental” significa qualquer estabelecimento ou qualquer unidade de um estabelecimento cuja função principal é fornecer atenção à saúde mental;

“Clínico de saúde mental” significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada com habilidades específicas relevantes à atenção à saúde mental;

“Paciente” significa uma pessoa que recebe atenção à saúde mental e inclui todas as pessoas que são admitidas a um estabelecimento de saúde mental;

“Representante pessoal” significa uma pessoa encarregada por lei do dever de representar os interesses de um paciente em todo aspecto especificado ou de exercer direitos especificados em nome do paciente e inclui o pai ou tutor legal de um menor a menos que de outro modo estipulado pela lei nacional;

“A junta de revisão” significa o grupo criado em conformidade com o Princípio 17 para examinar a admissão ou retenção involuntárias de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

Cláusula de limitação geral

O exercício dos direitos descritos nestes Princípios pode estar sujeito apenas a limitações tais como prescritas por lei e necessárias para proteger a saúde ou segurança da pessoa envolvida ou de outras, ou senão para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde ou a moral ou os direitos e liberdades fundamentais dos outros.

Princípio 1

Liberdades fundamentais e direitos básicos

1. Todas as pessoas têm o direito à melhor atenção à saúde mental disponível, que deve ser parte do sistema de saúde e assistência social.
2. Todas as pessoas com uma enfermidade mental ou que estejam sendo tratadas como tal, devem ser tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.

3. Todas as pessoas com uma enfermidade mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm o direito a proteção contra exploração econômica, sexual e outras formas de exploração, ou abuso físico ou outra forma de abuso e tratamento degradante.

4. Não deve haver discriminação por motivo de enfermidade mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou prejudicar o igual desfrute de direitos. Medidas especiais exclusivamente para proteger os direitos ou garantir o progresso de pessoas com enfermidade mental não serão consideradas discriminatórias. A discriminação não inclui nenhuma distinção, exclusão ou preferência empreendidas em conformidade com as disposições destes Princípios e necessárias para proteger os direitos humanos de uma pessoa com uma doença mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa com uma doença mental deve ter o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais conforme reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e em outros instrumentos relevantes, tais como a Declaração sobre os Direitos de Pessoas Deficientes e o Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Toda Forma de Detenção ou Prisão.

6. Toda decisão para a qual, em virtude de sua doença mental, uma pessoa careça de capacidade legal, e toda decisão para a qual, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha de ser designado, deverá ser tomada apenas depois de uma audiência imparcial por um tribunal independente e imparcial estabelecido por lei nacional. A pessoa cuja capacidade estiver em questão terá o direito de ser representada por um advogado. Se a pessoa cuja capacidade estiver em questão não se munir de tal representação, esta lhe será disponibilizada sem pagamento por essa pessoa na medida em que ela não tiver meios suficientes para tal. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários e também não deverá representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em questão a menos que o tribunal esteja convencido de que não há nenhum conflito de interesse. Decisões relativas à capacidade e necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis prescritos por lei nacional. A pessoa cuja capacidade estiver em questão, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar para um tribunal superior contra qualquer de tais decisões.

7. Onde uma corte de justiça ou outro tribunal competente julgar que uma pessoa com doença mental é incapaz de administrar seus próprios negócios, serão tomadas medidas, desde que necessárias e apropriadas à condição dessa pessoa, para garantir a proteção de seu interesse.

Princípio 2

Proteção de menores

Especial atenção deverá ser dada dentro dos propósitos destes Princípios, e no contexto da lei nacional relativa à proteção de menores, para proteger os direitos dos menores, incluindo, se necessária, a designação de um representante pessoal que não um membro da família.

Princípio 3

Vida na comunidade

Toda pessoa com uma doença mental terá o direito de viver e trabalhar, até onde possível, na comunidade.

Princípio 4

Determinação de doença mental

1. A determinação de que uma pessoa tem uma doença mental será feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.
2. A determinação de doença mental nunca será feita na base de condição política, econômica ou social, ou filiação a um grupo cultural, racial ou religioso, ou de nenhum outro motivo não diretamente relevante ao estado de saúde mental.
3. Conflito familiar ou profissional, ou não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos ou crenças religiosas em vigor na comunidade da pessoa, não deverão ser nunca um fator determinante no diagnóstico de doença mental.
4. Um histórico de tratamento ou hospitalização no passado de um paciente não justificará por si só nenhuma determinação presente ou futura de doença mental.
5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como tendo, ou de outro modo sugerirá que uma pessoa tem, uma doença mental exceto para fins diretamente relacionados a doença mental ou a conseqüências de doença mental.

Princípio 5

Exame médico

Nenhuma pessoa será compelida a passar por exame médico com vistas a determinar se ela tem ou não uma doença mental, exceto em conformidade com um procedimento autorizado pela lei nacional.

Princípio 6

Confidencialidade

Será respeitado o direito à confidencialidade das informações concernentes a todas as pessoas a quem estes Princípios se aplicam.

Princípio 7

Papel da comunidade e da cultura

1. Todo paciente terá o direito de ser tratado e atendido, na medida do possível, na comunidade na qual ele vive.
2. Nos casos em que o tratamento ocorrer em um estabelecimento de saúde mental, o paciente terá o direito, sempre que possível, de ser tratado perto de sua casa ou da casa de seus parentes ou amigos e terá o direito de regressar à comunidade o mais cedo possível.
3. Todo paciente terá o direito a tratamento conveniente a suas origens culturais.

Princípio 8

Padrões de atenção

1. Todo paciente terá o direito de receber a atenção à saúde e a assistência social que for apropriada a suas necessidades de saúde e tem o direito a atenção e tratamento em conformidade com os mesmos padrões que os demais doentes.

2. Todo paciente será protegido de danos, incluindo medicamentos injustificados, abuso por parte de outros pacientes, funcionários ou outras pessoas e de outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico.

Princípio 9

Tratamento

1. Todo paciente terá o direito de ser tratado no 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.
2. O tratamento e atenção dados a cada paciente serão baseados em um plano individualmente prescrito, discutido com o paciente, regularmente revisto, retificado conforme necessário e fornecido por pessoal profissional qualificado.
3. A atenção à saúde mental sempre será fornecida em conformidade com normas aplicáveis da ética para clínicos de saúde mental, incluindo padrões internacionalmente aceitos como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais poderá haver abuso do conhecimento e habilidade em saúde mental.
4. O tratamento de cada paciente será dirigido no sentido de preservar e ampliar a autonomia pessoal.

Princípio 10

Medicação

1. A medicação deverá atender as necessidades de melhor saúde do paciente, deverá ser dada a um paciente apenas para fins terapêuticos ou de diagnóstico e jamais será administrada como punição ou para a conveniência de outras pessoas. Sujeitos às disposições do parágrafo 15 do Princípio 11, os clínicos de saúde mental somente deverão administrar medicação de eficácia conhecida ou comprovada.
2. Toda medicação será prescrita por um clínico de saúde mental legalmente autorizado e será registrada no prontuário do paciente.

Princípio 11

Consentimento com o tratamento

1. Nenhum tratamento será dado a um paciente sem o seu consentimento informado, exceto conforme disposto nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 adiante.
2. Consentimento informado é consentimento obtido livremente, sem ameaças ou induções indevidas, após a correta revelação ao paciente de informações adequadas e compreensíveis, numa forma e linguagem compreendida pelo paciente, sobre:
 - (a) A avaliação do diagnóstico;
 - (b) O propósito, método, duração provável e benefício esperado do tratamento proposto;
 - (c) Modos alternativos de tratamento, incluindo aqueles menos invasivos; e
 - (d) Possível dor ou desconforto, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.
3. O paciente pode requisitar a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento para concessão de consentimento.
4. O paciente tem o direito de recusar ou interromper o tratamento, exceto conforme disposto nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 adiante. As conseqüências da recusa ou interrupção do tratamento devem ser explicadas ao paciente.

