

Cartilha Saúde mental e direitos humanos



Noções gerais sobre direitos humanos relativos à área de saúde mental, de forma clara e acessível.

Cartilha: Saúde Mental e Direitos Humanos

**ABRE – Associação Brasileira de Familiares, Amigos
e Portadores de Esquizofrenia
Rua Álvaro Rodrigues, 182 – São Paulo – SP
CEP: 04582-000 - Fone: (11) 5533 1789
abre@abrebrasil.org.br www.abrebrasil.org.br**

CENTRO DE DIREITOS HUMANOS – CDH
CNPJ: 03.895.316/0001-87

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AMIGOS, FAMILIARES E PORTA-
DORES DE ESQUIZOFRENIA – ABRE
CNPJ: 05.469.302/0001-27

Texto e Pesquisa: André Zillio
Assistente de pesquisa: José Alberto Orsi
Colaboração: Jefferson Nascimento e Carolina Popoff
Coordenação: Fabiola Fanti e Maíra Soares Salomão
Supervisão: Joana Zylbersztajn

Colaboração:
Jorge Cândido de Assis

Prof. Dr. Hélio Lauer
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

DIRETORIA DA ABRE 2009/2010
Nilton Vargas - Presidente
Jorge Cândido de Assis – Vice-Presidente
Wagmar Barbosa - Secretário
Wallace Bezerra de Menezes - Tesoureiro

Diretores Adjuntos
Cecilia Cruz Villares
José Alberto Orsi

São Paulo, 2010- Segunda Edição

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO	04
I. SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS	07
II. SAÚDE MENTAL NO DIREITO	22
1.DIREITO INTERNACIONAL	
2. DIREITO BRASILEIRO	
A) CONSTITUIÇÃO FEDERAL	
B) CAPACIDADE CIVIL, INTERDIÇÃO E CURATELA	
C) IMPUTABILIDADE PENAL	
D) TRIBUTOS	
E) RELAÇÃO DE TRABALHO E EMPREGO	
F) DIREITO À SAÚDE E MEDICAMENTOS	
III. SISTEMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	62
A) HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	
B) UNIDADES/ CENTROS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAIS GERAIS	
C) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM PRONTO-SOCORRO GERAL	
D) HOSPITAL-DIA	
E) CAPS	
F) OFICINAS TERAPÊUTICAS	
G) Atendimento Ambulatorial	
H) SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	
I) Internação Psiquiátrica	
J) CENTRO DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA	
IV. BENEFÍCIOS DESTINADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO METAL.....	78
A) BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA	
B) SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	
C) AUXÍLIO-DOENÇA	
D) OS BENEFÍCIOS DE APOSENTADORIA	
E) AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
F) De Volta para Casa	
G) COOPERATIVAS SOCIAIS	

V. SAÚDE MENTAL NOS TRIBUNAIS	102
A) CAPACIDADE CIVIL	
B) CASAMENTO	
C) CURATELA	
D) MEDIDA DE SEGURANÇA E TRATAMENTO EM LIBERDADE	
E) RELAÇÃO DE TRABALHO E EMPREGO	
F) AUXÍLIO-DOENÇA	
G) BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA CONTINUADA	
H) APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	
I) MEDICAMENTOS	
J) INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	
L) INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	
M) Saúde, Direito do Cidadão, Dever do Estado	
VI. ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	115
A) INSS (DISQUE-PREV)	
B) SUS	
C) MINISTÉRIO PÚBLICO	
D) DEFENSORIAS PÚBLICAS	
E) OAB – ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL	
F) Organizações da Sociedade civil	
VII. INFORMAÇÕES ÚTEIS	121
A) MINISTÉRIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	
B) MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E COMBATE À FOME	
C) MINISTÉRIO DA SAÚDE	
D) MINISTÉRIO PÚBLICO	
E) DEFENSORIAS PÚBLICAS	
F) ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL	
G) TRANSPORTE PÚBLICO	
VIII. BIBLIOGRAFIA	145
ANEXOS	1147

Apresentação

Esta Cartilha é fruto da parceria entre as organizações Centro de Direito Humanos – CDH e a Associação Brasileira de Amigos, Familiares e Portadores de Esquizofrenia – ABRE. Seu objetivo é difundir noções gerais sobre direitos humanos relativos à área de saúde mental, de forma clara e acessível.

A falta de informação agrava problemas enfrentados pelas pessoas com transtornos mentais. De um lado, a sociedade não tem conhecimento das características dos transtornos mentais e de suas possibilidades de tratamento e, como conseqüência, passa a agir de forma preconceituosa, aumentando o estigma e a exclusão social dessas pessoas. De outro lado, as pessoas com tais transtornos, seus amigos e familiares, muitas vezes não têm acesso a informações importantes e indispensáveis para o exercício completo de seus direitos.

O CDH e a ABRE se propuseram, por meio desta Cartilha, a identificar os direitos relativos à saúde mental, dispersos nas mais diversas áreas do direito, como civil, penal, trabalhista e previdenciária, além das leis específicas sobre esse tema. Procuramos, ainda, apresentar os programas governamentais destinados a promover a inclusão e integração dessas das pessoas com transtornos mentais na sociedade e os benefícios a que elas têm direito, como, por exemplo, o acesso gratuito à medicações, num contexto de entrecruzamento do direito individual com a responsabilidade social.

Ainda são poucas as obras dedicadas ao tema e, as que existem, geralmente não atingem a profundidade desejada e necessária. Os casos decididos pelo Judiciário – a chamada jurisprudência - visam apenas interesses individuais isolados, sem abranger a saúde mental como um todo. Quer dizer, as ações são propostas por uma só pessoa de cada vez, na tentativa de resolver um problema particular e específico. Não há muitos julgados que be-

neficiem a coletividade de pessoas com transtorno mental, como poderia ocorrer se ações coletivas, como a ação civil pública e o mandado de segurança coletivo, fossem propostos por associações civis de defesa de direitos.

O Brasil teve papel histórico importante na construção da política de saúde mundial ao questionar o sistema de saúde e o tratamento oferecido às pessoas com transtorno mental. A partir da década de 90, o poder Legislativo passou a editar leis reestruturando o sistema de atenção em saúde mental no Brasil, construindo junto a outros países como Itália e França uma tendência mundial que indicava o atendimento em meio aberto de inclusão social. No entanto, o que se percebe é que os benefícios conquistados pelas pessoas com transtorno mental ainda são poucos se comparados àqueles destinados a outros grupos merecedores de atenção especial, como as pessoas com deficiência física que, de alguma forma, conseguiram uma maior inclusão e mobilização da sociedade em torno de suas necessidades e seus direitos.

Os benefícios a que têm direito as pessoas com transtorno mental devem ser conhecidos e efetivamente pleiteados, para que de fato nossa sociedade promova uma igualdade real entre seus diversos membros, proporcionando o bem estar de todos e combatendo qualquer forma de discriminação.

Por tudo isso, a pesquisa que resultou nessa cartilha é inovadora por trazer informações às pessoas que não atuam exclusivamente na área jurídica. Outra preocupação que tivemos foi a de usar linguagem simples e cotidiana, evitando as expressões do meio jurídico, e a de explicar, em linhas gerais, o funcionamento do sistema de saúde, a estrutura das leis no Brasil e os instrumentos e órgãos de promoção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Seguindo os mais recentes movimentos sociais e a evolução acadêmica sobre o tema, optamos adotar nesta cartilha as expressões: “pessoa com transtorno mental” ou “pessoa que tem

transtorno mental”, para indicar que no campo do direito devemos colocar o foco sobre a pessoa, que como tal tem uma dignidade a ser respeitada e direitos que não lhe podem ser negados, ainda que estejamos discutindo os direitos de uma população específica, a que tem transtorno mental.

Introdução

As pessoas com transtorno mental, durante muito tempo sofreram, e ainda sofrem, com a falta de informação, com o isolamento e com a discriminação da sociedade. São, muitas vezes, tratadas como desiguais, incapazes para certos atos. Como consequência são normalmente segregadas da vida social e não desenvolvem plenamente suas capacidades.

Lutar contra esta situação e contra esse senso comum presente em nosso meio social é fundamental, e tarefa de cada um de nós.

Todo ser humano é singular e tem direito à vida digna. Há a igualdade de direitos entre todos os seres humanos, independente de suas diferenças. Os direitos humanos à igualdade, à dignidade e à não discriminação, assim como muitos outros que serão expostos ao longo de toda a cartilha, estão assegurados na Declaração Universal dos Direitos¹, e na Constituição Federal². É, portanto, dever do Estado e da sociedade, zelar para que tais direitos sejam protegidos.

A cartilha “Saúde Mental e Direitos Humanos” tem o objetivo de informar às pessoas com transtorno mental, assim como seus familiares e amigos, os direitos que elas possuem. Estes direitos estão assegurados na legislação brasileira e internacional e não podem ser violados.

É fundamental que as pessoas com transtorno mental conheçam e exerçam seus direitos, pois só assim se tornarão cida-

¹ Para saber mais sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos consultar o item “Direito Internacional”.

² Para saber mais sobre a Constituição Federal de 1988, consultar o subitem “Constituição Federal”, na parte de “Direito Brasileiro”.

dãos ativos. O desconhecimento dos direitos pode facilitar o acontecimento de violações, que ferem a dignidade humana.

Esta cartilha também tem o objetivo de informar sobre as possibilidades de inclusão das pessoas com transtorno mental em uma sociedade que muitas vezes as discrimina. Com o exercício constante dos seus direitos, e a permanente luta para que eles sejam fortalecidos e ampliados, incentiva-se uma cultura de inclusão e de não discriminação.

A cartilha identifica, nas mais diversas áreas do direito, aqueles de que as pessoas com transtorno mental são titulares. Esses direitos estão presentes em documentos internacionais, na Constituição Federal, no direito civil, penal tributário, trabalhista, previdenciário e também em leis que tratam especificamente do tema na lei brasileira.

Esta cartilha pretende dar às pessoas com transtorno mental, e também aos seus familiares e profissionais da saúde, uma noção geral de tais direitos, para facilitar o seu exercício. A cartilha pretende mostrar que nem sempre uma pessoa com transtorno mental estará incapacitada de exercer seus direitos diretamente.

Outra questão que deve ser abordada, e que muitas vezes causa dúvidas, é a diferenciação entre transtorno mental e deficiência mental. Quando uma pessoa tem algum tipo de deficiência mental pode-se dizer que esta é uma característica dela (assim como ter olhos azuis ou cabelo enrolado), centrada num prejuízo da sua inteligência ou da sua capacidade motora. Tal pessoa nasceu com aquela característica, ou a adquiriu durante a vida e deverá lidar com ela durante toda sua vida social e ocupacional.

No caso do transtorno mental, pode-se dizer que ele se manifesta durante a vida da pessoa, e que pode ser controlado através de tratamentos terapêuticos, e, eventualmente, pode desaparecer. Como exemplos de transtornos mentais podemos citar a esquizofrenia, a depressão, o transtorno obsessivo compulsivo,

a síndrome do pânico, entre outros. Tais transtornos podem se manifestar isoladamente ou em conjunto (até ao mesmo tempo em que a deficiência mental).

Finalmente, ressaltamos que a luta pela efetivação e ampliação dos direitos humanos, em especial aqueles ligados à saúde mental, é tema presente e extremamente importante. É necessária a luta diária contra o estigma, muitas vezes reafirmada pelo meio social, e pela informação, não só das pessoas com transtorno mental acerca de seus direitos, mas também da sociedade sobre o que são os transtornos mentais.

I. SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

1. Evolução e Conquista de Direitos

As pessoas que têm transtorno mental foram discriminadas e excluídas da sociedade durante séculos. Nesta cartilha abordaremos esta questão propondo soluções a partir da revisão dos direitos das pessoas que têm transtorno mental, tentando diferenciar estes transtornos de outros tipos de prejuízos cognitivos ainda hoje conhecidos como deficiência mental.

Historicamente podemos identificar quatro grandes fases da política de atenção à saúde mental.

Num primeiro momento, as pessoas com transtorno mental padeceram de um processo de exclusão social completa, sendo deixadas sem amparo algum, à própria sorte, ou sendo vistas como “aberrações”. A história da loucura nos mostra que na Idade Média as pessoas com transtorno mental e com qualquer tipo de deficiência eram vistas como castigos de Deus e relegadas a uma vida de mendicância.

Num segundo momento da história, passou-se à segregação institucional. Essas pessoas eram completamente isoladas da sociedade em instituições destinadas exclusivamente a elas. Nesses locais, muitas vezes, eram privadas de visitas e de qualquer informação sobre o mundo exterior, o que normalmente gerava agravamento de sua situação ou surgimento de novos transtornos mentais; algumas, inclusive, nem possuíam transtorno algum. Não nos esqueçamos, também, que em muitas dessas instituições praticavam-se corriqueiramente maus tratos, realizavam-se experiências “científicas” sem o consentimento dos pacientes e utiliza-

vam tratamentos” cruéis. Ainda hoje, em alguns hospitais psiquiátricos, é possível encontrar pessoas abandonadas pela família e pelo Estado há décadas e, conseqüentemente, apresentando alto grau de dependência institucional e agravamento de seu transtorno mental.

Na esteira desses fatos, novidades científicas e novos pactos sociais permitiram políticas de tratamento e assistência em saúde mental alternativos ao hospital psiquiátrico. Isto possibilitou o acompanhamento da pessoa com transtorno mental no curso da construção progressiva da sua autonomia, preservando-lhe a liberdade, dentro de critérios de responsabilidade pessoal, familiar e institucional. Numa terceira fase, foi promovida a integração das pessoas à sociedade, fazendo com que este tratamento pudesse ser feito o mais próximo do local onde a pessoa e sua família vivem de modo autônomo e independente. Numa quarta fase, busca-se incluí-las de forma sócio-ocupacional e como cidadãos, que têm direito a ter direito, numa sociedade capaz de tolerar diferenças.

Há uma grande diferença entre integração e inclusão. Sob o modelo da integração, busca-se dar condições para que as pessoas com transtorno mental e deficiência sejam capazes de se “adaptar” à vida em comunidade, ou seja, integram-se apenas os que conseguem viver de um modo semelhante à maioria das pessoas. Os que não o conseguem cumprir esta meta são deixados à margem da comunidade. Já sob a visão da inclusão, as pessoas com transtorno mental continuam participando da sociedade, ou seja, não são excluídas ou segregadas. Na inclusão, não são apenas as pessoas com transtorno que devem se adaptar à sociedade, mas a sociedade que deve se adaptar para permitir de modo tolerante e solidário a participação delas.

Assim, na década de 80 e 90, principalmente, foram realizadas discussões em âmbito internacional e nacional, que culminaram, em 1990, na Declaração de Caracas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e em diversas normas internas em

muitos países. Todas essas normas, assim como a Declaração de Caracas, possuem como idéia principal a integração e, sobretudo, a inclusão das pessoas com transtorno mental na sociedade, por meio de uma política de assistência integral a essas pessoas e a seus familiares. Há, inclusive, a uma mudança no modelo de tratamento em relação oferecido a elas. Antes, a internação em hospital psiquiátrico era praticamente a única forma de atenção em saúde mental; atualmente existe uma série de outras modalidades institucionais e tratamentos em meio aberto que dão suporte ao tratamento necessário sem afastar o paciente do local onde ele vive, buscando proporcionar, desde o início, a inclusão das pessoas com transtorno mental na sociedade.

Ainda em âmbito internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 17/12/1991, por sua Assembléia-Geral, a Resolução 46/119, que trata dos *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental*. Esse documento estabelece uma série de direitos relativos à liberdade, à igualdade, à dignidade e à saúde das pessoas com transtornos mentais, bem como uma série de procedimentos relativos à internação e ao tratamento, inclusive medicamentoso, e de serviços mínimos a serem prestados nos estabelecimentos de saúde para garantir tais direitos. Essa resolução da ONU foi adotada pelo conselho federal de medicina (Resolução 1407 /94), como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil em 1994 (Anexo 1).

Ressalta-se neste ponto que a mencionada resolução do CFM foi substituída pela Resolução 1952/2010 (Anexo 5). No entanto, há que se registrar a possível ilegalidade da nova normativa. Ao apenas adotar as recomendações da Associação Brasileira de Psiquiatria, a nova Resolução ignorou os princípios da ONU e da lei brasileira de reforma psiquiátrica – como se apresentará a seguir.

No Brasil, o ano de 1987 é o principal marco na mudança do modo como a sociedade lida com as pessoas com transtorno

mental. Foi nesse ano que um grupo de trabalhadores do setor de saúde mental se reuniu em Bauru, no Estado de São Paulo, e fizeram o *Manifesto de Bauru*. Esses trabalhadores reivindicavam uma reestruturação social e estatal no sentido de mudar o rumo da opressão sofrida nas fábricas, nas instituições de crianças e adolescentes e nos cárceres, além de lutar contra a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres e pessoas com transtorno mental. É nesse momento que o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental lança a bandeira “Pelo Fim dos Manicômios”, associando essa forma de isolamento a todas as formas de opressão citadas. Esse movimento foi tido como o marco inicial da Luta Antimanicomial no Brasil, que teve papel de destaque na implementação dos serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como na tentativa de humanizar o tratamento despendido às pessoas com transtorno mental.

Foi também no ano de 1987 que se implementou o primeiro Centro de Assistência Psicossocial (conhecido pela sigla CAPS), na cidade de São Paulo. Como veremos adiante, o CAPS é uma das formas alternativas de atenção em saúde mental que existem em nosso país atualmente. Em 1989, a prefeitura de Santos, SP, interveio na Casa de Saúde Anchieta, fato que teve grande repercussão e mostrou, de forma inequívoca, a possibilidade de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Em 1988 foi editada a nossa atual Constituição e criado o Sistema Único de Saúde - SUS. Em 1989 é apresentado no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, sendo a origem da Lei 10.216/2001 (Anexo 3) que redireciona a assistência em saúde mental.

Assim, desde 1987, e mais efetivamente na década de 1990, tem-se verificado uma reforma do Sistema de Atenção em Saúde Mental. Em 1991, o Ministério da Saúde criou uma série de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos para tratamento,

integração e inclusão social das pessoas com transtorno mental³. São eles o CAPS, as Unidades Ambulatoriais, as oficinas terapêuticas e as visitas domiciliares. No ano seguinte, o mesmo ministério regulamentou os serviços criados pela Portaria anterior e criou outros⁴, a saber: o Hospital-dia, o Serviço de Urgência em Pronto Socorros Gerais e as Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais.