5. O paciente não será nunca convidado ou induzido a abrir mão do direito de consentimento informado. Se o paciente procurar fazer isso, deverá ser explicado ao paciente que o tratamento não pode ser administrado sem o consentimento informado.
6. Exceto conforme disposto nos parágrafos 7, 8, 12, 13, 14 e 15 adiante, pode-se dar ao paciente uma proposta de plano de tratamento sem um consentimento informado do paciente se as seguintes condições forem atendidas:
- (a) O paciente esteja mantido, no momento relevante, como paciente involuntário;
 - (b) Uma autoridade independente, de posse de todas as informações pertinentes, inclusive as informações acima especificadas no parágrafo 2, esteja convencida de que, no momento relevante, o paciente carece da capacidade de dar ou retirar consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se assim o dispuser a legislação nacional, que, tendo em vista a segurança do paciente ou a segurança dos demais, o paciente despropositadamente retirar tal consentimento; e
 - (c) A autoridade independente esteja convencida de que o plano de tratamento proposto é do melhor interesse das necessidades de saúde do paciente.
7. O Parágrafo 6, anterior, não se aplica a um paciente com um representante pessoal com poderes legais para consentir com o tratamento para o paciente; mas, exceto conforme disposto nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 adiante, o tratamento pode ser dado a um paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações acima descritas no parágrafo 2, consentir em nome do paciente.
8. Exceto conforme disposto nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 adiante, o tratamento também pode ser dado a um paciente sem o seu consentimento informado se um clínico de saúde mental qualificado e legalmente autorizado determinar que o tratamento é de necessidade urgente a fim de prevenir dano imediato e iminente ao paciente ou a outras pessoas. Tal tratamento não deve ser prolongado para além do período estritamente necessário para esse fim.
9. No caso de um tratamento autorizado sem o consentimento informado do paciente, mesmo assim todo esforço deverá ser feito para informar o paciente sobre a natureza do tratamento e quaisquer alternativas possíveis e envolver o paciente ao máximo viável no desenvolvimento do plano de tratamento.
10. Todo tratamento será imediatamente registrado no prontuário médico do paciente, com uma indicação se se trata de tratamento involuntário ou voluntário.
11. A restrição física ou isolamento involuntário de um paciente não será adotada exceto em conformidade com os procedimentos oficialmente aprovados do estabelecimento de saúde mental e apenas quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou a outras pessoas. Isso não deverá se prolongar para além do período estritamente necessário para esse propósito. Em todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, 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 de pessoal. Um representante pessoal, se houver e caso seja relevante, deverá receber pronta notificação de qualquer restrição física ou isolamento involuntário imposto ao paciente.
12. A esterilização jamais será realizada como tratamento para doença mental.
13. Um procedimento médico ou cirúrgico maior poderá ser efetuado em uma pessoa com doença mental somente nos casos onde for permitido por lei nacional, em que se

considerar que atenderia as necessidades de saúde do paciente e em que o paciente der consentimento informado, exceto que, nos casos em que o paciente for incapaz de dar consentimento informado, o procedimento deverá ser autorizado apenas após exame independente.

14. Psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para doença mental não deverão nunca ser efetuados em um paciente que é um paciente involuntário em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a lei nacional permitir que sejam efetuados, eles poderão ser efetuados em qualquer outro paciente apenas em casos nos quais o paciente tiver dado consentimento informado e em que uma junta externa independente estiver convencida de que há consentimento informado genuíno e de que o tratamento serve às melhores necessidades de saúde do paciente.

15. Ensaios clínicos e tratamento experimental jamais serão efetuados em um paciente sem consentimento informado, exceto para o caso em que um paciente incapaz de dar consentimento informado puder ser admitido em 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.

16. Nos casos especificados acima nos parágrafos 6, 7, 8, 13, 14 e 15, o paciente ou seu representante pessoal ou qualquer pessoa interessada deverão ter o direito de apelar para uma autoridade judicial ou outra autoridade independente com relação a qualquer tratamento que lhe seja administrado.

Princípio 12

Notificação de direitos

1. Um paciente em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, o mais breve possível após a admissão e numa forma e linguagem que ele possa compreender, sobre todos os seus direitos em conformidade com estes Princípios e nos termos da lei nacional, informações estas que incluirão uma explicação de tais direitos e de como exercê-los.

2. Se e enquanto um paciente for incapaz de compreender tais informações, os direitos do paciente serão comunicados ao representante pessoal, se houver e se for apropriado, e à pessoa ou pessoas melhor qualificadas para representar os interesses do paciente e disposta(s) a assim fazer.

3. O paciente dotado da necessária capacidade tem o direito de nomear uma pessoa que deve ser informada em seu nome, bem como uma pessoa para representar seus interesses perante as autoridades do estabelecimento.

Princípio 13

Direitos e condições nos estabelecimentos de saúde mental

1. Todo paciente em um estabelecimento de saúde mental terá, em particular, o direito ao respeito integral ao seu/sua:

(a) Reconhecimento em toda parte como uma pessoa perante a lei;

(b) Privacidade;

(c) Liberdade de comunicação, que inclui a liberdade de se comunicar com outras pessoas no estabelecimento; liberdade para enviar e receber comunicações particulares sem censura; liberdade para receber, em reservado, visitas de um advogado ou representante

pessoal e, em todos os momentos razoáveis, outras visitas; e liberdade de acesso a serviços postais e telefônicos e a jornais, rádio e televisão;

(d) Liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental serão os mais próximos possíveis aos da vida normal de pessoas de idade similar e, em particular, incluirão:

(a) Instalações para atividades recreativas e lazer;

(b) Instalações para educação;

(c) Instalações para comprar ou receber artigos para a vida cotidiana, recreação e comunicação;

(d) Instalações, e incentivo ao uso das mesmas, para o envolvimento do paciente em ocupação ativa adequada a suas origens sociais e culturais, e para medidas apropriadas de reabilitação vocacional para promover sua reintegração na comunidade. Essas medidas deverão incluir orientação vocacional, treinamento profissional e serviços de colocação de empregados para habilitar os pacientes a garantir ou reter emprego na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância um paciente será submetido a trabalho forçado. Dentro dos limites compatíveis com as necessidades do paciente e com as exigências da administração institucional, o paciente deverá ser capaz de escolher o tipo de trabalho que prefere executar.

4. O trabalho de um paciente em um estabelecimento de saúde mental não será explorado. Todo paciente terá o direito de receber a mesma remuneração por um trabalho que ele fizer que teria sido paga, de acordo com a lei ou o costume do país, por um trabalho do mesmo tipo a um não paciente. Todo paciente assim considerado terá, em todos os casos, o direito de receber por seu trabalho uma cota justa de toda remuneração paga ao estabelecimento de saúde mental.

Princípio 14

Recursos para estabelecimentos de saúde mental

1. O estabelecimento de saúde mental terá acesso ao mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e, em particular:

(a) Pessoal médico qualificado e outros profissionais adequados em número suficiente e com espaço adequado para proporcionar privacidade e um programa de terapia apropriada e ativa a cada paciente;

(b) Equipamento de diagnóstico e terapia para o paciente;

(c) Atenção profissional adequada; e

(d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo estoques de medicamentos.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes com frequência suficiente para garantir que as condições, tratamento e atenção ao paciente estejam em conformidade com estes Princípios.

Princípio 15

Princípios de admissão

1. Sempre que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço deverá ser feito para evitar a admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será administrado da mesma maneira que o acesso a um outro estabelecimento para quaisquer outras enfermidades.

3. Todo paciente não admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento de saúde mental a qualquer momento, a menos que se apliquem os critérios para a sua retenção como paciente involuntário, tais como definidos no Princípio 16, e o paciente deverá ser informado desse direito.

Princípio 16

Admissão involuntária

1. Uma pessoa poderá (a) ser admitida involuntariamente a um estabelecimento de saúde mental como paciente; ou (b) já tendo sido admitida voluntariamente como paciente, será retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e somente se, um clínico de saúde mental qualificado e legalmente autorizado para esse propósito determinar, em conformidade com o Princípio 4, que a pessoa tem uma enfermidade mental e considerar:

(a) que, devido a essa doença mental, há uma séria probabilidade de dano imediato ou iminente a essa ou a outras pessoas; ou

(b) que, no caso de uma pessoa cuja doença mental é grave e cujo juízo está prejudicado, a não admissão ou retenção dessa pessoa provavelmente resulte em uma grave deterioração de sua condição ou impeça a administração do tratamento apropriado que somente pode ocorrer mediante admissão a um estabelecimento de saúde mental em conformidade com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso mencionado no subparágrafo (b), um segundo clínico de saúde mental, independente do primeiro, deverá ser consultado, caso seja possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou retenção involuntárias não poderão ocorrer a menos que o segundo clínico de saúde mental concorde.

2. A admissão ou retenção involuntárias deverão ser inicialmente para um período breve conforme especificado pela lei nacional para observação e tratamento preliminar à espera do exame da admissão e retenção pela junta de revisão. A justificativa para a admissão deverá ser comunicada sem demora ao paciente e o fato da admissão e a justificativa para a mesma também deverá ser comunicada prontamente e em detalhe para a junta de revisão, para o representante pessoal do paciente, se houver e, a menos que o paciente se oponha, à família do paciente.

3. Um estabelecimento de saúde mental apenas poderá receber pacientes involuntariamente admitidos se o estabelecimento tiver sido designado para assim fazer por uma autoridade competente prescrita por lei nacional.

Princípio 17

Junta de revisão

1. A junta de revisão deverá ser uma entidade judicial ou outra entidade independente e imparcial estabelecida por lei nacional em conformidade com procedimentos estipulados pela lei nacional. Ao formular suas decisões, a junta de revisão deverá ter a assistência de um ou mais clínicos de saúde mental qualificados e independentes e levar em conta seus pareceres.

2. A revisão inicial da junta de revisão, conforme estipulado pelo parágrafo 2 do Princípio 16, de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer o mais breve possível depois dessa decisão e ser efetuada em

conformidade com procedimentos simples e ágeis conforme especificados pela lei nacional.

3. A junta de revisão examinará periodicamente os casos de pacientes involuntários a intervalos razoáveis conforme especificado pela lei nacional.

4. Um paciente involuntário poderá candidatar-se à junta de revisão para liberação ou situação de paciente voluntário a intervalos razoáveis conforme especificado pela lei nacional.

5. A cada revisão, a junta de revisão deverá considerar se os critérios para admissão involuntária definidos no parágrafo 1 do Princípio 16 ainda são contemplados e, em caso negativo, o paciente deverá receber alta como paciente involuntário.

6. Se a qualquer momento o clínico de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que as condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não estão mais contempladas, ele deverá ordenar a alta daquela pessoa dessa condição de paciente.

7. O paciente ou seu representante pessoal ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar para um tribunal superior contra uma decisão de que o paciente seja admitido ou retido em um estabelecimento de saúde mental.

Princípio 18

Salvaguardas processuais

1. O paciente estará autorizado a escolher e designar um advogado para representá-lo como tal, incluindo representação em qualquer procedimento de reclamação ou apelação. Se o paciente não se valer de tais serviços, um advogado será disponibilizado sem pagamento pelo paciente desde que o paciente não tenha recursos suficientes para pagar.

2. O paciente também terá o direito à ajuda, se necessário, dos serviços de um intérprete. Nos casos em que tais serviços forem necessários e o paciente não os adquirir, eles deverão ser disponibilizados sem custo para o paciente desde que este careça de meios suficientes para pagar.

3. O paciente e o advogado do paciente poderão solicitar e apresentar em uma audiência um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros informes e evidência oral, escrita e outras que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do paciente e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados devem ser entregues ao paciente e ao advogado do paciente, exceto em casos especiais em que se determina que uma revelação específica ao paciente provocaria sério dano à saúde do paciente ou colocaria em risco a segurança de outras pessoas. Conforme possa determinar a lei nacional, todo documento não entregue ao paciente deverá, quando isto for feito em confiança, ser entregue ao representante pessoal e advogado do paciente. Quando uma parte de um documento for recusada a um paciente, o paciente ou seu advogado, se houver, deverá receber notificação da retenção do documento e dos motivos para isso e será submetida a revisão judicial.

5. O paciente e o representante pessoal e advogado do paciente terão o direito de assistir, participar e serem ouvidos pessoalmente em qualquer audiência.

6. Se o paciente ou o representante pessoal ou o advogado do paciente solicitar que uma determinada pessoa esteja presente em uma audiência, essa pessoa deverá ser admitida a menos que se determine que a presença da pessoa poderia provocar dano sério à saúde do paciente ou colocar em risco a segurança de outras pessoas.

7. Toda decisão quanto a se a audiência ou uma parte dela deva ser em público ou reservada e se poderá ser publicamente noticiada deverá levar em toda consideração os desejos do paciente, a necessidade de respeitar a privacidade do paciente e de outras pessoas e a necessidade de prevenir dano sério à saúde do paciente ou de evitar colocar em risco a segurança de outros.

8. A decisão resultante da audiência e as razões para tal deverão ser expressas por escrito. Cópias deverão ser entregues ao paciente e seu representante pessoal e advogado. Ao deliberar se a decisão deve ser publicada no todo ou em parte, toda consideração deverá ser dada ao que o próprio paciente deseja, à necessidade de respeitar sua privacidade e a de outras pessoas, ao interesse do público na administração aberta da justiça e à necessidade de prevenir dano sério à saúde do paciente ou de evitar colocar em risco a segurança de outras pessoas.

Princípio 19

Acesso à informação

1. O paciente (termo que neste Princípio inclui um ex-paciente) terá o direito ao acesso à informação relativa ao paciente em seus registros de saúde e pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Esse direito poderá estar sujeito a restrições a fim de prevenir dano sério à saúde do paciente e evitar colocar em risco a segurança de outras pessoas. Conforme a lei nacional possa determinar, quaisquer dessas informações não entregues ao paciente, quando isto for feito em confiança, deverão ser entregues ao representante pessoal e advogado do paciente. Quando qualquer informação for recusada a um paciente, o mesmo ou seu advogado, se houver, deverá receber notificação da retenção da informação e das razões para tal e isso será submetido a revisão judicial.

2. Quaisquer comentários escritos do paciente ou do representante pessoal ou advogado do paciente deverão, mediante solicitação, ser inseridos no dossiê do paciente.

Princípio 20

Infratores criminosos

1. Este Princípio se aplica a pessoas que cumprem sentenças de prisão por infrações criminosas, ou que sejam de outro modo detidos no curso de procedimentos ou investigações criminais contra eles e sobre os quais se determinou possuírem uma doença mental ou se suponha terem uma doença mental ou se acredite que possam ter tal doença.

2. Todas essas pessoas deverão receber a melhor atenção à saúde mental disponível conforme disposto no Princípio 1. Estes Princípios deverão ser aplicados a elas na maior extensão possível, apenas com as limitadas modificações e exceções que se fizerem necessárias nas circunstâncias. Nenhuma de tais modificações e exceções deverá prejudicar os direitos das pessoas nos termos dos instrumentos citados no parágrafo 5 do Princípio 1.

3. A lei nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente, atuando na base de parecer médico competente e independente, a ordenar que tais pessoas sejam admitidas a um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se constatou uma doença mental deverá, em todas as circunstâncias, ser condizente com o Princípio 11.

Princípio 21
Reclamações

Todo paciente e ex-paciente terá o direito de fazer uma queixa mediante os procedimentos especificados pela lei nacional.

Princípio 22
Monitoração e reparações

Os governos deverão garantir que mecanismos apropriados estejam em vigor para promover a conformidade com estes Princípios, na inspeção de estabelecimentos de saúde mental, na apresentação, investigação e resolução de reclamações e na instituição de procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para a má conduta profissional ou violação dos direitos do paciente.

Princípio 23
Implementação

1. Os governos deverão implementar estes Princípios por meio de medidas legislativas, judiciais, administrativas e educacionais apropriadas, entre outras, e periodicamente revisá-las.
2. Os governos deverão divulgar amplamente estes Princípios através de meios apropriados e efetivos.

Princípio 24
Escopo dos princípios relacionados aos estabelecimentos de saúde mental

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas a um estabelecimento de saúde mental.

Princípio 25
Salvaguarda de direitos existentes

Não deverá haver restrição e nem revogação de nenhum direito existente de pacientes, inclusive de direitos reconhecidos em lei internacional ou nacional aplicável sob o pretexto de que estes Princípios não reconhecem tais direitos ou de que os reconhecem numa medida menor.

Para mais informações e orientação sobre os Princípios ASM, ver também Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorder. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 1996; disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf

Anexo 4. Trecho da Declaração de Caracas OPAS/OMS

Os legisladores, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental e juristas reunidos na Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina [Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America] no âmbito do Modelo de Sistemas Locais de Saúde,

DECLARAM

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na Atenção Básica à Saúde e no marco do Modelo de Sistemas Locais de Saúde promoverão modelos alternativos de serviço que sejam sediados na comunidade e integrados em redes sociais e de atenção à saúde.
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na Região implica uma revisão crítica do papel dominante e centralizador desempenhado pelo hospital mental na prestação de serviços de saúde mental.
3. Que os recursos, atenção e tratamento disponibilizados deverão:
 - a) salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) basear-se em critérios que sejam racionais e tecnicamente apropriados; e
 - c) empenhar-se para manter os pacientes em suas comunidades.
4. A legislação nacional deve receber uma nova redação se necessário para que:
 - a) sejam salvaguardados os direitos humanos e civis dos pacientes mentais; e
 - b) a organização dos serviços de saúde mental comunitários garanta a proteção desses direitos.
5. Que a formação em saúde mental e psiquiatria deverá adotar um modelo de serviços baseado no centro comunitário de saúde e incentivar a admissão psiquiátrica em hospitais gerais, em conformidade com os princípios que embasam o movimento de reestruturação.
6. Que as organizações, associações e outros participantes desta Conferência pela presente se comprometem a defender e desenvolver programas ao nível de país que promoverão a desejada reestruturação, e ao mesmo se dedicam a monitorar e defender os direitos humanos de pacientes mentais em conformidade com a legislação nacional e acordos internacionais.

Para tal fim, convocam os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outras instituições fornecedoras de atenção, organizações profissionais, associações de consumidores, universidades e outros estabelecimentos de formação e a mídia para apoiarem a reestruturação da atenção psiquiátrica, assim garantindo este próspero desenvolvimento para o benefício da população da Região.

Extraído do texto da Declaração de Caracas adotado em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada em Caracas, Venezuela, pela Organização Panamericana de Saúde/Escritório Regional da OMS para as Américas. International Digest of Health Legislation, 1991, 42(2):336–338.

Anexo 5. Trecho da Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial

Declaração de Madri sobre Normas Éticas para a Prática Psiquiátrica

Aprovada pela Assembléia Geral em 25 de agosto de 1996 e emendada pela Assembléia Geral em Yokohama, Japão, em agosto de 2002

Em 1977, a Associação Psiquiátrica Mundial (APM) aprovou a Declaração do Havaí, estabelecendo diretrizes éticas para a prática da psiquiatria. A Declaração foi atualizada em Viena em 1983. Para refletir o impacto de atitudes sociais mutáveis e novos avanços médicos na profissão psiquiátrica, a Associação Psiquiátrica Mundial mais uma vez examinou e retificou algumas dessas normas éticas.

A medicina é tanto uma arte de cura como uma ciência. A dinâmica dessa combinação está melhor refletida na psiquiatria, o ramo da medicina especializado na atenção e proteção dos que estão doentes e enfermos devido a um transtorno ou debilidade mental. Embora possa haver diferenças culturais, sociais e nacionais, a necessidade de conduta ética e revisão constante das normas éticas é universal.