Em 1999, criaram-se, por meio da Lei nº 9.867, as Cooperativas Sociais para integração de pessoas “em desvantagem” (conforme termos da lei). Entre essas pessoas estão aquelas com transtorno mental e os egressos de hospitais psiquiátricos. No ano seguinte foi criado o serviço de Residências Terapêuticas⁵ e o programa “De Volta para Casa” (por meio da Lei 10.708). Ainda entre 1990 e 2000, conforme dados do Ministério da Saúde, 57 hospitais psiquiátricos foram desativados em todo o território nacional, com a extinção de 30 mil leitos e a criação de mais de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares.

Ressalva-se, no entanto, que não observou-se na época uma atuação proporcional do Estado para dar atenção a todas essas pessoas desospitalizadas, permitindo sua frequência regular às novas instituições, segundo suas necessidades clínicas. Levando-se em conta que os serviços de cuidados extra-hospitalares (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e outros) ainda são insuficientes, esta política acabou sobrecarregando algumas famílias, que nem sempre são assistidas com medidas complementares na sua nova condição (cuidar das pessoas com transtornos mentais em casa e na estrutura do funcionamento familiar). Entre 1988 e 2003 houve uma redução de verbas para a saúde mental que chegou a ser de 40% per capita. Este é um fato preocupante, considerando-se que em casos de transtornos mentais graves pode haver a necessidade de internação por um período curto de tempo para o controle de eventuais crises, bem como há a necessidade de in-

³ Portaria SNAS nº 189

⁴ Portaria SNAS nº 224

⁵ Portaria GM 106, do Ministério da Saúde

vestimento em estruturas que permitam a reabilitação sócio ocupacional.

No Brasil, somando os leitos psiquiátricos disponíveis mais os serviços fornecidos pelos CAPS, ainda há uma grande insuficiência nos atendimentos às necessidades em saúde mental. Segundo estudo recente⁶, existem 10.188.000 pessoas com transtorno mental grave das quais 5.263.000 são persistentes. Considerando os atendimentos institucionais que precisam ser feitos e a estrutura disponibilizada pelos 689 CAPS e 42.076 leitos psiquiátricos no país, há a sinalização para a necessidade urgente de ampliação da rede de atendimento.

No capítulo “*Sistemas de Atenção em Saúde Mental*” veremos cada um dos serviços e políticas públicas de tratamento, integração e inclusão das pessoas com transtorno mental.

Cumpre destacar ainda que têm sido criadas comissões federais, estaduais e municipais para averiguar a qualidade desses serviços (inclusive dos hospitais psiquiátricos) e para propor políticas públicas de atenção em saúde mental. Este é um instrumento importante de participação de entidades organizadas e representativas, para alterar a realidade dos tratamentos e da inclusão das pessoas com transtorno mental.

2. Os Principais Marcos Legislativos

No tópico anterior vimos como a sociedade, ao longo da história, modificou sua forma de lidar com os transtornos mentais e como o Brasil se inseriu nesse contexto, com a criação de um Sistema de Atenção em Saúde Mental. Neste ponto cabe ressaltar

⁶ Marcelo Feijó Filho et al. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Artmed Editora, 2007, págs 42 e 138.

os principais marcos legislativos existentes que servem de base para a atual e futura implementação do tratamento e da inclusão social das pessoas com transtorno mental.

No âmbito internacional, cujas regras têm validade no Brasil, existe a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), um dos primeiros documentos internacionais a estabelecer os direitos essenciais da pessoa humana, resultado da mobilização da comunidade internacional pós Segunda Guerra. A Declaração Universal será objeto de análise mais aprofundada no capítulo sobre o Direito Internacional.

Ainda na esfera internacional, existe a Declaração de Caracas de 1990, que, embora não possua força de lei, é uma recomendação e um apelo aos Governos nacionais para que implementem um sistema de atenção mais adequado às pessoas com transtorno mental, de acordo com a idéia mais moderna de absoluta inclusão social de toda pessoa humana.

Como veremos com mais detalhes no capítulo sobre o Direito Internacional, essa Declaração possui como principal objetivo humanizar as relações sociais e terapêuticas em face das pessoas com transtorno mental. Segundo a Declaração, os hospitais psiquiátricos não são uma boa forma de se lidar com os transtornos mentais, pois é absolutamente comum nesses estabelecimentos a violação dos direitos da pessoa internada. Assim, esse documento estabelece que devem ser criadas formas de tratamento distintas da internação psiquiátrica e, no caso de a internação ser realmente necessária, deve ocorrer em hospitais gerais⁷.

No âmbito interno, a Constituição Federal estabeleceu como um dos fundamentos da República Brasileira a dignidade da pessoa humana e como um de seus objetivos a promoção do

⁷ A diretriz principal da Declaração a ser seguida pelas políticas públicas em saúde mental é justamente essa: reduzir a quase zero o tratamento de pessoas com transtorno mental via internação. No entanto, é importante lembrar que há casos graves que ainda requerem a internação, desde que respeitados os princípios de direitos humanos aqui tratados.

bem estar de todos. Isso cria uma obrigação ao Estado e à sociedade civil de promover ações que atinjam essas finalidades.

Temos ainda, no Brasil, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Essa lei tem um significado importantíssimo, pois, em conformidade com a Declaração de Caracas, estabelece os novos rumos na área de saúde mental que foram objeto de intensas discussões na década de 90. Nessas discussões foi constatada a necessidade de superação absoluta do modelo assistencial existente até o final da década de 1980, denominado “hospitalocêntrico”, por ter como principal - ou única - forma de tratamento o hospital psiquiátrico. Nesse sistema, foram constatados diversos tipos de violações aos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais, assim como a presença de condições que levavam a um grande isolamento dessas pessoas. Desta forma, propôs-se a adoção dos modelos substitutivos de assistência psiquiátrica já vistos no tópico anterior⁸.

Além da mudança no modelo assistencial em saúde mental, essa lei traz também os direitos das pessoas com transtornos mentais, que devem ser assegurados sem qualquer tipo de discriminação. A lei assume que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Esta posição foi assumida a partir da Constituição Federal de 1988, que também trata das diretrizes norteadoras da área de saúde.

No que diz respeito às internações, a lei estabelece que elas devam visar à reinserção social do paciente em seu meio e que só serão indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Deve-se ressaltar ainda que as internações involuntárias só poderão ser realizadas mediante laudo médico

⁸ Não se confunde internação psiquiátrica com tratamento asilar. Como mencionado anteriormente, a internação psiquiátrica pode ser necessária em casos graves, desde que excepcionalmente e desde que respeitados os princípios de direitos humanos.

que caracterize seus motivos e que devem ser notificadas ao Ministério Público, no prazo de 72 horas, nos casos em que se dêem contra a vontade do paciente. Para a garantia do tratamento com humanidade, a lei estabeleceu, ainda, diversos direitos aos pacientes internados, que serão vistos no capítulo *Sistema de Atenção em Saúde Mental*, no tópico “*Internação Psiquiátrica*”.

As instituições em que se dão as internações não podem apresentar características asilares, desprovidas de serviços médicos, assistência social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, atividades de lazer e outros. Assim, essas instituições devem obedecer a diretriz estabelecida na Lei 10.216/2001, qual seja, a internação deve visar exclusivamente a atender as pessoas com transtorno mental em momentos de crise, não podendo de forma alguma significar uma exclusão social.

A Lei ainda estabelece as principais formas de internação psiquiátrica, o que também será visto no capítulo *Sistema de Atenção em Saúde Mental*.

Em relação aos pacientes hospitalizados por muito tempo, são considerados dependentes institucionais aqueles que não possuem família capaz de ajudá-los ou a possibilidade de deixarem o hospital imediatamente. Esses terão sua reabilitação psicossocial como objeto da política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme dispõe a lei. A idéia é que essas pessoas sejam tratadas adequadamente para serem incluídas na comunidade. Dessas políticas merecem destaque o benefício “De Volta para Casa” e as cooperativas sociais, que serão tratadas mais adiante.

Há ainda dois importantes instrumentos emitidos pelo Conselho Federal de Medicina para a defesa de direitos em saúde mental. O primeiro é a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1407/94 que adota a Resolução 46/119 da ONU como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil (Anexo 1). O segundo é a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1408/94 que regula-

menta o tratamento em Saúde Mental (Anexo 2). Estas resoluções são uma forte ferramenta de defesa de direitos, na medida em que envolvem diretamente a responsabilidade do médico frente a sua entidade de classe. Como se pode ver nas resoluções, o cumprimento dos procedimentos indicados garante os direitos da pessoa e evita o tratamento de caráter asilar. Observa-se que essas Resoluções foram substituídas pela Resolução 1952/2010 do CFM, representando um retrocesso na garantia de direitos de pessoas com transtornos mentais.

3. Responsabilidade do Estado e da Sociedade

A Seguridade Social⁹

A Seguridade Social é um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, baseado nos princípios do bem-estar da população e da solidariedade da sociedade, que visa assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Conforme o texto da Constituição Federal, a participação da sociedade com a promoção do bem de todos se dá: indiretamente, ao pagar seus impostos, fornecendo meios financeiros para o Estado agir e, diretamente, através de atuações de cada cidadão, promovendo a inclusão no dia-a-dia, ou entidades da

⁹ Wagner Balera. *Sistema de Seguridade Social*. 3ª ed. São Paulo: LTr, 2003.

Miguel Horvath Júnior. *Direito Previdenciário*. 4ª ed. São Paulo: Quartier Latin, 2004.

José Afonso da Silva. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 20ª ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

sociedade civil e da participação de todos na gestão do Sistema de Seguridade Social.

Amparado pelo princípio da solidariedade, nem todos contribuem economicamente da mesma maneira e aproveitam os benefícios estatais do mesmo modo. Quem possui um poder aquisitivo maior paga tributos mais elevados (quem tem mais paga mais) e somente as pessoas consideradas em situação de vulnerabilidade por motivos econômicos, de saúde, de idade ou, ainda, por possuírem alguma deficiência podem desfrutar de determinados benefícios fornecidos pelo Estado e custeados por toda a sociedade.

Conforme dissemos, um dos objetivos do Estado brasileiro é a promoção do bem-estar de todos. Para que esse objetivo seja cumprido, a Constituição Federal e um conjunto de leis asseguram direitos mínimos para que os cidadãos tenham segurança ao enfrentar os riscos inerentes à vida, e para que seja garantida sua dignidade enquanto pessoa humana.

Esses riscos são os mais variados, todos prejudicando de alguma forma o bem-estar da pessoa. Por exemplo, citamos o risco de ficar doente, desempregado, impossibilitado para o trabalho face à idade, acidente ou possuir uma deficiência.

O Sistema de Seguridade Social é dividido em três subsistemas, o da Assistência Social, o da Saúde e o Previdenciário. Cada um deles possui um objetivo específico, conforme veremos nos itens seguintes.

a) O Sistema da Assistência Social

O Sistema da Assistência Social possui como objetivo principal a proteção das pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social, isto é, aqueles que não possuem renda para garantir a própria subsistência, nem possuem família que os ampare. Assim, qualquer pessoa que se encontre nessa situação e que

preencha os requisitos estabelecidos em leis específicas pode ser beneficiada por este sistema, sem a necessidade de uma contribuição específica para isso.

Por meio dessas ações do Estado são concedidos, por exemplo, cesta-básica, salário-família e bolsa-escola, visando à proteção da família, da maternidade, da infância e adolescência e combatendo a pobreza e a exclusão social. Há, ainda, o dever do Estado de garantir a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência ou doença e a promoção de sua inclusão na vida comunitária.

A Constituição também garante um benefício mensal às pessoas com deficiência e aos idosos que não possam prover sua subsistência, nem ser amparados pela família. É o chamado “Benefício Assistencial de Prestação Continuada”, que pela sua importância para o tema desta cartilha, será tratado com mais detalhes no capítulo *Benefícios*.

Sua organização se dá pela descentralização político-administrativa e com participação da população. Isso significa que a União estabelece as normas gerais, a serem complementadas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme situação da região e do local, e coordena os programas do Sistema de Seguridade Social em todo o país. O Distrito Federal, os Estados e os Municípios coordenam e executam os programas em seu território. *Significa ainda que a população pode participar, por meio de organizações representativas, como associações civis, e participando de conselhos administrativos quando previsto em lei, na formulação, implementação, gestão, fiscalização e acompanhamento das políticas públicas e atividades da seguridade social.*

b) O Sistema de Saúde

O Sistema de Saúde possui como principal objetivo a promoção da saúde de toda a população, independente de contribui-

ção específica ou do poder aquisitivo da pessoa, por meio de ações que previnam doenças e de ações que protejam e curem os enfermos.

Nas ações de recuperação, o Estado deve fornecer os serviços médicos, hospitalares, os remédios e todas as outras ações que sejam necessárias à recuperação das pessoas que não estejam em plena saúde, além de cuidar da saúde dos trabalhadores.

Já nas ações preventivas, o Estado deve garantir a redução do risco da doença e de outros agravos à saúde, por meio de políticas públicas sociais e econômicas nas mais diversas áreas. Isso inclui ações tais como o saneamento básico, a formação de recursos humanos na área de saúde, a vigilância nutricional, e orientação alimentar e a proteção do meio ambiente, incluído o do trabalho, fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas, bem como qualquer outro produto de qualquer modo relacionado à saúde. Deve ainda promover o aprimoramento tecnológico na área de saúde e afins e instituir a política de sangue e seus derivados.

Note-se que a saúde não é a pura e simples ausência de doenças, mas, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o estado de completo bem-estar físico, mental e social da pessoa. Vale dizer que o meio acadêmico avança em relação a esse conceito, por não acreditar ser possível esse estado de bem-estar permanente. Desta forma, a saúde é a constante busca por esse estado de equilíbrio, reafirmando a necessidade de cada um ser ativo nessa conquista.

Os recursos financeiros do Sistema de Saúde também provêm basicamente do orçamento da seguridade social. Havia ainda uma verba extra obtida por uma porcentagem da arrecadação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF –, tributo recolhido nas movimentações bancárias, extinto em 2008.

c) O Sistema Previdenciário

No Sistema Previdenciário, somente podem ser beneficiadas pelas ações estatais as pessoas que contribuem periodicamente para a Previdência e seus dependentes, além de se encontrarem na situação do risco previsto na lei. Veremos no capítulo *Benefícios*, quais são as pessoas que podem ser favorecidas (os segurados) e quem deve contribuir para esse sistema.

O Sistema Previdenciário compreende três regimes de seguridade: o Regime Geral da Previdência Social¹⁰, o Regime Especial de Previdência Social¹¹, e o Regime da Previdência Privada.

Aqui nos interessa o Regime Geral de Previdência Social, que abrange o maior número de trabalhadores no país. São muitos os benefícios concedidos por esse regime. De um modo geral, eles possuem como objetivo assegurar os seguintes riscos: doença, impossibilidade para o trabalho, morte, incluídos os resultantes de acidente do trabalho, idade avançada, prisão e desemprego involuntário (que não tenha ocorrido por opção do trabalhador).

O Regime Geral ainda ajuda a manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda e protege a maternidade e a gestante.

Além dos benefícios em dinheiro, o Regime Geral de Previdência Social ainda possui serviços sociais e programas de habilitação e reabilitação profissional das pessoas que se tornem impossibilitadas, total ou parcialmente, para o trabalho, inclusive por motivos de transtorno mental. Os serviços sociais ainda compreendem um conjunto de ações para esclarecer os beneficiários desse regime sobre seus direitos e solucionar os problemas entre

¹⁰ São segurados os trabalhadores e seus dependentes, da iniciativa privada ou de empresa pública, desde que sejam contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

¹¹ São segurados os funcionários públicos e seus dependentes, contratados sob as regras de lei especial.

os segurados e a Previdência Social, inclusive com participação da sociedade, através de entidades representativas.

II. SAÚDE MENTAL NO DIREITO

1. Direito Internacional

É importante ressaltar que, para as finalidades da presente Cartilha, trataremos de uma área específica do Direito Internacional geral, qual seja, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, que guarda maior similaridade com o tema Saúde Mental e Direitos Humanos. O Direito Internacional dos Direitos Humanos teve origem no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, período no qual a indignação com a barbárie ocasionada pelo conflito despertou, na comunidade internacional, o desejo de fixar regras tratando dos direitos essenciais do ser humano universalmente considerado, ou seja, independentemente do país de origem. Essa mudança de consciência é apontada por alguns autores como um marco da modernidade, trazendo ao debate em todas as partes do mundo a importante temática dos Direitos Humanos. Assim, será feita referência, a seguir, aos principais instrumentos do Direito Internacional dos Direitos Humanos, com menção à importância deles no que toca ao tema Saúde Mental e Direitos Humanos.

Em 10 de dezembro de 1948 foi aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**¹². Pela primeira vez na história a comunidade internacional expressava seu desejo de considerar os seres humanos iguais em dignidade e direitos, livres desde o nascimen-

¹² Declarações são diretrizes que exprimem um consenso de determinada comunidade, são recomendações que não obrigam juridicamente, mas trazem as ações ideais a serem assumidas pelos Estados.

to, dotados de razão e de consciência, devendo agir uns para com os outros em espírito de fraternidade. O conceito de dignidade humana (preâmbulo e art. 1º) trazia na Declaração Universal seus primeiros contornos, identificando-se com a idéia de que todos os seres humanos devem ser tratados com respeito. A Declaração Universal também traz expressa previsão do direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar, entre outros, assistência médica e serviços sociais necessários à segurança na doença e em outras situações (art. 25.1).

Em 1966, a Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas - ONU¹³ aprovou dois tratados internacionais¹⁴ de grande importância: o **Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos** e o **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**¹⁵. Este último prevê em seu texto o reconhecimento do direito de todos a usufruir os mais altos padrões possíveis de saúde física e mental (art. 12.1). Além disso, os dois Pactos previram o estabelecimento de um sistema de análise de relatórios, a serem enviados pelos países, por meio do qual é possível verificar se os compromissos assumidos estariam realmente sendo cumpridos.

Em 17 de dezembro de 1991, a Assembléia-Geral da ONU¹⁶ apresentou uma resolução¹⁷ contendo os **Princípios para a**

¹³ Órgão da ONU encarregado de tratar de questões envolvendo direitos humanos. Em março de 2006 a ONU aprovou a criação do Conselho de Direitos Humanos, que irá substituir a Comissão de Direitos Humanos, basicamente com as mesmas funções.