Como praticantes da medicina, os psiquiatras devem estar conscientes das implicações éticas de ser médico e das exigências éticas específicas da especialidade da psiquiatria. Como membros da sociedade, os psiquiatras devem advogar o tratamento imparcial e igualitário dos mentalmente enfermos, a justiça social e a equidade para todos.

O comportamento ético se baseia no senso individual do psiquiatra da responsabilidade para com o paciente e no seu discernimento ao determinar qual a conduta correta e apropriada. Normas e influências externas como os códigos de conduta profissionais, o estudo da ética ou o império da lei por si mesmos não garantirão a prática ética da medicina.

Os psiquiatras deverão sempre ter em mente os limites do relacionamento psiquiatra-paciente e ser primordialmente norteados pelo respeito aos pacientes e preocupação por seu bem-estar e integridade.

Foi com esse espírito que a Associação Psiquiátrica Mundial aprovou na Assembléia Geral de 25 de agosto de 1996 as seguintes normas éticas que deverão governar a conduta de psiquiatras no mundo inteiro.

1. A psiquiatria é uma disciplina médica voltada ao fornecimento do melhor tratamento para os transtornos mentais; à reabilitação de pessoas que sofrem de doença mental e à promoção da saúde mental. Os psiquiatras atendem os pacientes ao fornecer a melhor terapia disponível condizente com o conhecimento científico e os princípios éticos aceitos. Os psiquiatras devem conceber intervenções terapêuticas que sejam as menos

restritivas à liberdade do paciente e buscar aconselhamento em áreas de seu trabalho sobre as quais não possuem conhecimento e experiência direta. Ao fazer isso, os psiquiatras devem estar conscientes e preocupados com a alocação equitativa dos recursos de saúde.

2. É dever dos psiquiatras manter-se ao corrente dos avanços científicos da especialidade e transmitir conhecimento atualizado aos demais. Os psiquiatras com formação em pesquisa devem procurar a ampliação das fronteiras científicas da psiquiatria.

3. O paciente deve ser aceito como um parceiro de direito no processo terapêutico. A relação terapeuta-paciente deve basear-se na confiança e respeito mútuos para permitir que o paciente tome decisões livres e informadas. É dever dos psiquiatras fornecer ao paciente informações relevantes de modo a capacitá-lo a tomar uma decisão racional de acordo com seus valores e preferências pessoais.

4. Quando o paciente estiver incapacitado e/ou incapaz de exercer o juízo correto devido a um transtorno mental, os psiquiatras devem consultar a família do paciente e, se apropriado, procurar ajuda legal, para salvaguardar a dignidade humana e o direito legal do paciente. Nenhum tratamento deverá ser fornecido contra a vontade do paciente, exceto se a não realização do tratamento colocar em risco a vida do paciente e/ou daqueles que o rodeiam. O tratamento deve sempre se dar no melhor interesse do paciente.

5. Quando os psiquiatras são solicitados a avaliar uma pessoa, é seu dever inicialmente informar e aconselhar a pessoa avaliada sobre o propósito da intervenção, o uso dos resultados e as possíveis repercussões da avaliação. Isto é particularmente importante quando os psiquiatras estão envolvidos em situação com terceiros.

6. As informações obtidas na relação terapêutica devem ser mantidas em sigilo e utilizadas, única e exclusivamente, com o propósito de melhorar a saúde mental do paciente. Os psiquiatras são proibidos de fazer uso de tais informações para fins pessoais ou benefícios financeiros ou acadêmicos. A violação da confidencialidade apenas pode ser pertinente quando graves danos físicos ou mentais ao paciente ou a terceiros puderem se seguir em decorrência da preservação da confidencialidade; nessas circunstâncias, sempre que possível o psiquiatra deverá primeiro aconselhar o paciente sobre a medida a ser tomada.

7. Pesquisas que não são conduzidas em conformidade com os cânones da ciência são anti-éticas. As atividades de pesquisa devem ser aprovadas por uma comissão de ética devidamente constituída. Os psiquiatras devem seguir regras nacionais e internacionais para a conduta em pesquisa. Apenas indivíduos devidamente treinados para pesquisa devem empreendê-la ou dirigi-la. Considerando que os pacientes psiquiátricos são pessoas particularmente vulneráveis, cautela adicional deve ser tomada para salvaguardar sua autonomia, bem como sua integridade física e mental. Normas éticas também devem ser aplicadas à seleção de grupos da população, em todos os tipos de pesquisa, inclusive

estudos epidemiológicos e sociológicos e em pesquisa em colaboração que envolva outras disciplinas ou diversos centros de investigação.

DIRETRIZES RELATIVAS A SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

O Comitê de Ética da Associação Psiquiátrica Mundial reconhece a necessidade de desenvolver uma série de diretrizes específicas para diversas situações específicas. As primeiras cinco foram aprovadas pela Assembléia Geral em Madri, Espanha, em 25 de agosto de 1996 e as últimas três pela Assembléia Geral em Hamburgo, Alemanha, em 8 de agosto de 1999.

1. Eutanásia: O primeiro e principal dever de um médico é a promoção da saúde, a redução do sofrimento e a proteção da vida. O psiquiatra, entre cujos pacientes se encontram alguns gravemente incapacitados e incompetentes para chegar a uma decisão informada, deve ser particularmente cauteloso com ações que poderiam levar à morte daqueles que não podem se proteger devido a sua deficiência. O psiquiatra precisa estar atento ao fato de que as opiniões de um paciente podem ser distorcidas por doenças mentais como a depressão. Em tais situações, o papel do psiquiatra é tratar a doença.

2. Tortura: O psiquiatra não deve participar em nenhum processo de tortura mental ou física, mesmo quando autoridades tentarem forçar seu envolvimento em tais atos.

3. Pena de Morte: Sob nenhuma circunstância o psiquiatra deve participar em execuções legalmente autorizadas nem em avaliações de competência para ser executado.

4. Escolha do Sexo: Sob nenhuma circunstância o psiquiatra deve participar em decisões de interrupção da gravidez com o propósito de escolha do sexo.

5. Transplante de Órgãos: O papel do psiquiatra é esclarecer as questões em torno das doações de órgãos e aconselhar sobre os fatores religiosos, culturais, sociais e familiares para garantir que decisões informadas e corretas possam ser tomadas por todos os envolvidos. O psiquiatra não deve atuar como procurador dos pacientes na tomada de decisões nem utilizar habilidades psicoterapêuticas para influenciar a decisão de um paciente nessas questões. Os psiquiatras devem buscar proteger seus pacientes e ajudá-los a praticar a autodeterminação no maior grau possível em situações de transplante de órgãos.

6. Relação dos Psiquiatras com a Mídia: A mídia desempenha um papel chave na conformação das percepções e atitudes da comunidade.

Em todos os contatos com a mídia os psiquiatras devem garantir que as pessoas com doenças mentais sejam apresentadas de modo a preservar sua dignidade e privacidade e reduzir o estigma e a discriminação contra elas. Um papel importante dos psiquiatras é advogar em favor das pessoas que sofrem de transtornos mentais. Uma vez que a percepção do público quanto aos psiquiatras e à psiquiatria repercute sobre os pacientes, os psiquiatras devem assegurar que, em seus contatos com a mídia, representem com

dignidade a profissão de psiquiatra. Os psiquiatras não devem fazer pronunciamentos à mídia sobre a suposta psicopatologia de quem quer que seja. Ao apresentar para a mídia resultados de pesquisa, os psiquiatras devem garantir a integridade científica das informações dadas e estar atento ao impacto potencial de suas declarações sobre a percepção pública da doença mental e sobre o bem-estar de pessoas com transtornos mentais.

7. Os Psiquiatras e a Discriminação no Terreno Étnico ou Cultural
Discriminação feita por psiquiatras com base em etnia ou cultura, seja diretamente ou ajudando outros, é anti-ética. Os psiquiatras não devem nunca se envolver ou endossar, direta ou indiretamente, nenhuma atividade relacionada a purificação étnica.

8. Os Psiquiatras e a Pesquisa e Aconselhamento Genético
Aumenta rapidamente o número de pesquisas sobre a base genética dos transtornos mentais e mais pessoas afetadas por doenças mentais estão participando das mesmas. Os psiquiatras envolvidos em pesquisa ou aconselhamento genético devem estar atentos para o fato de que a implicação das informações genéticas não se limita ao indivíduo do qual elas são obtidas, e que sua revelação pode ter efeitos negativos e perturbadores sobre as famílias e comunidades dos indivíduos envolvidos. Por isso, os psiquiatras devem garantir que:

- pessoas e familiares que participarem em pesquisas genéticas o façam com um consentimento plenamente informado;
- toda informação genética que estiver em seu poder seja adequadamente protegida contra acesso não autorizado, deturpação ou mau uso,
- haja cautela na comunicação com pacientes e familiares para deixar claro que o conhecimento genético atual é incompleto e pode ser alterado por futuras descobertas.

Os psiquiatras apenas devem encaminhar pessoas para estabelecimento que realiza testes genéticos de diagnóstico se esse estabelecimento tiver:

- demonstrado procedimentos satisfatórios de garantia de qualidade para tais testes;
- recursos adequados e facilmente acessíveis para aconselhamento genético. O aconselhamento genético quanto ao planejamento familiar ou ao aborto deve ser respeitoso com o sistema de valores dos pacientes e, ao mesmo tempo, apresentar informações médicas e psiquiátricas suficientes para ajudar os pacientes a tomarem as decisões que considerem as melhores para si mesmos.