¹⁴ Tratados internacionais são normas jurídicas que obrigam os países que os aceitam. São ratificados (aceitos) e depois internalizados no sistema jurídico nacional.

¹⁵ Os “Pactos” mencionados são Tratados Internacionais de Direitos Humanos, dos quais o Brasil faz parte. Seus conteúdos foram incluídos no ordenamento jurídico brasileiro, portanto têm força de lei.

¹⁶ Órgão composto por todos os países que fazem parte da ONU.

¹⁷ Instrumento jurídico de caráter recomendatório (como as declarações), aprovado por maioria.

Proteção de Pessoas com Doença Mental e Incremento dos Cuidados com a Saúde Mental. Esta resolução é um documento detalhado sobre os direitos das pessoas com transtorno mental. Conforme salientamos anteriormente, ela é importante na medida em que o Conselho Federal de Medicina a adotou “como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil” (Resolução do CFM 1407/94, substituída pela Resolução 1952/2010 (Anexo 5), um retrocesso à garantia de direitos da pessoa com transtorno mental, conforme explicitado acima).

Esta é uma ferramenta relevante para humanizar o tratamento às pessoas com transtorno mental. Dentre os princípios declarados encontram-se:

- O direito que todas as pessoas têm aos melhores cuidados em saúde mental disponíveis, que deverão ser parte do sistema de saúde e assistência social;
- O direito de todas as pessoas com “doença mental” (ou assim referidas) serem tratadas com humanidade e respeito, decorrente da dignidade inerente à pessoa humana;
- O direito a que todas as pessoas com “doença mental”, ou que estejam sendo tratadas como tais, sejam protegidas de exploração de natureza econômica, sexual e outras, abusos físicos e outros, bem como tratamento degradante;
- O direito de viver e trabalhar, tanto quando possível, em comunidade.

Em 1993, na cidade de Viena, realizou-se a Segunda Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, um dos grandes encontros das Nações Unidas decorrentes de nova visão de mundo, vinda do contexto pós-Queda do Muro de Berlim. Em tal ocasião, os países presentes renovaram os valores pactuados 45 anos antes, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, expressando, através da Declaração de Viena e do Plano de Ação, dentre diversos aspectos:

- a. A prioridade à promoção e proteção dos Direitos Humanos conferida pela comunidade internacional.
- b. O reconhecimento e a afirmativa de que todos os Direitos Humanos derivam da dignidade e valor inerentes às pessoas humanas.
- c. A relação estreita entre Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento.

Declaração de Caracas (Anexo 4)

Em novembro de 1990 realizou-se em Caracas, na Venezuela, a *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente*. Essa Conferência foi convocada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)¹⁸ e pela Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas¹⁹ e produziu a chamada "Declaração de Caracas" que, embora não possua força de lei, consiste em uma recomendação aos Governos nacionais para implementar mudanças legislativas e sociais, e em um parecer de especialistas da área de saúde mental acerca da melhor forma de se lidar com os transtornos mentais.

Organizações, associações, autoridades, legisladores e juristas reunidos fizeram um apelo aos diversos países, para que seus Ministérios de Saúde e de Justiça, Parlamentos, Sistemas de Seguridade Social, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de treinamento e meios de comunicação de massa apoiassem a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica²⁰ proposta. Esse apoio seria necessário para assegu-

¹⁸ Órgão da Organização dos Estados Americanos (OEA).

¹⁹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) é um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU)

²⁰ A reestruturação da atenção psiquiátrica proposta deve ter por objetivos garantir a dignidade e os direitos dos pacientes, basear-se em critérios tecnicamen-

rar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações dos países da América Latina (Opas, 1990).

Em termos gerais, a Declaração de Caracas parte da idéia de que a internação hospitalar é uma forma de tratamento que não se mostra adequada, principalmente em hospitais psiquiátricos, pois tende a isolar o paciente de seu meio social e caracteriza uma situação de perigo de violação aos direitos humanos. Sendo assim, a internação deve ser considerada como um último recurso, devendo apenas ser realizada, em casos extremamente necessários, em hospitais gerais²¹.

Assim, a Declaração estabelece que o modelo de Assistência deve guiar-se pela descentralização (por meio dos Sistemas Locais de Saúde²²), mantendo a pessoa em seu meio social. Ela também determina que a legislação em saúde mental deva proteger a dignidade e direitos das pessoas que sofram de algum transtorno mental, assim como organizar os serviços comunitários nesta área.

O governo brasileiro participou das reuniões que tiveram como resultado a Declaração de Caracas, sendo que o Ministério da Saúde do país incorporou essas diretrizes e agiu no sentido de reorientar o modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

te adequados e promover a manutenção do paciente no seu meio social, evitando, assim, o isolamento do paciente, a violação de seus direitos humanos e a exclusão social.

²¹ Hospitais gerais são estabelecimentos que atendem todos os tipos de enfermidades.

²² O conceito de Sistema Local de Saúde (SILOS) considera como aspectos fundamentais a reorganização do nível central de administração, a descentralização e a desconcentração da estrutura administrativa, o desenvolvimento da participação social, a implantação da intersetorialidade, a readequação dos mecanismos de financiamento do setor de saúde e o desenvolvimento de um modelo de atenção que procure desenvolver a capacidade de análise da situação de saúde das populações, a estratégia de Vigilância à Saúde, a integração dos programas de prevenção e controle dos agravos, o reforço da capacidade administrativa local e a capacitação continuada da força de trabalho.

Na década de 90 diversas portarias²³ foram expedidas no sentido de estabelecer serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, ampliar e diversificar os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Tabela do SIH/SUS²⁴ e SIA/SUS²⁵). Além disso, determinam padrões mínimos de recursos técnicos e humanos, cuidados e tratamentos para o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil e modificam a forma de financiamento ao setor privado, medidas condizentes com os compromissos assumidos pela Declaração de Caracas.

Em 2001, depois de demorada tramitação legislativa, foi finalmente aprovado o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado com algumas das alterações feitas pelo Senado Federal, em conformidade com os ditames da Declaração de Caracas, embora o projeto original fosse mais ambicioso, prevendo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Essa lei teve o propósito de reformar significativamente a assistência psiquiátrica em nível nacional. Trata-se da Lei 10.216/2001, que será exposta no capítulo sobre legislação específica.

²³ Portarias são normas jurídicas através das quais autoridades de nível inferior ao Chefe do Executivo (Presidente, Governadores ou Prefeitos) dirigem-se a seus subordinados, transmitindo decisões de efeito interno (como andamento de atividades, questões relativas à vida funcional de servidores etc).

²⁴ SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Tem dentre inúmeras funções fornecer informações para viabilizar a efetuação do pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS.

²⁵ SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Fornece informações básicas para o gerenciamento do SUS, devendo atender aos 3 níveis de gestão, quais sejam, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

2. Legislação Brasileira

A) Constituição Federal (CF)

A Constituição Federal (CF) é a lei mais importante do país. Nela estão escritas as normas que regulam os direitos e garantias dos cidadãos, a forma como deve ser o governo, como deve ser o exercício do poder do Estado, entre outras disposições. Todos devem obedecer ao que diz a CF, incluindo os três poderes que compõem o Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário). Todas as outras leis que forem criadas também devem estar de acordo com as regras da Constituição.

A CF, por ser uma norma que estabelece as diretrizes essenciais do Estado, não tratou especificamente dos direitos das pessoas que têm algum transtorno mental. Entretanto, por meio da análise das diretrizes constitucionais (contidas nos art. 1º, inciso III, art.3º, inciso IV e art. 5º, caput), percebe-se que nenhuma pessoa pode sofrer qualquer tipo de discriminação, tampouco as que têm algum tipo de transtorno mental.

Isso porque a Constituição estabelece que todos são iguais em direitos e obrigações e os tratamentos diferenciados somente são possíveis quando visam à igualdade material, ou seja, quando se destinam a corrigir alguma injustiça, dando as mesmas oportunidades a um grupo de pessoas que por alguma razão não possuem seu direito de igualdade efetivado.

Ainda conforme a Constituição, todo tratamento relativo a qualquer pessoa, inclusive as com transtorno mental, deve ser pautado pelo princípio da dignidade da pessoa humana. Além disso, *a Constituição Federal garante assistência jurídica gratui-*

*ta para as pessoas que não possuem recursos para pagar um advogado*²⁶.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL	
Art. 1º, inciso III.	“Art. 1º “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana”
Art. 3º, inciso IV.	“Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”
Art. 5º, caput.	“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...”.
Art.5º, inciso LXXIV.	“O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.
Art. 196.	“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação”

²⁶ Para saber os locais de assistência jurídica gratuita, consultar o item “Informações Úteis” desta cartilha.

Art. 205.	“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.
------------------	---

B) Capacidade Civil, Interdição e Curatela

1) Capacidade Civil²⁷

Todas as pessoas têm direitos, mas nem todas podem exercê-los pessoalmente, pois falta a elas o discernimento exigido para tanto.

Essas pessoas são denominadas pelo Direito como “incapazes” de praticar os atos da vida civil²⁸, e essa incapacidade varia conforme as diferentes formas que a falta de discernimento pode apresentar.

Quando declarada pelo juiz, a incapacidade é dividida em dois graus: a absoluta e a relativa. A incapacidade absoluta ocorre quando o indivíduo não pode exercer seus direitos sem o auxílio de outra pessoa. Já a incapacidade relativa acontece quando a pessoa tem a possibilidade de realizar apenas uma parte dos atos da vida civil.

²⁷ Caio Mario da Silva Pereira. *Instituições de Direito Civil*, 20^a ed., vol. 1, rev. e atual., Rio de Janeiro, Forense, 2001.

²⁸ Podemos citar como exemplos de atos da vida civil o casamento, a compra e venda, o aluguel de um imóvel, a assinatura de um contrato, realização de um testamento, a doação, o empréstimo, entre tantos outros.

Incapacidade Absoluta

Tanto na área do direito quanto na médica é muito difícil afirmar ao certo o quanto o transtorno mental tornou o indivíduo incapaz para os atos da vida civil, considerando a imensa diversidade que podem assumir seus estágios e conseqüências.

Em geral, considera-se como absolutamente incapaz aquela pessoa a quem a perícia médica indique que falte o discernimento, que se mostra incapaz de avaliar perfeitamente os atos que pratica.

Os absolutamente incapazes têm direitos, mas não são permitidos de exercê-los pessoalmente. São representados por pessoas que agem em seu nome, falam e decidem por eles, como é o caso do curador da pessoa interdita, que veremos a seguir.

Quando o absolutamente incapaz pratica algum ato da vida civil, este ato pode ser declarado nulo judicialmente, isto é, declara-se que nunca existiu validamente, já que uma das partes que praticou o ato não tinha capacidade para entender o que estava fazendo e as conseqüências deste ato.

A existência da incapacidade deve ser verificada em processo judicial, no qual se decidirá, caso ela seja constatada, pela interdição da pessoa com a nomeação de um curador que o represente nos atos da vida civil.

O artigo 3º do Código Civil determina que são absolutamente incapazes para exercer os atos da vida civil os menores de dezesseis anos; os que, por possuírem enfermidade, transtorno ou deficiência mental não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; e os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Deve-se ressaltar que não são todos os casos de transtorno mental que geram a incapacidade, seja ela absoluta ou relativa.

Incapacidade Relativa

A incapacidade relativa se dá em razão de circunstâncias pessoais que levem alguém a não possuir discernimento suficiente para praticar os atos da vida civil sem assistência. Os relativamente incapazes devem ser “assistidos”, e não representados (como ocorre com os absolutamente incapazes), e isto quer dizer que podem praticar os atos civis, mas sempre com a assistência de quem for designado pelo juiz ou pela lei para exercer esta função. Se os atos forem praticados sem assistência, poderão ser anulados.

O artigo 4º do Código Civil define quem são as pessoas relativamente incapazes. Contudo, não há menção expressa em tal artigo às pessoas que têm transtornos mentais, havendo apenas referência àqueles considerados, de acordo com a nomenclatura inadequada do Código, “excepcionais” e aos que têm deficiência mental.

Entretanto, devem ser entendidos como relativamente incapazes aquelas pessoas que tenham um transtorno mental que as impeça de realizar apenas determinados atos da vida civil, não faltando o total discernimento para participar de outros tipos de negócios jurídicos.

São também considerados relativamente incapazes pelo artigo 4º do Código Civil aqueles que têm entre 16 e 18 anos, e os dependentes químicos e de álcool.

Casamento e Alimentos

No que diz respeito ao casamento, a pessoa com transtorno mental tem os mesmos direitos de escolher seu parceiro, casar e constituir família. O caso tem apenas algumas especificidades no que diz respeito à manifestação de vontade, que deve ser livre e consciente para que a pessoa com transtorno mental não se prejudique praticando um ato que não compreende.

O Código Civil exige que toda a pessoa que decida se casar tenha plena consciência do ato que está praticando, para que o casamento seja válido.

O casamento pode ser nulo ou anulável, dependendo das características de cada caso. Assim, o artigo 1.548 do Código Civil prevê o casamento nulo, que não gera nenhum efeito jurídico, quando a pessoa que se casou não tinha nenhuma condição de entender o ato que praticou. O casamento anulável é previsto pelo artigo 1.550 do Código Civil, e pode ou não ser anulado. Se for, gera efeitos jurídicos até o momento da sentença que declara sua anulação.

O casamento é “nulo” quando a pessoa com transtorno mental é absolutamente incapaz para os atos da vida civil. Já o casamento anulável (que pode ou não ser desfeito) é aquele em que a pessoa é incapaz de consentir ou de “manifestar de modo inequívoco o seu consentimento”, isto é, a pessoa é considerada relativamente incapaz, e precisa ser assistida nos atos da vida civil.

É importante ressaltar que o casamento de uma pessoa com transtorno mental não pode ser anulado pelo simples fato de ela ter um transtorno. A anulação é uma medida extrema que só deve ser tomada para evitar que a pessoa se prejudique nos casos em que ela não tinha nenhuma consciência do ato que praticou.

Outro assunto que interessa às pessoas com transtorno mental são os alimentos, ou “pensão alimentícia” como são popularmente conhecidos. Estes são valores, normalmente pagos em dinheiro, a uma pessoa com quem se tem vínculo familiar, que, por diversos motivos, não pode prover a própria subsistência. Essa obrigação se baseia no princípio da solidariedade familiar. A lei exige que os familiares amparem uns aos outros nos momentos de necessidade.

O artigo 1.694 do Código Civil determina que “podem os parentes, os cônjuges ou companheiros pedir uns aos outros os alimentos de que necessitem para viver de modo compatível com a sua condição social, inclusive para atender às necessidades de sua educação”.

Dessa forma, a pensão alimentícia não é um favor, mas um direito de quem necessita, e é um dever do familiar (ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, tanto homem quanto mulher), que pode pagar. Poderá, portanto, ser exigível judicialmente.

O valor dos alimentos vai ser estabelecido a partir de dois critérios: a necessidade de quem os está pedindo e a condição econômica de quem os deve pagar. Isso quer dizer que o juiz deve buscar um valor que satisfaça as necessidades de quem precisa dos alimentos sem, no entanto, prejudicar o sustento da própria pessoa que deve pagar. É o que diz, em outras palavras, o artigo 1.695 do Código Civil.

Normalmente recebem alimentos os filhos menores de 18 anos que não vivem com a pessoa que tem o dever de lhes garantir a subsistência e os estudos. Neste caso, essa necessidade é notória, ou seja, não exige que se prove a incapacidade para a subsistência, já que as crianças e adolescentes devem estudar, não trabalhar.

Os maiores de 18 anos também podem pedir os alimentos, mas neste caso, exige-se a prova de que a pessoa não pode se sustentar e necessita de ajuda financeira²⁹. Isso porque se imagina que após completar 18 anos a pessoa já seja capaz de se sustentar através seu próprio trabalho.

Porém, essa capacidade pode não ser verdadeira. É o caso das pessoas que possuem alguma deficiência ou transtorno

²⁹ A jurisprudência defere o direito a alimentos ao filho que comprove a frequência a curso superior, até aos 24 anos de idade.

mental que as impeça de trabalhar ou, mesmo trabalhando, o salário não seja suficiente para cobrir seus gastos essenciais.

Esse ponto é muito importante. Não é o fato de a pessoa trabalhar que a impede de receber alimentos. Para que a pensão alimentícia não seja devida, é necessário que o montante recebido por seu trabalho lhe seja suficiente para uma vida digna. Nada impede que os parentes mais próximos sejam chamados a complementar a renda dessa pessoa³⁰, segundo suas possibilidades econômicas.

Deve-se ressaltar que nem todo transtorno ou deficiência mental impede que a pessoa trabalhe e garanta sua própria subsistência.

A lei obriga os parentes a suprirem as necessidades daquele que precisa, mas não exige que o façam na hipótese de não terem condições para tal. Essas condições são medidas pela capacidade econômica para sustentar o parente que necessite de alimentos sem comprometer sua própria subsistência.

Quem deve pagar os alimentos, em princípio são os pais, por serem os parentes mais próximos. Mas outros parentes e o cônjuge, ou companheiro, podem ser obrigados a pagar alimentos se os pais não tiverem condições econômicas para tanto ou se forem ausentes.

Somente na hipótese de não existência, ou impossibilidade econômica, de um dos obrigados da lista acima é que se pode requerer alimentos aos parentes do nível seguinte. Não existem diferenças entre o homem e a mulher, ambos possuem o mesmo dever de sustento dos descendentes e ascendentes, afinal homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações.

³⁰ Os parentes mais próximos (pais) são os primeiros a possuírem a obrigação de prestar alimentos. Na sua ausência, os progressivamente mais distantes, primeiro os ascendentes (avós, bisavós), depois os descendentes (filhos, netos) e então os colaterais (irmãos). Assim, tem-se a seguinte ordem de obrigações: (i) os pais; (ii) os avós; (iii) os filhos; (iv) os netos; e (v) os irmãos.

O cálculo para o valor dos alimentos não se restringe à alimentação propriamente dita. Inclui-se tudo que é necessário para a vida digna da pessoa que os requer como, por exemplo, gastos com moradia, vestuário, saúde, transporte, lazer e educação, no caso das crianças ou adolescentes menores de 18 anos.

De acordo com o artigo 1.699 do Código Civil, o valor da pensão pode ser alterado tanto para mais quanto para menos, dependendo de novos acontecimentos. Se quem recebe pensão passa, por algum motivo, a necessitar de uma quantia maior e o devedor possui condições econômicas para pagar mais, deve-se requerer em juízo esse aumento. Da mesma forma se procede no caso em que o devedor não puder mais arcar com a quantia inicialmente estipulada.

Se não houver sido corrigido o valor da pensão, a pessoa que a recebe pode requerer aumento da quantia paga para recuperar o poder aquisitivo perdido pela inflação. Da mesma forma, se a correção monetária dos alimentos tornou a sua prestação impossível ou muito difícil, o devedor pode requerer a diminuição.

A pessoa com transtorno ou deficiência mental não precisa estar interdita para ter o direito a receber alimentos. A interdição, que pode ser total ou parcial, pode ajudar a provar a necessidade de receber alimentos e, para alguns autores, é inquestionável o direito de pensão alimentícia nesse caso.

De qualquer forma, a interdição não é necessária para que se consiga pensão alimentícia. Basta a prova, no processo judicial, de que a pessoa não possui condições de se sustentar.

Deve-se lembrar que não há diferença alguma entre filhos adotivos e filhos naturais no que diz respeito ao pagamento e recebimento de alimentos. Conforme as disposições da Constituição Federal, a adoção é idêntica à filiação natural. Assim, quem foi adotado é, para a lei, igual ao filho biológico, possuindo os mesmos direitos e deveres, inclusive no que refere aos alimentos.

Quando ocorre o não pagamento da pensão alimentícia, pode haver a prisão do devedor. Nesse caso deve-se ingressar com uma ação de execução de alimentos para pedir que o devedor pague os atrasados no prazo de três dias, sob pena de prisão³¹. Só se decreta a prisão pelo não pagamento das últimas 3 prestações anteriores ao ajuizamento da execução e das que se vencerem no curso desta³². As prestações vencidas anteriormente podem ser cobradas pela execução comum, que não autoriza a prisão.

Não havendo pagamento, o juiz determinará que o devedor seja preso pelo prazo de um a três meses. Após esse período, mesmo que continue devendo, será solto. Mas, enquanto perdurar o processo judicial de cobrança, basta que se deva um único mês de pensão para que se possa voltar à prisão, desde que esta não se refira às mesmas prestações que geraram a prisão anterior.

O direito à prestação alimentícia acaba quando as circunstâncias que a tornaram necessária não mais existirem ou quando o devedor não possuir mais nenhuma condição de arcar com o pagamento. A suspensão do dever de pagar a pensão deve ser requerida pelo devedor em ação judicial, e demonstrada uma das condições acima.

O simples desemprego do devedor, por si só, não significa o fim do pagamento dos alimentos, há que se demonstrar a real incapacidade de prestá-los, pois o devedor pode ter outros bens, inclusive aplicações financeiras, que lhe garantam a sobrevivência e ainda lhe permitam sustentar o parente que tenha necessidade.

³¹ Esse tipo de prisão é uma das modalidades da chamada “prisão civil”. Nas prisões civis a pessoa não é presa porque cometeu um crime, mas porque deve fazer alguma coisa que não fez, sendo a prisão um modo de forçá-la a fazer. São raros os casos em que a lei permite a prisão civil, sendo o não pagamento de pensão alimentícia um desses casos. Já que essa prisão ocorre para forçar o pagamento da dívida de alimentos e não pela prática de um crime, assim que o preso cumprir a obrigação alimentícia ele é solto, e mesmo que ele não a cumpra a prisão não pode se estender por mais de 3 meses.

³² Neste sentido, a súmula 309 do Superior Tribunal de Justiça.

Observe-se que se o devedor morre, a obrigação de pagar alimentos transmite-se aos herdeiros³³. O ex-cônjuge, ou ex-companheiro, perdem o direito à pensão alimentícia na hipótese de se casarem novamente, ou terem um novo companheiro.

2) Interdição³⁴

O processo de interdição de uma pessoa com transtorno mental costuma ser doloroso, tanto para ela como para sua família. Por isso, ressalta-se que esta deve ser uma medida excepcional, a ser tomada apenas como última alternativa.

No processo de interdição por incapacidade relativa será avaliada pelo juiz a capacidade da pessoa para reger sua vida e administrar seus bens, situação em que se for declarada sua incapacidade o juiz nomeará um curador para assisti-la. Em primeiro lugar, podem propor esta ação o pai, a mãe, o tutor, o cônjuge ou qualquer parente. Caso estes estejam ausentes ou não o façam, o Ministério Público poderá dar início ao processo de interdição. Decretada a interdição, deverá o juiz estabelecer alguns limites para a curatela, tomando em consideração o estado ou desenvolvimento mental da pessoa interditada. É usual essa hipótese para casos em que o interditado tenha relativo discernimento e, até por recomendação dos técnicos dos serviços de saúde, deve manter certa atividade civil, como, por exemplo, movimentar contas bancárias ou receber vencimentos ou pensões.

É importante ressaltar que, na interdição por incapacidade absoluta, o curador não assiste, mas sim representa o interdito, substituindo integralmente a sua vontade nos atos da vida civil. A

³³ Muitos autores sustentam que essa transmissão se dá nos limites da herança, ou seja, o herdeiro somente deve pagar a pensão com a renda proveniente dos bens herdados, ficando a renda de todos os seus outros bens e de seu salário livres.

³⁴ Vicente Greco Filho. *Prática Jurídica*, Brasília, ano 3, n.24, p.54-55, mar. 2004.

atividade do curador, em qualquer caso, estará sujeita a limites, devendo prestar regularmente contas ao juiz e buscar a autorização judicial para a prática de certos atos.

3) Curatela

A curatela é concedida pelo juiz em processo de interdição, a fim de que a pessoa que foi interditada tenha alguém, o curador, capaz de defendê-la e de administrar seus bens. Como dito, deve-se lembrar que o curador é obrigado a apresentar ao juiz balanços anuais e prestação de contas dos valores que administrou em nome do curatelado, os quais serão também avaliados pelo Promotor de Justiça.

A curatela é interrompida quando o sujeito considerado incapaz readquirir sua integridade mental, segundo o que se apurar em processo judicial de levantamento de interdição.

Segundo o artigo 1.767 do Código Civil, estão sujeitos a curatela as pessoas que, por possuírem deficiência ou transtorno mental, não tiverem a compreensão de mundo suficiente para praticar os atos da vida civil; as pessoas que por outro motivo duradouro não puderem exprimir sua vontade; os dependentes químicos e de álcool e os pródigos, ou seja, pessoas que gastam mais do que possuem, de forma tão extremada que colocam em risco seu próprio patrimônio.

B) Imputabilidade Penal

Os inimputáveis são as pessoas que não são capazes de entender que praticam atos proibidos ou de agir de acordo com esse entendimento. Nesses casos, as penas previstas para o crime que praticam não podem ser aplicadas da mesma forma que aquelas aplicadas a pessoas que não apresentam a falta de discernimento.

O Direito Penal é um conjunto de regras que define crimes e estabelece punições para tais condutas. Esse ramo do direito pretende proteger os bens e os interesses da sociedade. Crime é uma conduta humana que a lei proíbe e estabelece, em regra, uma punição para quem praticá-lo. Os crimes que existem no ordenamento jurídico brasileiro estão contidos no Código Penal e em leis especiais.

Nem todas as pessoas que praticam conduta definida como crime podem sofrer as penas que o Código Penal e as leis especiais estabelecem. Para que alguma pessoa possa ser submetida a penalidades, ela deve ser capaz de entender que praticou um ato proibido e poder agir conforme esse entendimento. Isso não acontece em uma série de situações previstas no Código Penal. É o caso dos menores de 18 anos e de algumas pessoas com algumas deficiências ou transtornos mentais.

Para que essas pessoas não sofram a pena prevista, são necessários três requisitos:

(i) Ter um transtorno mental.

(ii) Não terem a possibilidade de entender que praticaram uma conduta proibida, ou, mesmo entendendo, não serem capazes de não praticá-la, sendo essa circunstância dependente de comprovação por meio de perícia médica autorizada judicialmente.

(iii) Esses dois requisitos devem estar presentes no momento da prática do ato.

Uma pessoa com transtorno mental, por exemplo, pode em meio a um quadro agudo da doença cometer um ato proibido e definido como crime pela lei. Nesse caso, esta pessoa, mesmo que capaz de entender que não deveria fazer isso, não tinha condições de agir de modo diferente porque se encontrava em um momento crítico de seu transtorno.

Assim, as pessoas nessas condições –incapazes de entender que praticam atos proibidos ou de agir de acordo com esse entendimento – são chamadas pela lei de inimputáveis. Isso significa que a pena prevista para o crime que praticaram não pode ser aplicada a elas.

De acordo com o artigo 26 do Código Penal são inimputáveis aqueles que têm deficiência ou transtorno mental, e que em virtude disso, ao tempo em que praticaram o crime não podiam, de forma nenhuma, entender o caráter ilícito (proibido) do que fizeram ou de agir de acordo com esse entendimento.

O mesmo artigo traz a possibilidade de uma redução de um a dois terços da pena correspondente ao crime praticado, se o agente não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Neste caso, o agente é considerado semi-imputável.

Para que uma pessoa seja considerada pela justiça como inimputável ou semi-imputável, devem ser provados os requisitos citados acima. Esses requisitos são provados por uma série de meios: testemunhas, exames anteriores que provam a existência do transtorno mental, entre outros. *Porém, é essencial que o advogado peça ao juiz que se faça um "exame médico" específico, chamado de "exame de sanidade mental", e prove que há indícios da inimputabilidade da pessoa, para que o juiz aceite o pedido de exame.*

Os inimputáveis praticam um crime ou não?

Eles praticam um ato previsto como crime, mas devem ser absolvidos no processo criminal. Assim, não podem ser considerados reincidentes (alguém que volta a cometer um crime) se praticarem outro crime, mas podem, desde a prática da primeira conduta proibida, serem obrigados a cumprir medida de segurança, o que será explicado a seguir.

Já os semi-imputáveis praticam crime, pelo qual são condenados, tendo apenas a sua culpabilidade, e portanto a pena, mitigada, podendo ainda, se for o caso, substituir-se a pena por medida de segurança, conforme se explicará adiante.

O que pode acontecer com os inimputáveis quando eles praticam um crime?

Eles podem ser obrigados a pagar os prejuízos que causarem, podem ser processados criminalmente e ter que cumprir o que a lei chama de medida de segurança.

O que é medida de segurança?

De acordo com o artigo 96 do Código Penal existem duas formas de medida de segurança. Uma consiste na internação em “hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”, os chamados “manicômios judiciários”. A outra consiste em tratamento ambulatorial, cumprido em liberdade.

No tratamento ambulatorial a pessoa deve dirigir-se a um estabelecimento especial, determinado pelo juiz, e receber uma série de tratamentos psiquiátricos definidos por médico ou por uma equipe multidisciplinar. Esses tratamentos podem envolver a administração de medicamentos, terapias individuais, em grupo entre outras formas de tratamento. É importante dizer que ninguém é obrigado a se submeter a tratamentos invasivos, tais como cirurgias.

As medidas de segurança visam proteger a pessoa com o transtorno mental e a sociedade, em razão da possível existência de perigo. Ressalte-se que o fato de a pessoa ter um transtorno mental não determina que ela vá representar um perigo ao convívio social. A princípio, é obrigatória a aplicação de uma das duas espécies de medida de segurança citadas, mas isso não impede que o juiz determine que a pessoa continue o tratamento que já

realizava na época da prática do crime, não sendo necessário que seja aplicada medida de segurança alguma.

Em que caso se aplica cada uma das medidas de segurança?

O Código Penal, no artigo 97, manda que se aplique a medida de internação em hospital de tratamento psiquiátrico sempre que presentes os dois requisitos abaixo:

(i) For praticada uma conduta descrita como crime;

(ii) Que esta conduta seja punida com reclusão para pessoas imputáveis (que têm discernimento de seus atos).

A reclusão é uma das espécies de pena de prisão, prevista para crimes mais graves. Na reclusão o regime de cumprimento da pena pode ser fechado, semi-aberto ou aberto.

A medida de tratamento ambulatorial, conforme o Código Penal, pode ser aplicada se:

(i) For praticada uma conduta descrita como crime;

(ii) Esta conduta for punida com detenção para pessoas imputáveis.

A detenção é o outro dos dois tipos de pena de prisão, previsto para crimes menos graves. O regime de cumprimento da pena só pode ser semi-aberto ou aberto, nunca fechado.

Note-se que o Código Penal não permite explicitamente que se aplique a medida de tratamento ambulatorial para os crimes cuja pena seja de reclusão, porém, já decidiu o Superior Tribunal de Justiça que a medida de segurança deve se ajustar ao tipo de tratamento de que necessite o inimputável ou semi-imputável (veja próxima pergunta); podendo, então, ser aplicada a medida de tratamento ambulatorial, em liberdade, também na

prática de crime apenado com reclusão³⁵. No entanto, o inverso não é possível. Em caso de crime previsto com detenção, a única medida possível é o tratamento ambulatorial, não sendo permitida a internação hospitalar.

O Código Penal permite que o tratamento ambulatorial seja substituído, por decisão do juiz, por internação hospitalar, se for demonstrada a necessidade da internação para o tratamento curativo da pessoa. É importante ressaltar que tal medida de internação não possui caráter punitivo e sim finalidade terapêutica, destinada a um processo de adaptação ou readaptação à vida social.

O que é semi-imputável?

Semi-imputável é a pessoa que, em virtude de transtorno ou deficiência mental, não podia, no momento da prática do crime, entender a proibição da conduta que praticava ou de agir em conformidade com esse entendimento. A diferença entre o imputável e o semi-imputável é que naquela a falta de discernimento é total, nesta é parcial.

Conforme dito acima, a maior consequência dessa diferença é que o semi-imputável, ao invés de ser absolvido, será condenado, mas a pena de prisão será reduzida de um a dois terços ou será substituída por medida de segurança, conforme a necessidade de tratamento médico da pessoa, de acordo com o artigo 98 do Código Penal.

Qual é o prazo das medidas de segurança?

De acordo com o parágrafo único do artigo 97 do Código Penal, ambas as medidas – internação e tratamento médico ambulatorial – serão de prazo indeterminado, “enquanto durar a

³⁵ RESP 324091/SP

periculosidade” da pessoa. O juiz determinará um prazo mínimo de 1 a 3 anos, antes do qual a medida de segurança não poderá ser interrompida. Ao término desse prazo será feito novo exame médico. Se comprovado que terminou a periculosidade da pessoa que cometeu o crime, a internação ou tratamento ambulatorial não será mais obrigatório, embora seja possível que os médicos aconselhem a continuidade da medicação.

Se for observado no novo exame que ainda existe perigo para a pessoa ou para a sociedade, ela será obrigada a permanecer internada ou em tratamento até que outro exame comprove o “término da periculosidade”.

Se até um ano depois do término da medida de segurança a pessoa praticar um ato que indique que a periculosidade continua existindo, ela será internada novamente ou retornará ao tratamento ambulatorial.

Nesses casos, é preciso haver cuidado da sociedade para que a pessoa com transtorno mental não receba o estigma de perigosa. Da mesma forma, é preciso que o juiz também não contribua para este rótulo, determinando a internação ou tratamento ambulatorial quando este não é realmente necessário.

O que acontece com quem adquire ou manifesta um transtorno mental enquanto cumpre pena?

Há a possibilidade de uma pessoa, que era plenamente imputável (possuía pleno entendimento de que praticava uma conduta proibida e podia não praticá-lo) quando praticou o crime (e foi condenada a uma pena de prisão por isso) adquirir ou manifestar na cadeia um transtorno mental.

Nesse caso, havendo necessidade de tratamento psiquiátrico, a pessoa deve ser transferida para um hospital de custódia ou outro estabelecimento adequado ao seu tratamento.

A não transferência é ilegal, conforme já decidiu o Superior Tribunal de Justiça em uma série de decisões³⁶. Entende também esse tribunal que no transtorno posterior à prática do crime a internação não se dará por tempo indeterminado, como ocorre na medida de segurança, mas pelo restante do tempo de prisão não cumprido³⁷.

Por exemplo, uma pessoa condenada por qualquer crime a uma pena de 5 anos, depois de 3 anos de prisão, manifesta certas condições e tem o diagnóstico de que possui esquizofrenia. Em razão desse transtorno essa pessoa passa a necessitar de tratamento psiquiátrico específico. O juiz da execução da pena deve determinar que ele cumpra os 2 anos restantes num hospital de custódia ou outro estabelecimento adequado ao tratamento que necessite.

A transferência para esse hospital deve ser feita em no máximo 30 dias, conforme já decidiu o Superior Tribunal de Justiça.³⁸

O preso que possui alguns transtornos mentais, manifestos na execução da pena, poderá ter atendimento psicológico (entendido como assistência à saúde) no próprio estabelecimento penal, caso esse esteja aparelhado para prover a assistência médica necessária.³⁹

C) Tributos

O Estado possui uma série de obrigações e, para cumpri-las, arrecada dinheiro através da cobrança de tributos. Cada um

³⁶ Cf. HC 24455 / SP, HC 22916 / MG, HC 14363 / SP.

³⁷ Cf. HC 24455/SP

³⁸ Cf. HC 18803 / SP

³⁹ Conforme previsto no art. 14, parágrafo segundo da LEP, Lei de Execuções Penais.

dos entes públicos que formam o Estado⁴⁰ é autorizado pela Constituição Federal a criar impostos próprios. Para o tema de saúde mental, nos importam o Imposto de Renda e os impostos relativos à aquisição de automóveis (IPI, o ICMS, IPVA e o IOF), pois para alguns desses impostos existe isenção (dispensa do pagamento) às pessoas com transtorno mental. Vejamos alguns casos.

Imposto de Renda

Imposto de Renda é uma quantia em dinheiro que o contribuinte deve pagar ao Estado toda vez que recebe uma renda. Essa renda, entre outras fontes, pode ser proveniente do seu trabalho – o salário – de aluguéis, de investimentos financeiros e de benefícios previdenciários, inclusive a aposentadoria.

As pessoas com transtornos mentais, desde que consideradas pela Receita Federal como “alienadas mentais”⁴¹, são isentas de tributação sobre alguns rendimentos. Ou seja, não pagam Imposto de Renda sobre o valor de alguns benefícios, que são os seguintes:

- (i) Aposentadoria, inclusive a aposentadoria privada;
- (ii) Pensão, inclusive a alimentícia;
- (iii) Reforma do militar.