Anexo 6. Exemplo: Direitos do Paciente, conforme especificados em Connecticut, EUA.

Seus Direitos como Cliente ou Paciente do Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependência de Drogas de Connecticut (EUA)

Você tem o direito de ser tratado de uma maneira humana e digna em todos os momentos e com total respeito a sua/seu(s):

❖ Dignidade Pessoal ❖ Direito à Privacidade ❖ Direito à Propriedade Pessoal ❖ Direitos Civis

Você tem o direito à liberdade em relação ao abuso ou dano físico ou mental;

Você tem o direito a um plano de tratamento por escrito desenvolvido com a sua participação e adequado a suas necessidades, objetivos e aspirações pessoais;

Você deve ser informado de seus direitos pela instituição, agência ou programa.

Além disso, uma lista de seus direitos deve ser afixada em cada pavilhão de hospital.

Outros direitos seus incluem:

Tratamento humano e digno: Você tem o direito de receber tratamento humano e digno em todos os momentos e com total respeito a sua dignidade e privacidade pessoal. Um plano de tratamento especializado deve ser desenvolvido em conformidade com as suas necessidades. Todo plano de tratamento deve incluir, sem a isso se limitar, notificação razoável de alta, sua participação ativa no – e planejamento para o – adequado tratamento de convalescença. (Ver CGS 17a-542)

Dignidade Pessoal: Enquanto estiver em um estabelecimento de internação, você tem o direito de vestir suas próprias roupas, manter seus próprios objetos pessoais (levando em conta limitações razoáveis de espaço) e ter acesso a e gastar seu próprio dinheiro com compras pessoais.* Exceto para pacientes na Divisão Forense Whiting, você tem o direito de estar presente durante qualquer revista em seus pertences pessoais. Qualquer exceção a esses direitos deve ser explicada por escrito e fazer parte de seu registro clínico. (Ver CGS 17a-548)

Privacidade e Confidencialidade: Você tem o direito à privacidade e à confidencialidade. Registros que identifiquem sua pessoa, método de tratamento ou seu diagnóstico não podem ser entregues a nenhuma outra pessoa ou agência sem o seu consentimento por escrito. Todos os registros mantidos pelos tribunais [na medida em que se relacionam com o tratamento de um paciente] devem ser lacrados e apenas disponibilizados para o réu ou seu advogado.* Nenhuma pessoa, hospital, estabelecimento de tratamento nem o DMHAS poderão revelar ou permitir a divulgação da identidade, diagnóstico, prognóstico ou tratamento de nenhum cliente de serviço que constitua uma violação de estatutos estaduais ou federais concernentes à confidencialidade.* (Ver CGS 17a-500, 17a-688, 52-146f e 42 CFR parte 2)

Certificado de Emergência do Médico e Internação: Você, seu defensor ou advogado, podem saber mais sobre a aplicação dos procedimentos de Ordem de Tratamento [Commitment] examinando os devidos estatutos. Todas as pessoas admitidas mediante um Certificado de Emergência do Médico têm o direito, mediante pedido, a uma audiência de Causa Provável no prazo de 3 dias úteis a partir da admissão. Todos os pacientes voluntariamente admitidos deverão ser informados, na admissão, sobre sua permissão para sair após uma notificação prévia de três dias. Nenhum paciente voluntariamente confinado terá negado seu pedido de licença com uma notificação prévia de três dias a menos que uma solicitação para internação tenha sido recebida em um tribunal de jurisdição competente. Estatutos diferentes se aplicam dependendo de você estar em tratamento de dependência de drogas ou para um transtorno psiquiátrico. (Ver CGS 17a-495 et seq.; 17a-502; 17a-506; 17a-682 to 17a-685, 54-56d)

Direitos de Receber Visitas e à Comunicação: Você poderá receber visitas durante horários de visitas programados. Você tem o direito de receber visita e pode ter conversas particulares com clérigos, advogados ou assistentes legais de sua escolha a qualquer momento razoável. É razoável que os estabelecimentos mantenham regras para controle de visitantes. Correspondência ou outras comunicações para ou de um cliente de serviço em qualquer estabelecimento de tratamento não poderão ser interceptadas, lidas ou censuradas.* Quaisquer exceções a direitos relativos a comunicações devem ser explicadas por escrito, assinadas pelo chefe (ou encarregado) do estabelecimento e incorporadas ao seu registro clínico. (Ver CGS 17a-546, 17a-547)

Acesso a Seu Registro Médico: Você ou seu advogado terão o direito, mediante requisição por escrito, a inspecionar seus registros hospitalares. A menos que sua requisição seja feita no contexto de litígio, o estabelecimento pode se recusar a revelar qualquer parte do registro que o estabelecimento de saúde mental tiver decidido que poderá gerar um risco substancial de que você infligiria um dano perigo de vida a si ou aos outros, experimentaria uma grave deterioração no estado mental,* ou constituiria uma invasão da privacidade de uma outra pessoa. (Ver CGS 17a-548, 52-146f)

Restrição e Isolamento: Se as condições forem tais que você seja restringido ou colocado em isolamento, você deve ser tratado de uma maneira humana e digna. O uso de isolamento involuntário ou restrições mecânicas é permitido somente quando há um perigo iminente para si mesmo ou os demais. A documentação dos motivos para essas intervenções deve ser colocada em seus registros clínicos no prazo de 24 horas. Medicamentos não podem ser usados como substituto para um tratamento mais apropriado. (Ver CGS 17a-544)

Reparações a Pessoas Agravadas: Se você foi agravado por uma violação das seções 17a-540 a 17a-549 você pode fazer uma petição ao Tribunal Superior em cuja jurisdição você reside para obter a devida reparação. (Ver CGS 17a-550)

Divulgação de Seus Direitos: Uma cópia de seus direitos deve ser visivelmente exposta em cada pavilhão onde forem fornecidos serviços de saúde mental. (Ver CGS 17a-548)

Medicação, Tratamento, Consentimento Informado e Procedimentos Cirúrgicos:

Você, seu defensor ou advogado, podem descobrir mais sobre quais procedimentos se aplicam examinando os estatutos apropriados (ver CGS 17a-543a-j). Se você foi hospitalizado nos termos de qualquer uma das seções de 17a-540 a 550, deverá passar por um exame físico no prazo de 5 dias de sua admissão e pelo menos uma vez por ano daí em diante. Os relatórios de tais exames devem ser incorporados ao seu registro clínico. (Ver CGS 17a-545). Nenhum procedimento médico ou cirúrgico, psicocirurgia ou terapia de choque será administrada a nenhum paciente sem o consentimento informado por escrito do paciente, exceto conforme disposto por estatuto.* Um estabelecimento pode definir um procedimento para governar os tratamentos involuntários com medicação, mas qualquer dessas decisões deve ser tomada por alguém não empregado pelo estabelecimento de tratamento e não até que o defensor do paciente tenha tido oportunidade razoável para discutir isso com o estabelecimento.* Se o estabelecimento tiver determinado a administração de medicação involuntária em conformidade com o estatuto, o paciente pode fazer uma petição ao Tribunal de Sucessões para realizar uma audiência para decidir se deve permitir ou não essa intervenção. Não obstante as disposições dessa seção (17a-540 to 550), se a obtenção de consentimento gerar um atraso danoso em termos médicos, o tratamento de emergência poderá ser administrado sem consentimento. (Ver CGS 17a-543a-f)

Recusa de Emprego, Habitação, Etc: Não lhe pode ser negado emprego, habitação, cargo no serviço público, nenhuma licença ou permissão nem nenhum outro direito civil ou legal, com base exclusivamente em uma história presente ou passada de transtorno mental, a menos que de outro modo estipulado.* (Ver CGS 17a-549)

Moção de agravos: Pacientes de estabelecimentos ou programas do DMHAS têm o direito de mover uma ação de agravo se algum funcionário ou estabelecimento: 1) tiver violado um direito garantido por estatuto, regulamento ou política; 2) o tiver tratado de uma maneira arbitrária ou despropositada; 3) negar-lhe serviços autorizados por um plano de tratamento devido a negligência, discriminação ... ou outros motivos impróprios; 4) tiver se envolvido em coerção para limitar indevidamente suas opções de tratamento; 5) tiver despropositadamente falhado em intervir quando seus direitos foram ameaçados em um contexto controlado pelo estabelecimento ou pelo DMHAS; ou 6) tiver fracassado em tratá-lo de uma maneira humana ou digna. (Ver CGS 17a-451-t[1-6])

Outros Direitos podem ser garantidos por estatuto estadual ou federal, regulamentação ou políticas não identificados nesta lista. É aconselhável que você procure advogado para se informar ou entender melhor essas leis e políticas.

Muitos dos direitos dos usuários de serviços em estabelecimentos em Connecticut são especificados nas seções 17a-540 a 17a-550 dos Estatutos Gerais de Connecticut. Pode haver também outros direitos garantidos por outros estatutos estaduais e federais, bem como por jurisprudência, mas os únicos identificados em 17a-540 a 17a-550 são especificamente protegidos e devem ser obedecidos por estabelecimentos de tratamento por internação ou ambulatorial em Connecticut. Esses estatutos se aplicam tanto a usuários voluntários como involuntários dos serviços, a menos que de outro modo disposto.