Não há limites de valor, todo o rendimento proveniente das fontes acima citadas é isento. Já sobre a renda proveniente de qualquer outra fonte, como, por exemplo, a de atividade profissional – como empregado ou autônomo – aluguéis e investimen-

⁴⁰ São eles a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal.

⁴¹ O termo “alienado mental”, utilizado pela legislação, não é o mais adequado; representa uma contradição aos movimentos sociais pela inclusão das pessoas com transtornos mentais e melhor seria se fosse alterada. Trata-se de uma terminologia equivocada e pejorativa.

tos financeiros, é cobrados o imposto, mesmo que a pessoa possua algum transtorno mental e esteja recebendo aposentadoria por esse motivo.

O termo “alienado mental”, conforme utilizado pela legislação, refere-se àquelas pessoas que, devido a algum transtorno mental, não possuem condições para gerir sua vida sozinha, necessitando do auxílio de outra pessoa.

Assim, não é qualquer transtorno mental que possibilita a isenção do imposto de renda sobre os rendimentos listados na questão anterior, mas tão somente aqueles mais graves, que atinjam o discernimento das pessoas com tais transtornos.

Qual o procedimento para conseguir a isenção do imposto de renda?

Há diferentes procedimentos, dependendo da origem do rendimento. Para a isenção do Imposto de Renda sobre os benefícios pagos pelo INSS (Aposentadoria Social, Pensão e Reforma), deve ser levado ao próprio INSS laudo de exame médico, emitido por serviço médico oficial da União, Estados, DF ou Municípios⁴², comprovando que a pessoa possui transtorno mental grave que a torna “alienada mental” (conforme nomenclatura legal).

Esse serviço médico oficial não é especificado pela legislação, podendo ser qualquer instituição do Sistema Único de Saúde. Porém, a Receita Federal tem exigido (o que pode ser considerado ilegal) que o exame seja realizado pelo INSS, o que pode ser contestado em ação judicial.

Aceito o laudo de exame médico pela Receita Federal, o desconto mensal do Imposto de Renda deixará de ser feito.

⁴² A necessidade do laudo médico emitido por serviço médico oficial decorre de disposição expressa da Instrução Normativa nº 5 da Secretaria da Receita Federal, artigo 5º, parágrafo 1º.

No caso da Aposentadoria Privada, o procedimento é o mesmo, porém, ao invés de levar o laudo do exame médico ao INSS, a pessoa com transtorno mental deve levá-lo à instituição que lhe paga a aposentadoria.

Para a isenção do Imposto de Renda sobre a pensão alimentícia, deve-se enviar o laudo do exame médico juntamente com sua declaração anual de Imposto de Renda. Se quem paga a pensão possui emprego e tem o Imposto de Renda descontado na fonte, o laudo pode ser levado ao empregador para que ele deixe de fazer o desconto correspondente a isenção.

Note-se que a pessoa com transtorno mental continua obrigada a fazer a declaração de Imposto de Renda. Essa declaração será a de isento se ela não atingir o mínimo estipulado em lei ano a ano para a cobrança do Imposto de Renda, excluídos desse cálculo os rendimentos isentos a que nos referimos até o momento.

Na hipótese de a pessoa ter rendimentos não isentos e atingir o valor estipulado para a cobrança do Imposto, ela deverá fazer a declaração padrão, como todas as outras pessoas. Porém, a lei permite que a pessoa com transtorno mental declarada “alienada mental” seja incluída na declaração do Imposto de Renda de seus pais ou responsáveis legais, independentemente de possuir rendimentos inferiores ou superiores ao mínimo para a cobrança do Imposto.

Ressalte-se que não há necessidade alguma de a pessoa com transtorno mental ser interdita para a aquisição da isenção, uma vez que a lei traz somente como requisito a apresentação do laudo que a considere “alienada mental”, ou seja impossibilitada de gerir sua vida sozinha.

Existe isenção de algum imposto relativo à aquisição de automóvel para as pessoas com transtorno mental?

Existe uma série de impostos cobrados no momento da aquisição de um automóvel. Para muitos deles a legislação concedeu isenção para as pessoas que possuem certas deficiências. Quanto às pessoas com transtorno mental, não há nenhuma previsão que lhes conceda isenção.

Nesse ponto é necessário lembrarmos que deficiência mental e transtorno mental são distintos. Conforme visto no início desta cartilha, quando uma pessoa tem algum tipo de deficiência mental pode-se dizer que esta é uma característica dela, assim como ter olhos azuis ou cabelo enrolado. Tal pessoa nasceu com aquela característica, ou a adquiriu durante a vida e sempre estará com ela. No caso do transtorno mental, pode-se dizer que ele se manifesta durante a vida da pessoa, e que pode ser controlado através de tratamentos terapêuticos e, eventualmente, pode até desaparecer.

No que tange às pessoas com deficiência, já são concedidas isenções na aquisição de veículos automotores em determinados casos, como veremos a seguir. Isso ainda não ocorre no caso das pessoas com transtorno mental, mas valeria uma mobilização para que fosse estendida a concessão da isenção a estas pessoas, criando facilidades para o dia a dia, como o transporte aos serviços de saúde.

Para que isso ocorra, é necessário que o Congresso Nacional faça uma lei que conceda isenções de tributos para as pessoas com transtorno mental. Vejamos agora os principais tributos envolvidos na aquisição de automóveis e quem possui isenção a eles:

O primeiro imposto a ser visto é o IPI, que consiste numa quantia de dinheiro que o contribuinte deve pagar ao governo federal na compra de um produto industrializado. Trata-se, assim como o Imposto de Renda, de um imposto federal.

A Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 375, de 23/12/2003, concede isenção do IPI somente para as pessoas com deficiência física, visual, mental, severa ou profunda, ou autistas ao adquirirem automóvel de passageiros ou veículo de uso misto, que são aqueles que tanto podem levar passageiros quanto carga, de fabricação nacional.

Note-se que a isenção ao IPI foi dada também às pessoas com deficiência mental. Não há razão alguma para que as pessoas com transtorno mental não tenham sido incluídas na lei como isentas, já que estão numa situação de desvantagem social muito semelhante às pessoas com deficiência mental. Assim, é importante que as pessoas com transtorno mental e toda a sociedade lutem para que se faça uma lei estendendo a isenção ao IPI também para essas pessoas.

O segundo imposto que citamos é o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), criado pelo governo federal, e consistente num valor em dinheiro pago pelo contribuinte toda vez que realiza determinadas operações financeiras, entre elas o financiamento de automóvel.

A Lei 8.383/91 isentou as pessoas com deficiência física do pagamento do IOF para o financiamento de automóveis de passeio de fabricação nacional de até 127 HP de potência bruta⁴³.

O terceiro imposto que citamos é o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), criado pelos governos dos Estados e do Distrito Federal sobre a circulação de mercadorias ou serviços. No caso do automóvel, ele é devido no momento de sua compra. Por ser um imposto estadual, a existência ou não de isenção depende de lei criada por cada um dos Estados.

⁴³ *HP* ou *Horse Power*, é uma unidade de medida internacionalmente utilizada para quantificar a potência do motor de um veículo, corresponde, basicamente, ao que se chama no Brasil de CV ou Cavalo de Força.

No Estado de São Paulo, a Lei nº 6.374/89 torna isentas do ICMS as pessoas com paralisia parcial do corpo ou com deficiência física, impossibilitadas de conduzir veículos comuns, na compra de automóveis novos, de até 1.600 cilindradas e com adaptação e características específicas a seu uso.

O último imposto tratado é o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), que conforme a Constituição Federal também é um imposto criado pelos Estados e pelo Distrito Federal, sendo cobrado anualmente das pessoas que possuem automóveis.

Assim como acontece com o ICMS, o Estado de São Paulo, na Lei nº 6.606/89, concede a isenção do IPVA para as pessoas com deficiência física que possuem veículo especialmente adaptado a sua condição física.

No caso do IOF, ICMS e IPVA, tanto as pessoas com transtorno mental quanto aquelas com deficiência mental foram excluídas de qualquer hipótese de isenção.

Por fim, ressalte-se que não vemos razão alguma para a não concessão da isenção desses impostos às pessoas que possuem deficiência ou transtorno mental, pelo princípio da igualdade, já discutido na *Introdução*. Se há isenção para as pessoas com deficiência física, deveria haver também para as pessoas com deficiência ou transtorno mental, já que todas elas encontram-se numa situação bastante semelhante e merecedora de vantagens para a aquisição de um automóvel.

Provavelmente, as concessões da isenção do IOF, ICMS e IPVA para a aquisição de veículos automotores foram dadas às pessoas com deficiência física para facilitar sua locomoção por meio de um veículo automotor. Porém, o próprio legislador, ao conceder isenção do IPI também às pessoas com deficiência mental, demonstrou não serem somente as pessoas com deficiência física que merecem a isenção, mas também outras pessoas que se encontram numa situação de desvantagem, não tendo acesso a

todos os meios que a maioria das pessoas possuem para adquirir um automóvel, como, por exemplo, a inserção no mercado de trabalho.

Assim, pode-se concluir que as pessoas com deficiência mental também têm direito à isenção, muito embora esse direito provavelmente tenha de vir a ser reivindicado judicialmente, devendo advertir-se que a probabilidade de êxito de uma demanda neste sentido não é alta. Em outras palavras, a luta pela isenção deve situar-se, sobretudo, no terreno legislativo.

D) Trabalho e Relação de Emprego

Podemos definir o Direito do Trabalho como um conjunto de normas jurídicas que regulam a relação de emprego. As principais normas jurídicas pertencentes ao Direito do Trabalho encontram-se na Constituição Federal, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em tratados internacionais e em leis especiais. Toda essa legislação atribui uma série de direitos e deveres ao empregado e ao empregador.

O término da relação de emprego pode ocorrer de diversos modos. Os principais são: (i) pelo pedido de demissão; (ii) pela dispensa com justa causa; (iii) pela dispensa sem justa causa.

Quais são os direitos do empregado que pede demissão?

Todo empregado que tenha contrato de trabalho sem prazo determinado pode pedir demissão. Nesse caso ele possui o direito de receber décimo terceiro salário proporcional ao tempo de serviço, férias proporcionais (se já estiver empregado há mais de um ano), horas extras e salários devidos, mas ainda não recebidos. Porém, ele é obrigado a cumprir aviso prévio pelo período de

30 dias se o pagamento for quinzenal ou mensal e de 8 dias se semanal ou por período inferior. Porém, nada impede que o empregador o libere do aviso prévio. Como a iniciativa da demissão é do empregado, o empregador não pagará nenhum tipo de indenização decorrente do término da relação de emprego e o empregado não tem direito de sacar nenhum valor do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

O que é a dispensa com justa causa?

O descumprimento de alguns deveres do trabalhador em uma relação de emprego, denominadas faltas graves, pode fazer com que o empregador dispense o empregado que as cometeu. A dispensa motivada por tais faltas graves é denominada dispensa com justa causa. Entre outros fatos, podem ser motivo para a demissão por justa causa a indisciplina, a insubordinação, a embriaguez e a violação de segredo da empresa. Ressalte-se que todas as hipóteses de falta grave, que permite a dispensa com justa causa, estão previstas em lei. O empregador não pode considerar como grave uma falta que assim não seja prevista pela lei.

O que é a dispensa sem justa causa?

É aquela em que o empregador dispensa o empregado sem que ele tenha praticado alguma das faltas graves assim previstas em lei.

Quais são os direitos e deveres do empregado nos casos de dispensa?

Na dispensa com justa causa o empregado tem direito a receber o 13º salário proporcional, as férias vencidas proporcionais (se empregado a mais de um ano), as horas extras e os salários não recebidos. No caso de dispensa sem justa causa (ou seja,

sem que o empregado tenha praticado alguma das faltas graves previstas em lei), o empregado, além de todos os direitos mencionados no parágrafo anterior, tem o direito de levantar o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) e de receber uma indenização paga pelo empregador, no valor de 40% desse Fundo. O empregador ainda é obrigado a conceder o aviso prévio de 30 dias para empregado que recebe o salário a cada duas semanas ou a cada mês, ou de 8 dias para empregado que recebe por semana ou período inferior. Porém, o empregador pode pagar em dinheiro o salário equivalente ao período de aviso prévio, dispensando o empregado de cumpri-lo.

Existe alguma diferença na demissão ou dispensa do empregado que possua transtorno mental?

A princípio, empregado com transtorno mental não possui nenhum direito decorrente do término da relação de trabalho que não possua os outros empregados. Porém, é importante fazermos alguns comentários acerca das faltas que podem acarretar a dispensa com justa causa.

Para que essas faltas sejam capazes de ocasionar a justa causa para a dispensa, é necessário que o empregado tenha plena consciência dos atos que pratica e suas possíveis conseqüências. Portanto, se um empregado pratica alguns dos atos definidos em lei como falta grave porque está em crise ou devido a algum transtorno mental que o impossibilite de entender o que faz, não há possibilidade de dispensa caracterizada por justa causa. No capítulo “Saúde Mental nos Tribunais” há o relato de alguns casos, julgados por nossos tribunais trabalhistas, envolvendo a questão dos transtornos mentais.

Quais os direitos que as pessoas com transtorno mental deveriam possuir nas relações de emprego e trabalho?

Como vimos, a princípio as pessoas com transtorno mental não possuem nenhum direito trabalhista específico. Isso se dá porque não existe nenhuma lei que atribua expressamente tais direitos. Porém, tendo em vista que, conforme diz a Constituição Federal, toda pessoa humana possui direito à dignidade e que todos são iguais, e em virtude das conseqüências que os transtornos mentais trazem às pessoas que os possuem e aos seus familiares, e o preconceito que os transtornos criam no meio social, seria importante a luta para que sejam atribuídas a essas pessoas reservas de vagas nas empresas particulares e no setor público.

Note-se que as pessoas com deficiência física, sensorial e mental possuem o que se popularizou chamar de “cotas de empregos”. Conforme o tamanho das empresas privadas elas devem destinar uma porcentagem das vagas de emprego para pessoas com deficiência. No setor público, os concursos públicos também devem destinar uma porcentagem de 5 a 20% das vagas para essas pessoas.

O trabalho é também um direito constitucional de todos e garantir emprego para todo mundo é um dever do Estado, inclusive pela criação de leis que estimulem a iniciativa privada e os órgãos públicos a contratarem pessoas com transtorno mental. Assim, embora tenha sido um passo importante na história brasileira a criação de vagas para pessoas com deficiência, o Estado não tem implementado a Constituição Federal – que, em seu art. 24, inciso XIV, traz a obrigação de proteção e integração social da pessoa com deficiência – ao não criar uma política específica para a inclusão das pessoas com transtorno mental. Note-se, porém, que recentemente foi feita uma Lei permitindo a criação de cooperativas de trabalho exclusivamente para pessoas “em desvantagem”, como diz a própria Lei, entre elas as pessoas com transtorno mental. No tópico *Sistema de Atenção em Saúde Mental na Legislação Brasileira* falaremos mais sobre essa cooperativa.

Embora transtorno e deficiência mentais sejam diferentes, não é impossível sustentar que as leis criadoras de cotas de trabalho para pessoas com deficiência são também aplicáveis às pessoas com transtorno mental. Para isso, pode-se recorrer à seguinte argumentação. Considerando que não há lei específica que trate da relação entre pessoas com transtorno mental e trabalho, e que a dificuldade de colocação no mercado de trabalho é a mesma tanto para pessoas com transtorno quanto para as com deficiências mentais, essa similaridade possibilitaria o tratamento das situações como sendo casos semelhantes, devendo a lei ser aplicada a todas elas.

O segundo argumento retoma o princípio da igualdade. É verdade que nossa Constituição Federal afirma que todos são iguais perante a lei. Muitos pensam que isso significa que não se pode estabelecer nenhum tratamento diferenciado entre as pessoas. Isso é um equívoco. Não podem ser criados tratamentos diferenciados que prejudiquem injustificadamente uma pessoa ou um grupo de pessoas, porém deve-se, sob pena não tratar igualmente as pessoas, criar um tratamento que repare uma situação de desigualdade, já existente, para dar a todas as pessoas a mesma oportunidade.

Segundo o princípio da igualdade, é preciso tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades. Ou seja, para que a igualdade seja materialmente atingida, pode ser necessário o tratamento desigual, visando ao atendimento diferenciado das necessidades peculiares de certo grupo.

Normalmente, as pessoas que possuem transtorno mental não possuem as mesmas oportunidades que a maioria. Seja por preconceito, seja por desinformação, essas pessoas possuem uma dificuldade muito maior para se inserirem no mercado de trabalho. Assim, a Lei que cria as cotas de emprego para as pessoas com deficiência deveria ser aplicada também às pessoas

com transtorno mental, para colocá-las num nível de igualdade quanto às oportunidades para a conquista de um emprego.

Ressalte-se, porém, que o ideal seria a criação de uma lei específica a pessoas com transtorno mental para inseri-las no mercado de trabalho, pois a legislação acima comentada é específica a pessoas com deficiência e a Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) não trouxe nenhuma norma referente ao trabalho das pessoas com transtorno mental. A sociedade organizada em movimentos, associações, entre outros, deve lutar pela criação de uma lei específica que incentive os empregadores a contratarem pessoas com transtornos mentais. Diga-se, ainda, que embora seja possível essa extensão das cotas, não foi encontrado nenhum julgamento em nossos tribunais referentes ao pedido de aplicação das cotas para as pessoas com transtorno mental.

Direito à saúde e medicamentos

E)

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal nos artigos 6º e 196, que assim dispõem:

Constituição Federal	
Art. 6º, caput.	“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”
Art. 196	“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso uni-

	versal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”
--	--

Sendo a saúde um direito fundamental, os tribunais superiores em geral entendem que o artigo 196 da Constituição Federal tem eficácia imediata, isto é, não precisa de outra lei para regulamentá-lo. Assim, se a saúde é direito de todos e dever do Estado, aquele que não obtiver do Estado a atuação necessária para preservar sua saúde pode recorrer ao Judiciário para fazer valer seu direito.

É importante ressaltar que a saúde não é simplesmente a ausência de doenças. Mais do que isso, ser saudável é viver com bem-estar e equilíbrio, tendo a possibilidade de se desenvolver e de buscar a sua felicidade. Por isso, o dever do Estado não é somente fornecer tratamento para as pessoas que estejam doentes. As autoridades públicas devem se empenhar para evitar a ocorrência dessas doenças realizando, por exemplo, tratamentos preventivos e campanhas de conscientização da população, além de garantir outros direitos necessários para que se tenha uma vida saudável. Alguns exemplos nesse sentido são o direito a um meio-ambiente sadio, o direito à prática de esportes e o direito à segurança.

O dever do Estado de promover a saúde engloba também o fornecimento de medicamentos, pois a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), no artigo 7º, inciso II, estabelece a integralidade da assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema. Isto quer dizer que a pessoa que possui uma doença, rara ou não, e que não pode pagar um medicamento, deve ter o seu fornecimento garantido pelo Estado.

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990	
Art. 7º	“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no <u>art. 198 da Constituição Federal</u> , obedecendo ainda aos seguintes princípios:
Inciso II	integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)”.

Ressalte-se ainda, que a obrigação do Estado se estende para além do mero fornecimento de medicamentos a todas as doenças e transtornos de saúde. O medicamento oferecido deve ser o mais adequado em cada caso, ou seja, deve produzir os melhores resultados no estado de saúde do paciente, incluindo a menor produção de efeitos colaterais. Essa conclusão decorre da leitura da própria Constituição Federal (art. 196), da Lei Orgânica da Saúde (art. 7º, inciso II) e da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001, art. 2º, inciso I).

A Constituição, ao dizer que o Estado é obrigado a desenvolver políticas sociais e econômicas que visem à “redução do risco de doença e outros agravos”, está determinando que o direito à saúde de todos seja efetivado de modo eficaz pelo Estado; e fornecer medicamentos que não sejam os mais adequados às pessoas não é efetivar de modo satisfatório o direito à saúde. A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, determina que a assistência estatal à saúde seja integral, o que implica, também, no fornecimento de todos os medicamentos necessários a qualquer tratamento de

saúde, e não somente alguns deles. Por fim, a Lei da Reforma Psiquiátrica expressamente determina que toda pessoa com transtorno mental possui direito ao melhor tratamento de saúde possível, conforme as suas necessidades. Assim, o medicamento fornecido deve ser o mais adequado. E adequado significa aquele que traz resultados mais benéficos ao paciente, ou seja, aquele que realmente cure ou que mais diminua os efeitos e sintomas do transtorno e que traga menos efeitos colaterais, pois do contrário o tratamento não seria adequado.

No capítulo *Benefícios*, em “Aquisição de Medicamentos”, veremos como o programa nacional de aquisição de medicamentos disciplina a obrigação do Estado de fornecer medicamentos de forma gratuita e o que fazer caso o Estado negue um medicamento que deveria fornecer.

SISTEMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

III.

FORMAS DE ATENDIMENTO

A) Hospital Geral: Atendimento de Urgência em Pronto-Socorro

Antes de descrever as formas de atendimento do sistema de atenção em saúde mental, é importante lembrar que todo hospital geral deve estar preparado para fazer atendimentos de emergência em psiquiatria nos seus prontos socorros.

A Portaria SNAS 224/1992 estabelece que deve ser criado nos prontos-socorros gerais o atendimento de emergência em psiquiatria. Assim como muitas doenças, os transtornos mentais podem gerar situações que exijam um atendimento médico imediato.

Para lidar com essas situações, a referida Portaria do Ministério da Saúde, exige que existam prontos-socorros, em determinadas regiões, funcionando 24 horas por dia, com pessoal médico capaz de lidar com os transtornos mentais de forma a, ter um pronto atendimento. Isso permite que o paciente retorne rapidamente ao convívio social e siga os tratamentos em dispositivos de atendimento extra-hospitalares, CAPS e UBS.

Esses prontos-socorros devem, também, contar com leitos para internação psiquiátrica pelo período máximo de 72 horas. Caso a pessoa necessite de atendimento hospitalar por período maior do que esse, ela deve ser encaminhada, se possível, para um hospital-dia. Se sua situação for grave a ponto de exigir uma

internação em período integral, deve ser encaminhada para uma unidade psiquiátrica em hospital geral ou hospital psiquiátrico, neste caso de forma excepcional e respeitando as limitações legais e princípios de direitos humanos. As atividades que os prontos-socorros estão obrigados a realizar são, além da internação por curto período de tempo, as contidas no trecho da Portaria abaixo transcrito:

Portaria SNAS 224/1992	
2.3.	“Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:
a)	avaliação médico-psicológica e social;
b)	atendimento individual (medicamentoso, de orientação, entre outros)
c)	Atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
d)	atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre diagnóstico, entre outros).”

Note-se que, conforme a orientação do novo modelo de atenção em saúde mental, as atividades realizadas por esse serviço incluem o atendimento à família do paciente, o que é importante para a efetiva melhora da pessoa com transtorno mental, uma vez que a família é um dos principais apoios do paciente, tendo um papel de destaque em seu tratamento.

B) Unidades / Centros Psiquiátricos em Hospitais Gerais

Como a Declaração de Caracas e a Lei 10.216 de 2001 estabelecem que as internações psiquiátricas, quando necessárias, devem ocorrer preferencialmente em hospitais gerais, é necessá-

rio o máximo cuidado para que esses hospitais não repitam as mazelas dos hospitais psiquiátricos.

Nesse ponto é necessário um esclarecimento. A preferência da internação psiquiátrica em hospital geral justifica-se pelo pressuposto de que os hospitais especializados em psiquiatria com características asilares criam um ambiente de exclusão, podendo transgredir os direitos humanos e a cidadania das pessoas internadas. Essa é a orientação da Organização dos Estados Americanos, que promulgou a Declaração de Caracas sob essas prerrogativas.

Assim, para que não se transponham as características comuns à maioria dos hospitais psiquiátricos, a Portaria SNAS 224/1992, no item 3.2, estabelece que o número de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais não pode ser maior do 10% de todos os leitos do hospital, até o máximo de 30 leitos psiquiátricos; que esses hospitais deverão ter salas para trabalho em grupo e que os pacientes deverão utilizar a área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

Quanto às atividades que os hospitais gerais devem prestar às pessoas com transtorno mental, e a seus familiares, são as mesmas descritas para os hospitais psiquiátricos, com exceção da alínea “f” do item 4.2 (vide tópico anterior).

Ressalte-se, ainda, que, nos termos do item 2.3 dessa portaria (transcrito abaixo) as unidades psiquiátricas dos hospitais gerais devem ter características próprias de um hospital geral, não de um especializado em psiquiatria.

C) Hospitais Psiquiátricos

O hospital psiquiátrico é aquele especializado no tratamento psiquiátrico em regime de internação. Já o hospital geral é aquele que presta serviços nas mais variadas áreas da medicina.

Como foi abordado no início desta cartilha, o hospital psiquiátrico ainda hoje é um serviço de atenção em saúde mental frequentemente utilizado no Brasil e, embora a forma da sociedade lidar com os transtornos mentais esteja mudando, a lei não determinou a extinção desses hospitais em todo o território nacional⁴⁴. Porém, isso não significa que os hospitais psiquiátricos tenham passado despercebidos pela reforma psiquiátrica. A lei impôs uma série de obrigações a essas instituições, com o intuito de humanizar o tratamento e respeitar os direitos e a cidadania dos pacientes e de seus familiares. Vale lembrar, como já exposto anteriormente, que as internações devem sempre ter a menor duração possível para conter situações de crise.

Nesse sentido, foi instituída a Portaria nº 224, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (órgão do Ministério da Saúde), em janeiro de 1992. Essa Portaria tem sido vista como uma espécie de “regra mínima” a ser aplicada em todas as regiões do país. Ela disciplina a prestação de diversos serviços de atenção à saúde mental, entre eles o hospital psiquiátrico.

A Portaria 224/1992 define o que se entende por hospital psiquiátrico e quais são as atividades que eles estão obrigados a oferecer aos pacientes e seus familiares. Vejamos os principais dispositivos dessa Portaria relativos a esses tópicos:

⁴⁴ Na década de 90 alguns Estados fizeram leis que determinam expressamente a extinção dos hospitais psiquiátricos em seus territórios. São exemplos desses estados o Ceará (Lei 1.2151/1993), o Distrito Federal (Lei 975/1995), o Espírito Santo (Lei 5.267/1996), Minas Gerais (Lei 11.802/1995), Paraná (Lei 11.189/1995), Pernambuco (Lei 11.064/1994) e o Rio Grande do Sul (Lei 9.716/1992). De qualquer forma os hospitais psiquiátricos não foram extintos por completo, nem estão em via de serem extintos, nem mesmo nesses Estados.

Portaria SNAS 224/1993	
4.1.	“Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.
4.2.	Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:
a)	avaliação médico-psicológica e social;
b)	atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
c)	atendimento em grupo (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
d)	abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;
e)	preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações;
f)	essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de

tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permita o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito.”

É importante, ainda, mencionar que a Portaria SNAS 224/1992, no intuito de preservar os direitos e a cidadania das pessoas internadas, proibiu a existência de celas ou quartos de confinamento em qualquer instituição de atenção em saúde mental e impôs o dever do hospital de garantir que não se viole a correspondência dos pacientes.

Por fim, essa Portaria enfatizou a previsão já trazida na Lei 10.216 de 2001 (tratada no capítulo *Direitos Humanos e Saúde Mental*) de que a internação psiquiátrica, quer seja em hospital especializado, quer seja em hospital geral, somente é possível após o esgotamento de todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares. Essa questão ainda será retomada mais adiante quando tratarmos da internação psiquiátrica.

D) Hospital-Dia

O hospital-dia foi introduzido no Brasil pela Portaria SNAS 224/1992 e consiste numa alternativa de atenção em saúde mental intermediária à internação integral (aquela realizada em hospitais psiquiátricos, gerais ou ambulatoriais, em que o paciente permanece no interior da instituição por todo o dia, durante um certo período) e ao tratamento ambulatorial (aquele em que o

paciente freqüenta uma instituição médica algumas vezes por semana, ou por mês, e realiza atividades terapêuticas curtas).

O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar dos hospitais psiquiátricos ou gerais. Essa determinação é importante para garantir que a estrutura do hospital psiquiátrico, tida como inadequada pela Declaração de Caracas porque isola o paciente do meio em que vive, não se repita nessas unidades. O atendimento em hospital-dia é mais adequado à inclusão social, respeitando a dignidade do paciente, e proporcionando um tratamento mais adequado às suas necessidades.

As pessoas com transtorno mental que sejam encaminhadas para um hospital-dia deverão freqüentá-lo alguns dias da semana, até o limite de 5 dias, por um período de até 8 horas diárias. Durante esse tratamento, o hospital-dia deverá lhe prestar, conforme prescrição médica, com base em suas necessidades, as atividades contidas no trecho da Portaria abaixo transcrita:

Portaria SNAS 224/1992	
1.3.	“A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:
	- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
	- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
	- visitas domiciliares;
	- atendimento à família;
	- atividades comunitárias visando a trabalhar a integração do paciente na comunidade e sua inserção social; (...)

Como já dissemos, a reforma psiquiátrica possui, entre outros, os objetivos de permitir e garantir que as pessoas com transtornos mentais permaneçam internadas o menor tempo possível e

retornem ao convívio social, inclusive, com a aquisição da independência econômica. Nesse sentido, dentre as atividades listadas acima, destacam-se as visitas domiciliares e as atividades comunitárias. As primeiras visam prevenir novas internações e as segundas possuem os objetivos de integrar e incluir a pessoa à sociedade, com dignidade e independência econômica.

E) CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

A Portaria GM (Gabinete do Ministro da Saúde) nº 336/2002 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços ambulatoriais de atenção diária, poderão se constituir nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Essas modalidades de serviço cumprem a mesma função no atendimento ao público em saúde mental e devem ser capacitadas para realizar, **prioritariamente**, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Para que não abarquem práticas asilares, a portaria determina que os CAPS devem funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar, e, se contidos dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar, devem ter acesso privativo e equipe profissional própria.

São as modalidades de CAPS:

CAPS I: serviço de atenção psicossocial para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias da semana.

CAPS II: serviço de atenção psicossocial para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando no período de 8 às 18 horas, em dois turnos,

durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

CAPS III: serviço de atenção psicossocial para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana. Essa modalidade de CAPS deve estar referenciada a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

Existem ainda o CAPSi II e CAPSad II, serviços de atenção psicossocial para crianças/ adolescentes e pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e drogas, respectivamente.

Os CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II deverão estar capacitados, dentro dos limites a serem fixados pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, para o acompanhamento dos pacientes das seguintes formas:

I) atendimento intensivo: destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário;

II) atendimento semi-intensivo: destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, mas que não precisam estar diariamente no CAPS;

III) atendimento não-intensivo: é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência ainda menor.

F) Oficinas Terapêuticas

As Oficinas Terapêuticas são uma criação da Portaria SNAS 189/1991, para o tratamento e inclusão social das pessoas com transtorno mental. Nas Oficinas, essas pessoas realizam atividades manuais e artísticas, sob orientação de profissionais de

nível superior ou médio, em grupos de 5 a 15 pessoas, tendo assim, além do desenvolvimento da expressão artística, o contato social, que muitas vezes é gravemente prejudicado pela exclusão decorrente do transtorno mental.

Conforme essa Portaria, as atividades que as Oficinas devem desenvolver são: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato e artes plásticas. Ainda por previsão dessa mesma Portaria, as Oficinas Terapêuticas podem desenvolver outras atividades e devem estar situadas em local diverso da estrutura hospitalar.

G) Atendimento Ambulatorial

O Atendimento Ambulatorial é um serviço de atenção em saúde mental criado pela Portaria SNAS 224/1992. Ele deve ser prestado em unidades ambulatoriais ou em centros de saúde, e compreende a forma mais adequada para a pessoa que tenha um quadro clínico estável, por não retirar a pessoa do convívio familiar e social, em função de ser menos intensivo e menos invasivo. Sendo assim, sempre que possível, é o tratamento a que se deve dar prioridade, de forma a evitar a internação, ficando os outros serviços descritos acima destinados aos pacientes que, mesmo com essa forma de tratamento, necessitem de mais cuidados.

As atividades desenvolvidas por esse serviço são as contidas no trecho da Portaria transcrita abaixo, sempre sendo indicada uma ou mais atividades para cada paciente conforme sua necessidade, verificada por médico psiquiatra e outros profissionais da saúde, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Portaria SNAS 224/1992	
1.3	“A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:
	- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
	- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
	- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
	- atendimento à família;
	- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.”

H) Serviços Residenciais Terapêuticos

Os serviços residenciais terapêuticos foram criados e regulamentados pela Portaria nº 106/ 2000, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento às pessoas que têm transtornos mentais.

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas que têm transtornos mentais, que tenham saído de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inclusão na sociedade.

Esses serviços são considerados uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS o mesmo número de leitos daquele hospital.

A esses centros cabe garantir assistência às pessoas que têm transtornos mentais e que apresentam grave dependência institucional, além de não possuírem vínculos familiares e de moradia. Cabe-lhes também a promoção da reinserção destas pessoas à vida comunitária, tornando claro o objetivo central desses serviços, que é a promoção da reabilitação psicossocial destas pessoas.

Esses serviços poderão, a critério do gestor municipal/estadual de saúde, funcionar em parcerias com organizações da sociedade civil de saúde ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimentos, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários dos diversos serviços de saúde em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica. Cabe-lhe também emitir normas complementares que visem a estimular políticas de cooperação com outras áreas do governo, Ministério Público e Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de serviços e ações, tais como a desinterdição jurídica e social (quando for o caso), bolsa-salário, inserção no mercado de trabalho entre outros.

I) Internação Psiquiátrica

A internação psiquiátrica é definida na Lei 10.216/2001 e na Portaria GM 2.391/2002, que regulamenta essa Lei.

Ressalte-se, mais uma vez, que a internação psiquiátrica é uma forma intensiva de tratamento dos transtornos mentais, por retirar o paciente do convívio social, e somente deve ser utilizada quando for absolutamente necessária.

De acordo com as citadas normas, existem quatro tipos de internação psiquiátrica, quer sejam realizadas em hospitais psiquiátricos, quer em hospitais gerais. São elas:

(i) Internação psiquiátrica voluntária: realizada com o consentimento expresso do paciente.

(ii) Internação psiquiátrica involuntária: realizada contra a vontade do paciente, por decisão médica.

(iii) Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária: pode ocorrer quando o paciente internado desejar interromper sua internação, mas a junta médica do hospital negar-lhe a saída.

(iv) Internação psiquiátrica compulsória: determinada por medida judicial⁴⁵.

A Lei 10.216/2001 e a Portaria GM 2.391/2002 definiram a internação compulsória simplesmente como aquela que é determinada por medida judicial, sem especificar os casos em que isso ocorra. Assim, criou-se um verdadeiro estado de indefinição, pois não há elementos legislativos suficientes para estabelecer com precisão as diferenças entre a internação psiquiátrica involuntária e a internação compulsória.

Há como interpretar que a internação compulsória equivale à medida de segurança determinada por decisão judicial, nos casos em que a pessoa com transtorno mental tenha praticado um delito penal. Por outro lado, medida de internação involuntária – e a voluntária que se torna involuntária – se dá por decisão de um médico, ou seja, através de um procedimento administrativo, não um processo judicial.

O médico sanitário Paulo Amarante, pesquisador e professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

⁴⁵ A Lei 10.216/2001 define essa modalidade de internação apenas dizendo que é aquela determinada por medida judicial. A Portaria GM 2.391/2002 repete essa definição e diz expressamente que não tratará da internação compulsória.

(Ensp/Fiocruz), também faz esta mesma interpretação da diferença entre a internação involuntária, determinada por médico, e a compulsória, determinada pela justiça⁴⁶. A diferença, segundo ele, é que a internação involuntária deve ser levada ao conhecimento do Ministério Público pelo médico, no prazo de 72 horas, de acordo com a lei. Isso porque, como a internação compulsória só é determinada após uma ação judicial, presume-se que a pessoa com transtorno mental tenha tido o direito de se defender, inclusive havendo a participação do Ministério Público⁴⁷.

Assim, para que as internações psiquiátricas involuntárias (a involuntária desde o início e a voluntária que se torna involuntária) não sejam abusivas, as citadas normas exigem que elas sejam comunicadas, no prazo de 72 horas, pelo hospital que as realizou, ao Ministério Público e a uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, constituída pelo gestor estadual do SUS. Isso porque o Ministério Público tem a função de registrar as notificações das internações psiquiátricas involuntárias, assim como das que se tornam involuntárias, para que possa controlá-las e acompanhá-las até a alta do paciente.