Em geral, tanto os estabelecimentos públicos como os particulares são proibidos de privar você de qualquer de seus direitos pessoais, direitos à propriedade ou direitos civis. Inclui-se aí o direito de votar, de possuir ou transferir propriedade e contrato, exceto em conformidade com o devido processo legal e a menos que você tenha sido declarado incapaz nos termos das seções 45a-644 a 45a-662. Toda constatação de incapacidade deve estipular especificamente quais direitos civis ou pessoais você é incapaz de exercer.

Para mais informações sobre seus direitos como usuário de serviços de abuso de substâncias ou de saúde mental em Connecticut, ligue para 1-800-446-7348.

*Pode haver exceções e limitações a alguns direitos. Seus direitos são detalhados nos Estatutos Gerais de Connecticut, seções 17a-450 *et seq.*; 17a-540 *et seq.*; 17a-680 *et seq.*; 52-146d-j; 54-56d; no regulamento federal 42 CFR parte 2, Lei de Reabilitação, Lei dos Americanos com Deficiências; Lei de Autodeterminação dos Pacientes, na Seção 1983 e em outras partes da lei estadual e federal.

(<http://www.dmhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>)

Anexo 7. Exemplo: Direitos de Usuários de Serviços de Saúde Mental, Departamento de Serviços de Comportamento e Desenvolvimento do Estado do Maine, EUA

Trecho do Sumário e do Resumo dos Direitos dos Usuários

Sumário

Notificação de Não Discriminação

Declaração de Base

Introdução

A. REGRAS DE APLICAÇÃO GERAL

I. Declaração de Intenção

II. Definições

III. Direitos Básicos

IV. Tratamento Menos Restritivo Adequado

V. Notificação de Direitos

VI. Assistência na Proteção de Direitos

VII. Direito ao Devido Processo com Relação a Agravos

VIII. Reclamações

IX. Confidencialidade e Acesso a Registros

X. Remuneração Justa por Trabalho

XI. Proteção Durante Experimentação e Pesquisa

B. DIREITOS EM CONTEXTOS DE INTERNAÇÃO E AMBULATÓRIO

I. Declaração de Intenção

II. Ambiente de Privacidade e Tratamento Humanitário

III. Plano Individualizado de Tratamento e Alta

IV. Plano Individualizado de Tratamento ou Serviço em Contextos Residenciais

V. Consentimento Informado para o Tratamento

VI. Direitos Básicos

VII. Liberdade quanto a Isolamento e Restrição Desnecessários em Contextos Residenciais

C. DIREITOS EM CONTEXTOS AMBULATORIAIS

I. Declaração de Intenção

II. Processo de Planejamento de Apoio Individualizado

III. Plano Individualizado de Tratamento ou Serviços

IV. Consentimento Informado para o Tratamento

Resumo em inglês, francês, russo, servo-croata, somali, espanhol, vietnamita

Resumo em Inglês dos Direitos dos Usuários

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE COMPORTAMENTO E DESENVOLVIMENTO DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Este é um resumo de seus direitos como usuário de serviços nos termos dos Direitos de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Você tem o direito de obter uma cópia integral dos Direitos junto a esta agência ou junto ao Departamento de Serviços de Comportamento e Desenvolvimento [Department of Behavioral and Developmental Services, 40 State House Station, Augusta, Maine 04333, Tel: 287-4200 (V), 287-2000 (TTY)]. Se você é surdo ou não entende inglês, um intérprete qualificado lhe será fornecido sem nenhum ônus para que você possa entender seus direitos e seu tratamento.

1. Direitos básicos. Você tem os mesmos direitos civis, humanos e legais possuídos por todos os residentes no estado do Maine. Você tem o direito de ser tratado com cortesia e total respeito por sua individualidade e dignidade.

2. Confidencialidade e Acesso aos Registros. Ninguém mais pode ver seu prontuário a menos que você o autorize especificamente, exceto em casos descritos no livro completo de direitos. Você pode acrescentar comentários escritos ao seu prontuário para esclarecer informações que julgar imprecisas ou incompletas. Você tem o direito de examinar seu prontuário a qualquer momento razoável.

3. Plano Individualizado de Tratamento ou Serviço. Você tem o direito a um plano individualizado, desenvolvido por você e seu terapeuta com base em suas necessidades e objetivos. O plano deve ser formulado por escrito e você tem direito a uma cópia do mesmo. O plano precisa detalhar especificamente o que cada um fará, os prazos nos quais as tarefas e objetivos serão cumpridos e como se avaliará o sucesso do mesmo. O plano deve se basear em suas necessidades concretas e, se não houver o serviço necessário disponível, detalhar como sua necessidade será atendida.

4. Consentimento Informado. Nenhum serviço ou tratamento pode ser fornecido contra a sua vontade, a menos que você tenha um tutor que tenha consentido, que haja uma emergência ou que tenha ocorrido uma audiência judicial especial acerca de seu tratamento. Você tem o direito de ser informado (ou, se estiver sob tutela, o tutor tem o direito de ser informado) dos possíveis riscos e benefícios previstos de todos os serviços e tratamento, incluindo medicações, de uma maneira que você possa entender. Se tiver quaisquer dúvidas, pode perguntar a seu terapeuta ou a alguém mais de sua escolha antes de tomar decisões sobre tratamento ou serviços.

5. Assistência na Proteção de Direitos. Você tem o direito de designar um representante de sua escolha para ajudá-lo a compreender seus direitos, proteger seus direitos ou ajudar você a elaborar um plano de tratamento ou serviços. Se você desejar um representante, deve designar essa pessoa por escrito. Você pode ter acesso ao representante a qualquer momento que desejar e pode mudar ou cancelar a designação a qualquer momento.

6. Liberdade quanto a Isolamento e Restrição. Você não pode ser isolado ou restringido em um contexto ambulatorial.

7. Direito de Mover Ação por Agravo. Você tem o direito de mover uma queixa para contestar qualquer violação possível de seus direitos ou quaisquer práticas questionáveis. Você tem o direito de ter sua queixa respondida por escrito, com explicações para as decisões. Você pode apelar contra qualquer decisão à Divisão de Saúde Mental. Você não pode ser punido de maneira alguma por mover uma ação de agravo. Para ajuda no caso de agravos, você pode contatar o Escritório de Defesa de Direitos [Office of Advocacy, 60 State House Station, Augusta, Maine 04333, Tel: 287-4228 (V), 287-1798 (TTY)] ou o Centro de Direitos de Deficientes [Disability Rights Center, P.O. Box 2007, Augusta, Maine 04338-2007, Tel: 1-800-452-1948 (V/TTY)].

Eu recebi uma cópia do resumo dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental

| Data | Assinatura do Cliente | Data | Assinatura da Testemunha |
|-------------|------------------------------|-------------|---------------------------------|
|-------------|------------------------------|-------------|---------------------------------|

(Para visualizar toda a notificação de direitos dos usuários de serviços de saúde mental do Estado do Maine, por favor visite o website <http://www.state.me.us/bds/Licensing/RightsRecipients/Index.html>)

Anexo 8. Exemplo: Formulários para admissão e tratamento involuntários (abordagem mista), Victoria, Austrália

PROGRAMA 1

Regulamento 5(1)

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

Lei de Saúde Mental 1986
(Seção 9)
Regulamentos de Saúde Mental 1998

PARTE A

PEDIDO PARA ADMISSÃO DE UMA PESSOA COMO PACIENTE INVOLUNTÁRIO A UM SERVIÇO AUTORIZADO DE SAÚDE MENTAL

AO CLÍNICO GERAL CREDENCIADO DA ADMISSÃO

Admita, por favor,

.....

NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) da pessoa a ser admitida

de.....

(ENDEREÇO DA PESSOA A SER ADMITIDA)

como paciente involuntário a um serviço autorizado de saúde mental.

PARTE B

DADOS DA PESSOA RESPONSÁVEL PELO PEDIDO

.....

NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) da pessoa responsável pelo pedido

de.....

endereço da pessoa responsável pelo pedido

assinatura.....data.....

PARTE C

**LEVANDO A PESSOA PARA O SERVIÇO AUTORIZADO DE SAÚDE MENTAL
(A SER PREENCHIDO EM CASO DE NECESSIDADE) ***

Por este meio, autorizo

.....

NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) de um **membro da força policial,
funcionário de ambulância ou pessoa autorizada pelo responsável pelo pedido

empregado por.....cargo.....

para levar a pessoa acima nomeada para um serviço autorizado de saúde mental.

.....

NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) do responsável pelo pedido

assinatura.....data.....

* Esta autorização para levar uma pessoa para um serviço autorizado de saúde mental apenas deve ser utilizada quando foi preenchido um Pedido e Recomendação. No caso de uma Autorização para Transporte sem Recomendação, deve ser utilizado o programa 4.

**Circule conforme necessário

PROGRAMA 2

Regulamento 5(2)

FORMULÁRIO DE RECOMENDAÇÃO DE ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

Lei de Saúde Mental 1986
(Seção 9)
Regulamentos de Saúde Mental 1998

RECOMENDAÇÃO PARA ADMISSÃO DE UMA PESSOA COMO PACIENTE
INVOLUNTÁRIO A UM SERVIÇO AUTORIZADO DE SAÚDE MENTAL

AO CLÍNICO GERAL CREDENCIADO DA ADMISSÃO

Admita, por favor,

.....
NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) da pessoa a ser admitida

de.....
endereço da pessoa a ser admitida

Sou um clínico geral credenciado e declaro o que segue --
Examinei pessoalmente a pessoa acima mencionada no dia (data).....
às..... horas.

É minha opinião que:

(a) a pessoa parece estar mentalmente enferma (*uma pessoa está mentalmente enferma se tiver uma doença mental, sendo esta uma condição de saúde que se caracteriza por uma sensível perturbação do raciocínio, humor, percepção ou memória*); e

(b) a doença mental da pessoa requer tratamento imediato e esse tratamento pode ser obtido por admissão a e detenção em um serviço autorizado de saúde mental; e

(c) devido à doença mental da pessoa, ela deve ser admitida e detida para tratamento como paciente involuntário para sua saúde ou segurança (seja para evitar uma deterioração no estado físico ou mental da pessoa ou para outra finalidade) ou para a proteção de membros do público; e

(d) a pessoa se recusou ou é incapaz de consentir com o necessário tratamento para a doença mental; e

(e) a pessoa não pode receber tratamento adequado para a doença mental de maneira menos restritiva da liberdade de decisão e ação dessa pessoa.

Não considero a pessoa mentalmente doente por razão somente de um ou mais dos critérios de exclusão listados na seção 8(2) da **Lei de Saúde Mental de 1986**.

Baseio minha opinião nos seguintes fatos --

FATOS PESSOALMENTE OBSERVADOS POR MIM NO EXAME

.....
.....

FATOS QUE ME FORAM COMUNICADOS POR OUTRA
PESSOA.....

.....

**A SER PREENCHIDO CASO NENHUM FATO TENHA SIDO PESSOALMENTE
OBSERVADO**

Como nenhum fato foi pessoalmente observado por mim, os seguintes fatos me foram diretamente comunicados * em pessoa/por escrito/por telefonema/por comunicação eletrônica por

Dr.....
NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) de outro clínico geral
credenciado

de.....
endereço do médico

número de telefone dos médicos.....que
examinaram a pessoa acima citada no dia (data).....
(não podendo este período ser maior do que 28 dias antes da data de hoje)

FATOS COMUNICADOS POR OUTRO CLÍNICO GERAL CREDENCIADO QUE
REALIZOU O EXAME:

.....
.....

Considero que a pessoa acima citada deve ser admitida a um serviço autorizado de saúde mental.

.....

NOME/SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) do clínico geral credenciado
responsável pela recomendação

assinatura.....

ASSINATURA do clínico geral credenciado responsável
pela recomendação

Qualificações:.....

Endereço:.....

Número do telefone.....data.....
* circule conforme necessário

(Ver:

http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf?OpenDatabase)

Os trechos da legislação do Parlamento do Estado de Victoria, Austrália, são reproduzidos com permissão da Coroa em nome do Estado de Victoria, Austrália. O Estado de Victoria não assume nenhuma responsabilidade pela exatidão e integridade de nenhuma legislação nesta publicação.

| | |
|---|--|
| Lei de Saúde Mental de 1986 Seções 29 | Hospital Local Número do Paciente: _____ Sobrenome: _____ _____ Prenomes: _____ _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Pseudônimo: _____ _____ |
| Saúde Mental Estadual Número do Paciente | |

APELAÇÃO AO CONSELHO DE REVISÃO DE SAÚDE MENTAL

| | |
|--|---|
| <p>Observações para preencher este formulário</p> <p>Apelações</p> <p>O paciente pode apelar para o Conselho a qualquer momento.</p> <p>Um visitante da comunidade ou outra pessoa que satisfaça a condição do Conselho de uma preocupação genuína pelo paciente pode fazer uma apelação em nome de um paciente involuntário ou de segurança.</p> <p>Informações adicionais</p> <p>Para saber mais sobre o Conselho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peça a seu gerente de caso ou outro membro da equipe de tratamento o folheto relativo a direitos dos pacientes • Ligue para o Conselho no telefone abaixo indicado. • Visite o site do Conselho em www.mhrb.vic.gov.au <p>Declaração de privacidade</p> <p>As informações coletadas neste formulário serão utilizadas pelo Conselho de Revisão de Saúde Mental para programar sua apelação. O conselho notificará você e o serviço de saúde mental credenciado que foi marcada uma audiência. Ele solicitará ao serviço informações sobre você e seu tratamento. O Conselho utilizará</p> | <p style="text-align: center;">AO DIRETOR EXECUTIVO DO CONSELHO DE REVISÃO DE SAÚDE MENTAL</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">PRENOME/S SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) do paciente</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">endereço do paciente, se morador na comunidade</p> <p>Sou paciente de: _____</p> <p style="text-align: center;">serviço de saúde mental credenciado</p> <p>Desejo apelar contra: (assinale com <input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> ser um paciente involuntário.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha ordem de tratamento comunitário. Quero ser dispensado da ordem.</p> <p><input type="checkbox"/> as condições de minha ordem de tratamento comunitário. Quero alteração das condições.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha transferência para: _____</p> <p style="text-align: center;">outro serviço de saúde mental credenciado</p> <p><input type="checkbox"/> minha ordem comunitária restringida. Quero ser dispensado da ordem (apenas pacientes com ordem hospitalar).</p> <p><input type="checkbox"/> Ser um paciente de segurança.</p> <p><input type="checkbox"/> a recusa do Psiquiatra Chefe em me conceder licença especial (apenas pacientes de segurança).</p> <p>Desejo apelar porque: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura: _____ Data: ____/____/____</p> |
|--|---|

essas informações para ajudar na decisão sobre sua apelação. A troca de informações entre o Conselho e o seu serviço de tratamento de saúde mental é autorizado nos termos da **Lei de Saúde Mental de 1986**.

O Conselho guardará suas informações em segurança e não as revelará a menos que seja legalmente obrigado a fazê-lo. Você pode acessar informações mantidas a seu respeito pelo Conselho contactando o Diretor Executivo no endereço aqui apresentado.

A SER PREENCHIDO SE A PESSOA FAZ A APELAÇÃO EM NOME DE UM PACIENTE

Desejo apelar em nome do paciente acima nomeado.

PRENOME/S SOBRENOME (LETRAS DE IMPRENSA) da pessoa que faz a apelação
de: _____

Assinatura: _____ Relação com o paciente: _____ Data: ____/____/_____
(ex. visitante da comunidade, cônjuge, amigo, etc.)

Envie fax, carta ou e-mail de sua apelação para:

**Diretor Executivo do Conselho de Revisão
de Saúde Mental
Level 30, 570 Bourke Street
Melbourne 3000**

**Telefone: 8601 5270
Fax: 8601 5299
Ligação gratuita: 1800 242 703
E-mail: mhrb@mhrb.vic.gov.au**

Você pode solicitar que um membro da equipe envie sua apelação ao Conselho.

Anexo 9. Exemplo: Diretrizes de Antemão para Pacientes de Saúde Mental da Nova Zelândia

DIRETRIZES DE ANTEMÃO NA ATENÇÃO E TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL

Informações para usuários de serviços de saúde mental

HDI

Comissariado de Saúde e Deficiências [Health and Disability Commissioner]

Te Toihau Hauora, Hauātanga

Exemplo:

Uma diretriz de antemão recusando eletrochoque (ECT)

Manu foi detido em hospitais mentais em diversas ocasiões nos termos da Lei de Saúde Mental. Uma vez foi submetido a uma série de tratamentos por choque eletroconvulsivo sem seu consentimento. Ele não se lembra de muita coisa sobre o procedimento, mas não gostou do fato de experimentar, depois, lacunas em sua memória.

Ele leu bastante sobre ECT e acredita firmemente que não deseja correr o risco de passar por outras lacunas de memória. Por experiência ele sabe também que outro tratamento, bem como o apoio familiar, ajudará a evitar depressão incapacitante.

Faz agora três meses desde a última hospitalização de Manu e, em sua próxima consulta ambulatorial, ele se reúne com seu psiquiatra para discutir um plano para crises pessoais. Fica acertado que Manu irá preparar uma diretriz de antemão afirmando que ele não deseja receber ECT sob nenhuma circunstância.

Seu plano para crises cobre questões como a percepção dos primeiros sintomas de depressão e busca de ajuda da equipe psiquiátrica, bem como aconselhamento a sua família sobre a melhor forma de lhe dar apoio. A expectativa de Manu é que, mesmo que ele seja levado para hospital novamente nos termos da Lei, os desejos que expressou em sua diretriz serão considerados por seus clínicos.

Que opções eu tenho se minha diretriz de antemão não for seguida?

Se a sua diretriz de antemão sobre sua futura atenção à saúde não for seguida e se você não ficar satisfeito com a explicação do clínico, você poderá se queixar ao Comissariado de Saúde e Deficiências.

O que acontecerá se eu não tiver uma diretriz de antemão?

Se você tiver uma crise e for considerado incompetente para consentir com o tratamento (e não tiver sido hospitalizado nos termos da Lei de Saúde Mental), o seu clínico ainda poderá decidir sobre o seu tratamento, levando em conta:

- seus melhores interesses: e
- sua provável escolha caso você fosse competente para fazê-la; ou
- as opiniões de outras pessoas interessadas em seu bem-estar.

E quanto a nomear alguém para tomar decisões em meu nome?

Em alguns países, sua diretriz de antemão pode incluir uma pessoa designada para tomar decisões em seu nome. Contudo, na Nova Zelândia, você precisa indicar uma pessoa para ser Procurador Permanente em relação a seu cuidado pessoal e bem-estar, mediante a Lei de Proteção dos Direitos à Propriedade Pessoal de 1988. Se você quiser, poderá conferir a essa pessoa o poder para tomar decisões de atenção à saúde em seu nome quando você não estiver competente para fazê-lo por si mesmo. Você deve se aconselhar com um advogado se desejar designar alguém como seu Procurador Permanente.

E quanto a decisões que não se relacionem com minha assistência médica?

Pode haver decisões não relacionadas a sua assistência médica que você desejará comunicar de antemão. Uma maneira de fazer isto é mediante o planejamento de crises. As pessoas que trabalham em seus serviços de saúde mental devem discutir com você suas preferências no caso de você experimentar outra crise. Seu plano de crises pode registrar decisões como quem você gostaria que cuidasse de seus filhos, ou os nomes de membros da família que você gostaria que fossem contactados quando você estiver no hospital.

Você também pode incorporar sua diretriz de antemão ao processo de planejamento de crises. Se o seu clínico não envolver você em um planejamento de crises você pode simplesmente deixar por escrito seus desejos e pedir que os mesmos sejam colocados em seu dossiê.

Exemplo:

Uma diretriz de antemão recusando um medicamento específico

Quando Bill foi hospitalizado, ele recebeu uma dose elevada do medicamento X e teve uma reação muito grave ao mesmo. Bill discutiu sua medicação com seu psiquiatra e os dois decidiram que seria melhor evitar totalmente o medicamento X, particularmente porque uma alternativa conveniente havia sido encontrada. Bill tem parentes em diferentes localidades da Nova Zelândia e viaja com frequência. Decidiu que seria uma boa idéia carregar consigo uma diretriz de antemão como salvaguarda contra receber o medicamento caso necessitasse de admissão a um serviço de saúde mental diferente que não dispusesse de seus prontuários. Também achou que seria útil anotar os nomes tanto do medicamento X como de seu medicamento atual, já que quando não está bem às vezes se confunde e não consegue se lembrar dos nomes.

Um Procurador Permanente para informar a família e os amigos

John é um jovem homossexual que atualmente tem um parceiro e um amplo círculo de amigos que o apoiaram bastante quando teve uma crise de saúde mental no ano passado. Entretanto, quando seu pais vieram vê-lo durante a crise tornaram as coisas piores. Desaprovaram o estilo de vida de John e tentaram evitar que seus amigos o visitassem. Não queriam que ele voltasse para o seu apartamento, que ele divide com seu parceiro e um outro casal homossexual. Embora John deseje que seus pais sejam informados caso ele seja hospitalizado, ele quer que suas decisões sobre seu tratamento sejam tomadas por seu parceiro. Por esse motivo, John, com a ajuda de seu advogado, nomeou seu parceiro como Procurador Permanente para seu tratamento e bem-estar pessoal.

Qual a melhor maneira de proteger meus desejos e interesses?

Uma diretriz de antemão ajudará a garantir que seus desejos e interesses sejam respeitados em uma crise, mas um Procurador Permanente e um plano de crises protegerá seus desejos e interesses ainda mais.

Você deseja mais controle sobre o que acontece em uma crise?

Se você deseja, uma diretriz de antemão pode ser uma boa maneira de você obter mais controle sobre o tratamento e a atenção que você receberá em um episódio futuro. Episódios passados o terão ajudado a compreender quais tratamentos e atenção funcionam para você e quais não funcionam. Você tem o direito, nos termos do Código de Direitos dos Consumidores de Serviços de Saúde e Deficiência, de usar uma diretriz de antemão para tornar conhecidos seus desejos sobre os tratamentos e atenção que você receberá durante um episódio futuro.

O que é uma diretriz de antemão?

Em termos simples, uma diretriz de antemão é a concessão ou recusa de consentimento a tratamento no futuro. É uma declaração para os outros, normalmente por escrito, definindo suas preferências de tratamento se você experimentar outro episódio de enfermidade mental que o torne incapaz de decidir ou comunicar suas preferências no momento.

Nos termos do Código da Nova Zelândia, as diretrizes de antemão dizem respeito apenas ao tipo de atenção e tratamento de saúde que você deseja. Em alguns países, as diretrizes de antemão podem incluir decisões não diretamente ligadas a sua atenção à saúde, mas na Nova Zelândia são necessários processos diferentes para tornar esses desejos conhecidos.

Quem pode elaborar uma diretriz de antemão?

O Código dos Direitos dos Consumidores de Serviços de Saúde e Deficiências concede a toda pessoa legalmente competente para tomar uma decisão de atenção à saúde o direito de elaborar uma diretriz de antemão.

Sobre o que eu posso fazer uma diretriz de antemão?

As diretrizes de antemão devem concentrar-se no tratamento e na atenção. Por exemplo, você poderia declarar:

- os tratamentos que você deseja ou não que sejam dados quando você estiver em uma crise, inclusive medicamentos ou eletrochoque
- os locais em que você preferir receber os serviços quando estiver numa crise, tais como hospital, residência ou uma casa de atenção a crises.

Exemplo:

Uma diretriz de antemão solicitando um medicamento específico

Sally sabe que quando começa a sentir-se de uma determinada maneira, é muito importante começar um tratamento com uma dose baixa do medicamento X. Durante seus primeiros episódios de enfermidade mental, ela sentiu muito mal-estar e foi hospitalizada. Recentemente, ela se mudou para uma nova cidade e não tem certeza se seu novo médico realmente respeita o conhecimento que ela própria tem de sua condição.

Ela decidiu preparar uma diretriz de antemão, declarando que caso ela tenha outro episódio deseja que lhe seja receitado o medicamento X por seu clínico geral, em lugar de esperar pelo encaminhamento psiquiátrico. Embora o pedido de Sally será respitado por seus clínicos, o medicamento somente será fornecido se for clinicamente adequado no momento.

Como procedo para fazer uma diretriz de antemão?

Não é difícil fazer uma diretriz de antemão. Você não precisa de advogado. De fato, você tem o direito de fazer uma diretriz de antemão sem envolver ninguém mais em sua preparação. Entretanto, os seguintes passos ajudarão a garantir que sua diretriz de antemão seja respeitada e que as decisões nela contidas serão acatadas e adotadas.

- Se possível, faça sua diretriz de antemão por escrito, em lugar de verbalmente. Declare suas preferências da maneira mais clara que puder, depois coloque nela sua assinatura e a data.
- Se você preparar sua diretriz de antemão com a ajuda de seu clínico ou outro trabalhador de saúde, este poderá verificar que você é competente e está suficientemente informado sobre suas preferências declaradas e poderá ajudar você a esclarecer o tipo de situação que você pretende que seja coberta por sua diretiva.
- Se você envolver sua família ou *whanau* (família estendida) na preparação de sua diretriz de antemão, ou pelo menos informá-la a respeito, ela estará melhor equipada para apoiá-lo e defender seus desejos no caso de uma crise.
- Reveja e atualize regularmente sua diretriz de antemão de modo a refletir quaisquer mudanças em sua condição ou preferências e seja vista pelos clínicos como ainda representando os seus desejos.
- Mantenha consigo uma cópia de sua diretriz de antemão e distribua cópias para sua família ou pessoas de apoio e os clínicos mais frequentemente envolvidos em seu tratamento.

Minha diretriz de antemão será sempre seguida?

Não. Ao decidir se adotará ou não sua diretriz de antemão, seu clínico considerará cinco questões:

- Você era competente para tomar a decisão quando elaborou a diretriz de antemão?
- Você tomou a decisão por seu próprio livre arbítrio?
- Você estava suficientemente informado para tomar a decisão?
- Sua intenção era que sua diretriz se aplicasse às circunstâncias presentes, que podem ser diferentes daquelas previstas?
- A diretriz de antemão está desatualizada?

O Código de Direitos dos Consumidores de Serviços de Saúde e Deficiência estabelece seu direito de ser plenamente informado, tomar uma decisão informada e dar consentimento informado. Contudo, sua direttriz de antemão não suplantará a capacidade de seu clínico para autorizar tratamento compulsório se você estiver sujeito a uma ordem de tratamento compulsório nos termos da Lei de Saúde Mental (Avaliação e Tratamento Compulsórios) sem seu consentimento.

Mesmo se você estiver sujeito a uma ordem de tratamento ainda pode valer a pena dispor de uma direttriz de antemão porque ela dará a seu clínico uma indicação de seus desejos.

Exemplo de uma direttriz de antemão recusando o medicamento X.

Eu, _____, não desejo receber o medicamento X sob nenhuma circunstância. Esta decisão foi discutida com meu psiquiatra, Dr. _____, que me explicou minhas opções de tratamento e os benefícios esperados, riscos e efeitos colaterais do medicamento X.

Confirmo que tomei esta decisão por minha livre e espontânea vontade e que, a menos que por mim revogada, ela deve ser aplicada para os próximos ____ anos.

Data _____

Assinatura _____

Atesto que _____ era competente no momento em que emitiu essa direttriz de antemão.

Data _____

Clínico _____