Além da comunicação da internação involuntária ao Ministério Público e à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, a instituição responsável deve comunicar também a alta hospitalar, assim como o diretor do estabelecimento deve enviar ao gestor estadual do SUS, mensalmente, uma listagem contendo o nome do paciente, o número da Notificação de Internação Psiquiátrica Involuntária, ressalvados os cuidados de sigilo.

Ressalte-se, ainda, que a Lei 10.216/2001, no art.2º, conforme os objetivos de humanização e respeito à dignidade e cida-

⁴⁶ “Como anda a reforma psiquiátrica?”, in *Radis: Comunicação e Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Extraído do site <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>, em 11 de julho de 2006.

⁴⁷ Para saber mais sobre internação compulsória, consulte o item *Imputabilidade Penal* nesta Cartilha.

dania das pessoas com transtorno mental, trouxe-lhes uma série de direitos. São eles, principalmente, os seguintes: o direito de ter o melhor tratamento do sistema de saúde, conforme sua necessidade; o de ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; o de garantia de sigilo nas informações prestadas, inclusive sobre sua condição de saúde; o de ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; o de ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, o de ser submetido à pesquisa científica somente para fins diagnósticos ou sob sua expressa autorização, ou a da família; e o de ser cientificado de todos esses direitos.

Por fim, ressalte-se que, diante do princípio da legalidade não pode haver internação sem o consentimento do internado, com exceção dos casos da internação compulsória (medida de segurança) ou da internação involuntária, devidamente comunicada às autoridades competentes. Isso porque pelo princípio da legalidade, amparado na Constituição (art. 5º, inciso II), ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer qualquer coisa sem que uma lei assim o determine e não há nenhuma lei que permita a internação de alguma pessoa contra a sua vontade fora essas duas hipóteses.

J) Centro de Convivência e Cooperativa

O Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) é uma experiência que tem sido adotada nas últimas duas décadas em algumas regiões do país.

Trata-se de um serviço não especificamente vinculado à saúde, mas sim de uma instituição que desenvolve atividades de modo intersetorial e multidisciplinar, abrangendo também a saúde. O Centro de Convivência da cidade de São Paulo, por exemplo, está ligado às Secretarias Municipais de Saúde, Verde e Meio, do

Trabalho e Cultura. É aberto a todas as pessoas, independente de condição econômica, social, cultural, de saúde, da crença religiosa, do gênero ou da origem étnica e da idade. Desenvolve atividades gratuitas de caráter cultural, educativo e de saúde, para promover encontros de diferentes pessoas e estimular nelas novos sentidos e lugares existenciais. Possui como alguns de seus grandes méritos o objetivo de estimular o desenvolvimento do potencial criativo e ativo dos seus frequentadores, desenvolver um conceito ampliado de saúde na perspectiva da qualidade de vida que inclua compromisso com o trabalho, cultura, educação e meio ambiente e construir intersetorialmente um novo paradigma de saúde, ética e inclusão sócio-cultural com caráter intra, inter e transdisciplinar.

Contudo, é importante ressaltar que o Centro de Convivência, embora não seja um serviço exclusivo do município de São Paulo, está presente somente em algumas regiões do país e ainda não foi regulamentado em âmbito federal. O ideal seria que as boas experiências, como a da cidade de São Paulo, fossem utilizadas como base para a disseminação desse serviço para todo o território nacional e para a edição de normas jurídicas que disciplinassem as atividades desenvolvidas pelo CECCO⁴⁸.

⁴⁸ O CECCO da cidade de São Paulo funciona no Parque do Ibirapuera. Mais informações acerca de sua localização e das atividades que desenvolve podem ser obtidas no *site*: <http://www.prodam.sp.gov.br/ibira/cursos2.htm> e pelo telefone (11) 5549-7840.

IV. BENEFÍCIOS DESTINADOS ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Existem diversos benefícios aos quais as pessoas com transtorno mental têm direito. É importante que essas pessoas, seus amigos e familiares tenham conhecimento e usem estes direitos como forma de exercer plenamente a cidadania. Esses benefícios têm como objetivo a promoção da igualdade e da dignidade dos indivíduos com transtorno mental. A seguir, descreveremos tais direitos:

A) Benefício Assistencial de Prestação Continuada

Trata-se de um benefício previsto na Constituição Federal e que por força de lei é concedido pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) aos idosos e às pessoas com deficiência ou doenças graves. Consiste no pagamento de um salário mínimo por mês, sem direito ao 13º salário. Porém, não é qualquer pessoa nessas condições que possui direito de recebê-lo.

O benefício somente é concedido ao idoso que contar 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência severa ou profunda ou doença grave que a impeça de trabalhar e viver com independência. Ambos, ainda, por exigência do INSS, não podem ter uma renda familiar *per capita* (por pessoa) superior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo.

Para calcular essa renda, deve-se somar a renda dos familiares e dividir esse resultado pelo número de pessoas que com-

põem a família. Para esse cálculo, são considerados familiares: (i) o marido e a esposa; ou (ii) o companheiro e a companheira; (iii) o filho, menor de 21 anos ou impossibilitado para o trabalho; (iv) os irmãos, de qualquer condição, menores de 21 anos ou impossibilitados para o trabalho; (v) qualquer pessoa que viva sob o mesmo teto, desde que tenha sido designada pelo responsável da residência como dependente, menor de 21 anos ou incapacitada para o trabalho.

O benefício pode ser requerido em qualquer unidade de atendimento do INSS. Se o benefício for negado, mesmo tendo sido atendidos todos os requisitos acima expostos, é possível ingressar com uma ação no Juizado Especial Federal. Dependendo do valor da causa pode-se ingressar nesse Juizado sem a assistência de um advogado.

Há ainda duas questões relativas a esse benefício que merecem ser comentadas. Embora a lei exija renda mensal igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para concessão do benefício, há uma decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª região que o INSS deve pagá-lo mesmo para pessoas com renda acima desse valor, se o juiz entender que a pessoa necessite do benefício⁴⁹.

Veremos essa questão com mais detalhes no *Capítulo Saúde Mental nos Tribunais*, inclusive com referência ao entendimento do Supremo Tribunal Federal. Embora a Constituição Federal não tenha determinado que a renda mensal familiar por pessoa deve ser igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para que seja possível a concessão do benefício, delegou à lei a regulamentação dos critérios. Assim, a Constituição concede esse benefício às pessoas com deficiência e aos idosos que, na forma da lei, não possuam condições de prover a subsistência e nem tê-la provida pela família. Por sua vez, a lei determinou como critério para im-

⁴⁹ Cf. agravo de Instrumento – 63968, processo 20000401925454, RS, Sexta Turma.

possibilidade de prover a subsistência ou tê-la provida pela família a renda mensal de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

A outra questão importante refere-se às pessoas com doença grave. A lei somente concedeu expressamente o direito ao benefício às pessoas com deficiências e aos idosos, mas o próprio INSS e nossos tribunais têm aceitado a concessão do benefício às pessoas com doença grave impossibilitadas de trabalhar⁵⁰.

Na tabela abaixo estão transcritas as principais normas constitucionais e legais referentes ao benefício de Prestação Continuada.

CF, art. 203, <i>caput</i>	“Assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:”
Inciso V.	“A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei”.
Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93), art. 20, parágrafo 2º.	“Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho”.
Parágrafo 3º.	“Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal <i>per capita</i> seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo”.
Parágrafo 5º.	“A situação de internado não prejudica o direi-

⁵⁰ TRF 5ª região, Agravo de Instrumento – 36065, processo nº 200105000177605, SE, Segunda Turma e TRF 3ª região, Apelação Cível – 875063, processo nº 2000061130027225, SP, Nona Turma.

	to do idoso ou do portador de deficiência ao benefício”.
--	--

B) Segurados da Previdência Social⁵¹

Como vimos nos tópicos acima, Previdência Social é um sistema de proteção social que assegura o sustento do trabalhador e de sua família, quando ele não pode trabalhar devido à doença, acidente, gravidez, prisão, ou morte de responsáveis. A Previdência Social mantém dez benefícios diferentes, incluindo aposentadorias, pensão por morte, salário-maternidade e auxílio-doença. Quando o trabalhador fica doente, após 15 dias de afastamento, é a Previdência Social que paga o seu salário até que ele recupere as condições de exercer suas atividades.⁵² Porém, esse pagamento não é feito a qualquer pessoa, mas somente às seguradas, afiliadas ao Sistema Previdenciário.

O que é filiação? Qual a idade mínima para obter a condição de beneficiário?

A filiação é o momento em que o segurado passa a integrar o sistema previdenciário como beneficiário, o que lhe permite receber o pagamento dos benefícios acima descritos. A filiação ocorre para o empregado no momento em que é registrado. Pode ser facultativa, quando depende da vontade da pessoa manter-se no sistema previdenciário (é o caso das donas-de-casa, desempregados e estudantes), ou obrigatória, como ocorre com o empregado, o empregado doméstico, o empresário e o trabalhador autônomo, no qual há o imediato ingresso no sistema previdenciário independentemente da vontade do segurado – caso estejam regularmente registrados.

⁵¹ Sergio Pinto Martins. *Fundamentos de direito da seguridade social*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

⁵² Fonte: www.previdencia.gov.br

A idade mínima para obter a condição de segurado é de 16 anos, que é a idade mínima permitida para trabalhar, sendo a única exceção o caso dos aprendizes que podem trabalhar em condições diferenciadas desde os 14 anos.

Se a pessoa com transtorno mental deixar de exercer atividade profissional ela perde a condição de segurada?

Sim, porém não instantaneamente. Há o que se chama de “período de graça”. Esse período corresponde ao tempo em que o segurado continua filiado ao sistema, mesmo depois de deixar de exercer a atividade profissional, tendo direito a benefícios e serviços.

Se o segurado deixar de exercer atividade abrangida pelo Regime Geral de Previdência Social, ou se ficar desempregado, poderá conservar essa qualidade independentemente de contribuições, nos seguintes casos:

- O segurado com até 120 contribuições tem 12 meses de período de graça. Aquele que conta com mais de 120 contribuições, tem 24 meses de período de graça. Em ambos os casos, o período pode ser estendido por mais 12 meses para o segurado desempregado, desde que comprove esta condição por meio de registro no órgão próprio do Ministério do Trabalho e Emprego;
- para quem estiver recebendo benefício, não há limite de prazo
- o segurado acometido de doença de segregação compulsória conta com até 12 meses de período de graça após a cessação da segregação;
- o segurado detido ou recluso (preso) conta com até 12 meses de período de graça após o livramento;

- o segurado incorporado às Forças Armadas conta com até três meses de período de graça após o licenciamento;
- o segurado facultativo conta com até seis meses de período de graça após a cessação das contribuições.

Vencido o período de graça, a pessoa perde a condição de segurado da Previdência Social e deixa de ter direito a qualquer benefício previdenciário, o que ocorrerá no 16º dia útil do segundo mês seguinte ao do término dos prazos fixados nos itens acima referidos.

C) Auxílio-doença⁵³

Conforme vimos, o auxílio-doença é um dos benefícios do Sistema da Previdência Social. Veremos a seguir quem são as pessoas que podem recebê-lo, as condições para tal, seu tempo de duração e seu valor.

Quem pode receber o auxílio-doença e sob quais condições?

O auxílio-doença é devido à pessoa segurada do INSS que ficar incapacitada para seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos. Entretanto, há um período de carência, isto é, o tempo correspondente ao número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que se receba o auxílio-doença (que equivale ao recolhimento de 12 contribuições mensais para a Previdência Social).

Em relação às pessoas que perderam a condição de segurados e voltaram ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), seja porque foram empregadas novamente ou porque começaram a contribuir facultativamente, devem contribuir por 4 meses, a

⁵³ Castro, Carlos Alberto Pereira de e Lazzari, João Batista. Manual de direito previdenciário, 4.ed.rev.e atual., São Paulo: LTr, 2003.

partir do retorno ao Regime, para que o período de contribuição anterior seja contado.

No caso de o segurado sofrer acidente de qualquer natureza ou ser acometido de alguma das doenças especificadas na Portaria Interministerial nº 2.998, de 23.8.2001⁵⁴, terá direito ao benefício independentemente de carência.

Desde quando o beneficiário pode receber o auxílio-doença?

O auxílio-doença será devido para o segurado empregado, a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade. Durante os quinze primeiros dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, caberá à empresa pagar ao segurado empregado seu salário. Quanto aos demais segurados (autônomos, empresários e os segurados facultativos), o início do benefício dar-se-á a contar da data do início da incapacidade e enquanto o segurado permanecer incapaz. Deve-se lembrar, porém, que se o requerimento do segurado afastado da atividade (inclusive o empregado) for protocolado no INSS depois de mais de trinta dias da aquisição da incapacidade, o benefício será devido apenas a contar da data da entrada do requerimento, e não desde o 16º dia a que o segurado teria direito. Por isso, recomenda-se que o segurado não demore a entrar com o pedido de recebimento do benefício no INSS.

Quanto ao segurado empregado que recebe o auxílio-doença, este deve ser considerado pela empresa como licenciado, havendo, na verdade, uma suspensão do seu contrato de trabalho.

⁵⁴ A Portaria enumera as seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, “alienação mental”, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids, contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada e hepatopatia grave.

Qual o valor do auxílio-doença e a forma de calculá-lo?

O valor corresponde a 91% do salário de benefício⁵⁵. Esse, por sua vez, corresponde, para fins de auxílio-doença, à média aritmética simples⁵⁶ dos maiores salários de contribuição⁵⁷, correspondentes a 80% de todo o período contributivo. Não pode, porém, o valor do benefício ser inferior a um salário mínimo independentemente do resultado desses cálculos. Isso porque o auxílio-doença substitui o salário do trabalhador e a Constituição Federal determina que nenhum benefício que substitua o salário pode ser inferior a um salário mínimo (art. 201, parágrafo 2º).⁵⁸

Até quando o auxílio-doença será mantido?

O auxílio-doença será mantido enquanto o segurado continuar incapaz para o trabalho, pelo prazo máximo de dois anos,

⁵⁵ Salário de benefício é a base para o cálculo dos auxílios e das aposentadorias na Previdência Social. Seu valor não pode ser inferior ao de um salário mínimo e a forma de calculá-lo é varia entre determinados benefícios previdenciários, conforme está disposto no art. 29 da Lei. 8213/91, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social.

⁵⁶ Neste caso, a média aritmética simples é o resultado da soma das 36 últimas parcelas de contribuição dividida por 36.

⁵⁷ O salário de contribuição é aquele sobre o qual serão calculadas as contribuições à Previdência Social devidas pelo segurado. O salário de contribuição corresponde à remuneração do trabalhador, incluindo férias, 13º e outros direitos trabalhistas, conforme o art. 28, parágrafo 9º da Lei 8.213/91, respeitado o limite legal correspondente a R\$ 2.668,15 (valor atualizado até o final de março de 2006, momento de fechamento da redação desta cartilha).

⁵⁸ Medida Provisória nº 242 de 28/03/2005, alterando a Lei 8.213/91, estabeleceu que o cálculo do benefício seria feito com base na média aritmética simples dos últimos 36 meses de contribuição – ou das contribuições existentes, se inferiores a 36 - e que o valor máximo do benefício não poderia exceder a última remuneração do trabalhador, considerada em seu valor mensal. Porém, como visto na nota 47, na página anterior, o Senado rejeitou os pressupostos de urgência e relevância dessa Medida Provisória, tornando-a sem efeito desde a sua edição.

podendo o INSS determinar a abertura de processo de reabilitação profissional, quando julgar necessário. No período em que o segurado recebe o auxílio-doença, ele está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, assim como a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.

O direito ao recebimento do auxílio-doença termina (i) com a recuperação da capacidade para o trabalho e (ii) pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, neste caso se resultar seqüela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercita.

Em agosto de 2005 o INSS instituiu o sistema “Data Certa”, alterando algumas disposições referentes ao auxílio-doença. Esse benefício era concedido por um período indeterminado e o beneficiário precisava realizar novos exames médicos para comprovar a permanência da incapacidade em média a cada 60 dias. Desde o dia 10 de agosto de 2005, os médicos do INSS podem conceder o auxílio-doença pelo prazo de até 180, para os casos considerados menos graves. Ao término do prazo estabelecido o benefício cessa automaticamente se o médico não houver marcado novo exame médico. Caso esse novo exame tenha sido marcado, o médico avaliará se o auxílio-doença deve ser renovado ou não. No caso do benefício cessar automaticamente e o segurado permanecer impossibilitado para o trabalho, ele deve solicitar em um dos postos do INSS uma “reconsideração de perícia médica”, para que lhe seja marcado um novo exame. Já para os casos de doenças consideradas pelo médico como sendo mais graves, sem perspectiva de retorno ao trabalho em curto prazo, o benefício pode ser concedido por até dois anos.

Outra novidade do sistema “Data Certa” é que, se no prazo máximo de dois anos a pessoa não recuperar a capacidade para o trabalho, ela será aposentada por invalidez imediatamente⁵⁹.

D) Os Benefícios de Aposentadoria⁶⁰

Existem quatro tipos de aposentadoria: 1. aposentadoria por invalidez, 2. aposentadoria por idade, 3. aposentadoria por tempo de serviço e 4. aposentadoria especial.

Todos esses benefícios visam à proteção da impossibilidade para o trabalho ou da diminuição do desempenho do trabalhador. Com exceção da aposentadoria por invalidez, em todas as outras espécies o risco da incapacidade é presumido. A lei presume que ao atingir certa idade ou após certo tempo de serviço o trabalhador não exerce mais suas atividades com a mesma desenvoltura de antes e concede-lhe um benefício mensal que lhe compense a impossibilidade para o trabalho ou a diminuição do desempenho profissional.

Na aposentadoria por idade o segurado adquire direito ao benefício, em regra, aos 65 anos, se homem, e 60 se mulher. A aposentadoria especial é um tipo de aposentadoria por idade, concedida aos trabalhadores que exercem atividades penosas ou insalubres ou que estejam expostos a agentes prejudiciais à saúde. O direito a essa aposentadoria é adquirido após 15, 20 ou 25 anos

⁵⁹ Todas as informações referentes às alterações do auxílio-doença foram obtidas no *site* da Previdência Social e no *PREVFone*.

⁶⁰ BALERA, Wagner, *Sistema de Seguridade Social*. 3ª ed. São Paulo, LTr, 2003. HORVATH JÚNIOR, Miguel, *Direito Previdenciário*. 4ª ed. São Paulo, Quartier Latin, 2004.

FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga, *Direitos das Pessoas com Deficiência*. Rio de Janeiro, WVA, 2004.

HORVATH JÚNIOR, Miguel, *Direito Previdenciário*. 4ª ed. São Paulo, Quartier Latin, 2004.

de serviço dependendo da atividade penosa ou insalubre que o trabalhador exerce, conforme previsão legal. Na aposentadoria por tempo de serviço o direito ao benefício é adquirido, em regra, após 35 anos de trabalho, se homem, e 30 se mulher, sendo hoje exigido ainda que, além desses anos de atividade profissional, o trabalhador tenha 65 anos e a mulher 60.

Na aposentadoria por invalidez, a incapacidade para o trabalho deve ser provada por exame médico realizado pelo INSS e deve, ainda, ser total. Não basta uma mera diminuição do desempenho do trabalhador, ele deve estar totalmente impossibilitado de trabalhar.

Note-se, ainda, que toda aposentadoria por idade ou tempo de serviço é um *direito* do trabalhador, ou seja, o trabalhador não *precisa* se aposentar ao preencher os requisitos legais necessários para esta finalidade. Há no serviço público, porém, a chamada aposentadoria compulsória para os servidores que atingem 70 anos de idade (vide art. 40, § 1º, II, da Constituição). Este servidor pode, no entanto, trabalhar na iniciativa privada como empregado ou autônomo.

Aposentadoria por Invalidez

Primeiramente deve-se ressaltar que o termo “invalidez” previsto na legislação previdenciária não é o mais adequado, uma vez que possui uma conotação negativa de inutilidade ou ausência de valor. Apesar dos movimentos sociais no sentido de repúdio a esse termo, ainda não foi aprovada lei que o altere, muito embora existam projetos para essa modificação⁶¹.

⁶¹ Confira: Eugênia Fávero. *Direitos das Pessoas com Deficiência*, Rio de Janeiro: WVA, 2004, p. 200.

Quem possui direito à aposentadoria por invalidez?

Adquire esse direito o trabalhador que preencha os seguintes requisitos:

(i) Torne-se totalmente impossibilitado para o trabalho em razão de doença, acidente de trabalho ou acidente de qualquer natureza;

(ii) A impossibilidade seja permanente;

(iii) A impossibilidade seja de exercer qualquer atividade que lhe garanta a subsistência.

Para o INSS, a impossibilidade para o trabalho é caracterizada pela incapacidade da pessoa de atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores de sua categoria. A verificação desse requisito se dá por exame médico realizado pelo próprio INSS, podendo o segurado, desde que pague os gastos, levar médico de sua confiança para acompanhá-lo durante o exame.

É importante que se tenha em mente que a lei fala em incapacidade para **qualquer** atividade que lhe garanta a subsistência e é bastante comum que o INSS negue a aposentadoria por invalidez para as pessoas que, embora incapacitadas para o trabalho que exerciam, são aptas para outras atividades profissionais. Nesse sentido que se diz ser necessária a incapacidade total, ou seja, para qualquer atividade.

Um dos requisitos para a concessão da aposentadoria por invalidez é a impossibilidade para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. Mesmo que a pessoa tenha uma nova atividade profissional, não é qualquer rendimento que é suficiente para afastar o direito ao benefício. Há que se ponderar se essa renda permite um nível de vida minimamente semelhante ao que o trabalhador possuía antes do advento da incapacidade para a atividade que exercia.

No caso das pessoas com transtorno mental, ressalte-se que para a concessão da aposentadoria por invalidez não é necessário que ela seja interditada. A interdição pode facilitar a obtenção do benefício por demonstrar a impossibilidade para o trabalho, mas não é requisito indispensável. Porém, ainda é necessário que se faça o exame médico.

A aposentadoria por invalidez é definitiva?

Para a concessão da aposentadoria por invalidez a impossibilidade para o trabalho tem que ser permanente. Isso não significa que deva ser definitiva, mas que a recuperação seja improvável. Ou seja, se o trabalhador se recuperar e voltar a exercer uma atividade profissional, o benefício da aposentadoria poderá cessar.

Se a incapacidade pode não ser definitiva, a aposentadoria por invalidez tampouco o é. O benefício termina se o trabalhador se tornar apto a atividade que lhe garanta a subsistência, o que se demonstra por novo exame médico realizado pelo INSS ou quando o segurado volta voluntariamente a exercer uma atividade profissional. Mas nesse caso, o benefício somente é perdido se o segurado voltar a exercer uma atividade que lhe garanta a subsistência em níveis minimamente semelhantes ao nível de vida que possuía antes da incapacidade para o trabalho.

Embora essa questão seja polêmica, já decidiu o extinto 2º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo que o beneficiário pode manter o benefício mesmo se exercer certas atividades remuneradas que complementem sua renda, desde que essas atividades não lhe garantam, por si só, a subsistência⁶².

A perda do benefício da aposentadoria por invalidez é imediata ou gradual, dependendo do caso.

⁶² Cf. Apelação Civil, no 398.684-0/0, julgada em 07/12/1994.

* Quando a recuperação for total e ocorrer dentro de 5 anos, contados do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença o benefício será interrompido:

(i) Imediatamente para o segurado empregado que puder retornar à função que exercia anteriormente à aposentadoria.

(ii) Após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, como se explica abaixo:

Por exemplo, se o segurado não puder retornar ao trabalho, e ficou aposentado por 2 anos, terá direito ao pagamento de 2 meses de aposentadoria, contados da data da verificação da recuperação da capacidade.

* Quando a recuperação for parcial ou ocorrer após 5 anos contados da data do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença, o benefício será devido:

(i) Integralmente por 6 meses contados da data da verificação da capacidade;

(ii) Com redução de 50% nos 6 meses subseqüentes;

(iii) Com redução de 75% ainda por mais 6 meses.

Como exemplo, um segurado que, após 7 anos de recebimento de aposentadoria por invalidez, com valor mensal de R\$ 2 mil, retornar ao trabalho, receberá nos 6 meses seguintes a mesma quantia, nos próximos 6, R\$ 1 mil, e nos últimos 6 meses R\$ 500,00. Somente após 18 meses há a perda total do benefício previdenciário.

Há ainda outros casos de perda do benefício. O segurado aposentado por invalidez deve submeter-se a exame médico, sempre que requisitado pelo INSS, a tratamento médico e a processo de reabilitação prescritos e custeados também pelo INSS. Porém, o segurado não é obrigado a submeter-se a intervenções

cirúrgicas ou transfusão de sangue. Não cumprido qualquer desses deveres, o benefício poderá ser suspenso.

Uma vez suspenso o benefício ele pode ser concedido novamente?

Pode, desde que o segurado o peça novamente e se sujeite a novo exame médico, tratamento médico e reabilitação profissional, se o INSS julgar necessários.

Desde quando é devido o benefício da aposentadoria por invalidez?

Depende. A lei faz distinção entre as espécies de segurado e entre os momentos em que se dá o pedido de aposentadoria ao INSS.

* É devido ao segurado empregado:

(i) Desde o 16º dia, a contar da data de afastamento da atividade, se o pedido de aposentadoria se der até o 30º dia do afastamento.

Nesse caso, é obrigação da empresa para a qual o segurado trabalha pagar-lhe o salário até o 15º dia de afastamento da atividade.

(ii) Desde a data de entrada do pedido, se este se der 30 dias após o afastamento da atividade.

* É devido aos outros segurados:

(i) Desde o início da incapacidade, se o pedido se der até o 30º dia a contar da data dessa incapacidade.

(ii) Desde a data de entrada do pedido, se este se der 30 dias após o início da incapacidade.

Há quanto tempo deve-se contribuir à Previdência Social para que se tenha direito à aposentadoria por invalidez?

Depende de qual foi a causa da incapacidade. Se foi a partir de doença grave ou acidente de trabalho, ou de qualquer natureza, não há carência. Nos casos de doença que não seja grave deve-se ter contribuído por pelo menos 12 meses para INSS.

Se a doença ou lesão que causa a incapacidade for anterior ao momento em que o segurado começou a contribuir para o INSS será devida a aposentadoria por invalidez?

Depende de quando surge a incapacidade. Se ela é anterior ao início da contribuição não há direito ao benefício. Já se a incapacidade se dá após o início da contribuição, por motivo de agravamento ou progressão da doença ou da lesão a aposentadoria, é devida.

Qual o valor do benefício?

É de 100% do valor do salário de contribuição, aquele sobre o qual é calculado o valor da contribuição do segurado.

Em casos em que a doença ou lesão é muito grave, acarretando a necessidade de assistência de outra pessoa em tempo integral, o segurado tem direito a um valor extra, correspondente a 25% do valor do benefício que recebe.

E) Aquisição de Medicamentos

No capítulo *Direito Brasileiro*, em “Direito à Saúde e Medicamentos”, vimos que por força da Constituição Federal (art. 196) toda pessoa possui o direito à saúde, independente de contribuição, e que a esse direito corresponde uma obrigação do Estado de promovê-lo. Vimos também que a Lei Orgânica da Saúde

(Lei 8080/90) determina que os serviços públicos de saúde (prestados por meio do SUS) sejam realizados de forma integral, o que inclui o fornecimento de medicamentos. Nesse tópico veremos o que pode ser feito para aquisição de um medicamento que seja negado pelo Estado e trataremos da política nacional de aquisição de medicamentos.

Aqueles que possuem um transtorno mental e necessitam de medicamentos, assim como seus familiares e amigos, sabem o quanto os medicamentos são caros. Justamente por serem caros é muito comum que o Estado (seja a União, os Estados, o Distrito Federal ou os Municípios) negue às pessoas com transtorno mental um medicamento que seja adequado ao seu caso e forneça um medicamento de geração anterior que, embora possa trazer alguma melhora no quadro do paciente, não possui a mesma eficácia que um medicamento moderno, ou produz muito mais efeitos colaterais. Porém, o Estado possui o dever de prestar serviços na área de saúde de modo integral, ou seja, deve fornecer o medicamento mais adequado ao tratamento da pessoa⁶³, conforme a receita médica indique.

Caso o médico receite um medicamento que o Estado não disponibiliza, o paciente pode recorrer ao Judiciário de diversas formas, amparado por um advogado. É possível utilizar o mandado de segurança contra a autoridade que negou o fornecimento do medicamento, juntando provas de que o medicamento realmente é necessário para sua saúde (ex. receita médica), como também algum documento que comprove que o medicamento não tenha sido fornecido.

⁶³ Vimos também no capítulo Direito Brasileiro, em “Direito à Saúde e Medicamentos”, que o Estado, mais do que a obrigação de fornecer medicamentos, deve fornecer o medicamento que seja mais adequado ao paciente, ou seja, aquele que seja mais eficiente na recuperação da pessoa. Assim, deve o medicamento ser aquele que em cada caso produza os melhores efeitos terapêuticos e os menores efeitos colaterais.

As associações civis constituídas legalmente⁶⁴ há mais de um ano, e que tenham entre suas finalidades alguma relação com questão debatida no Judiciário - por exemplo, uma associação de proteção às pessoas que têm esquizofrenia, que deseja que os remédios relativos a esta doença sejam fornecidos pelo Estado – têm a possibilidade de mover uma ação civil pública para este fim (ou seja, o fornecimento de determinado(s) medicamento(s) para a população em geral).

A atuação judicial também pode ocorrer por meio de representação ao Ministério Público (MP). A ABRE, por exemplo, com base nas Leis 8.080/90 e 10.216/01, entrou com representação no MP contra a Portaria 2981 MS/GM, de 26 de novembro de 2009. Esta portaria redefine as formas de fornecimento de medicação no Brasil, reduzindo a dose de dois medicamentos para esquizofrenia. No entendimento da ABRE, esta portaria se pauta principalmente por adequação de recursos financeiros e prejudica usuários do sistema de saúde que tenham esquizofrenia.

Programa para Aquisição de Medicamentos:

Pela Portaria nº 1077, do Gabinete do Ministério da Saúde, de 24 de agosto de 1999, é implantado o Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental. Viabiliza-se, assim, reorganização da rede de assistência das pessoas com transtornos mentais, estabelecendo que esses medicamentos devam existir onde houver serviços para atendimento a esses pacientes.

Este programa é financiado pelo Ministério da Saúde, a quem cabe o repasse de 80% do total dos recursos e pelos Estados, que entram com a contrapartida dos 20% restantes.

⁶⁴ São as associações da sociedade civil, organizadas conforme a lei, que defendem alguns direitos. Veja algumas delas no capítulo “órgãos responsáveis”.

Os gestores estaduais serão responsáveis pela coordenação da implementação do programa nos respectivos estados, assim como pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios.

Os medicamentos previstos no Programa são aqueles constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Grupo Terapêutico: Medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central). Para saber quais são, é necessário consultar a lista⁶⁵.

A Portaria contém a ressalva de que os estados e municípios que integrarem ao Programa poderão adquirir, por meio de recursos próprios e de forma complementar, outros medicamentos que entenderem necessários e que não estão previstos no Programa.

Integrará o Programa o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, isto é, as unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e CAPS. O Programa revela-se uma fonte regular de recursos para os municípios e estados manterem um programa de farmácia básica em saúde mental.

F) De Volta Para Casa

O Programa De Volta para Casa é uma política pública para tirar das instituições as pessoas com transtorno mental internadas em hospitais ou unidades psiquiátricas por um longo período. O objetivo do programa é reintegrar essas pessoas na socie-

⁶⁵ A lista de Medicamentos Essenciais consta no Anexo da Portaria nº 1.587 de 2002 do Ministério da Saúde. A Portaria pode ser encontrada no *site* do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), no *site* da ANVISA (www.anvisa.gov.br) ou diretamente no endereço www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1587_02.htm. Informações referentes a quais medicamentos constam da lista ainda podem ser obtidos pelo Disque Saúde: 0800 61 1997.

dade, fazendo com que elas retornem a sua casa ou se encaminhem para uma das residências terapêuticas.

O programa De Volta para Casa criou um benefício chamado de Auxílio-reabilitação Psicossocial no valor de R\$ 240,00 mensais para as pessoas com transtorno mental que cumpram os requisitos previstos em lei.

A Lei que criou esse benefício (Lei 10.708/2003) estabeleceu seu valor em reais, R\$ 240,00, e determinou que ele poderia ser reajustado pelo Poder Executivo “de acordo com a disponibilidade orçamentária”⁶⁶. Isso dificulta em muito a atualização monetária do valor, o que é comprovado pelo fato de que, até o momento da redação desta cartilha o benefício não foi reajustado.

Esse dinheiro é pago diretamente ao beneficiário ou a seu representante legal, caso seja interditado.

Quais são os requisitos para obter o benefício?

De acordo com a Lei nº 10.708 de 2003, que criou o benefício, e a Portaria GM 2.077/2003, que a regulamentou, a pessoa com transtorno mental deve cumprir todos os requisitos abaixo:

(i) Estar internada por um período igual ou superior a dois anos;

(ii) Possuir condição clínica e social de receber alta da internação;

(iii) Possuir necessidade de auxílio financeiro;

(iv) Concordar expressamente em se submeter às regras do programa;

E o Poder Público deve ainda agir para que lhe seja garantida a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

⁶⁶ Lei 10.708/2003, artigo 2º, parágrafo 1º.

Esses são os requisitos que a pessoa com transtorno mental deve preencher, porém, há ainda a necessidade do Município onde ela esteja internada ser habilitado e cadastrado junto ao Ministério da Saúde para receber a verba federal que custeia o programa. O Município somente é habilitado e cadastrado se cumprir determinadas exigências previstas em lei⁶⁷.

Qual é o procedimento para obter o benefício?

É necessário que o paciente internado, ou seu representante legal, preencha um formulário solicitando sua inclusão no Programa de Volta para Casa, juntamente com os documentos exigidos.

O gestor local do SUS designará uma junta médica para avaliar as condições do paciente de receber alta hospitalar e receber o benefício. Se o parecer for favorável, será preenchido e enviado um formulário de inclusão do solicitante no Programa ao Ministério da Saúde.

Se o solicitante do benefício estiver interdito judicialmente, necessitará então de representante legal, que deverá assinar termo de compromisso de zelar fielmente pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do Programa.

Qual é a duração do benefício? Quando ele cessa?

A duração é de um ano, mas pode ser renovado quando necessário ao cumprimento do objetivo de reintegração social do

⁶⁷ Conforme a Portaria GM 2.077/2003, artigo 3º, é habilitado pelo Ministério da Saúde o município que cumprir os seguintes requisitos: 1) ofertar ações que atendam às necessidades dos beneficiários, conforme avaliação de uma comissão estadual de acompanhamento do Programa “De para Casa”; 2) aderirem formalmente ao Programa por meio de um termo de adesão cujo modelo é trazido pela própria Portaria.

paciente. Como a lei não estabelece limite para essa renovação, não há um número máximo de vezes que isso possa ocorrer.

Por se tratar de um benefício recente e esta questão não ter chegado ainda nos Tribunais, não se sabe se está funcionando na prática desta forma.

Quanto à interrupção, estabelecem a Lei nº 10.708/2003 e a Portaria GM 2.077/2003 que o benefício pode ser suspenso pela verificação de uma das hipóteses abaixo:

(i) Quando o beneficiário solicitar a suspensão;

(ii) Quando o beneficiário for internado novamente por período igual ou superior a 30 dias no período de um ano;

(iii) Quando for cumprido o objetivo de reintegração social ou o beneficiário adquirir autonomia financeira;

(iv) Quando o representante legal não cumprir as exigências do termo de compromisso;

(v) Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 dias;

(vi) Quando o gestor local não cumprir suas obrigações relativas ao Programa.

Estabelece ainda a lei que em caso de falecimento do beneficiário o pagamento do benefício é interrompido.

G) Cooperativas Sociais⁶⁸

As Cooperativas Sociais não são propriamente um serviço de atenção em saúde mental, porém, sua inclusão nesse tópico

⁶⁸ Embora as Cooperativas Sociais não sejam propriamente um benefício da área da saúde mental, optamos por abordá-las neste capítulo pelo fato de representarem um direito, uma vantagem concedida pela lei às pessoas com transtorno mental para que tenham mais força na luta pela inserção no mercado de trabalho.

justifica-se por ser um importante instrumento de integração e inclusão social, de aquisição de independência econômica e promoção da dignidade humana das pessoas com transtorno mental, entre outras.

Podemos definir uma cooperativa como a união de pessoas (ou uma forma de associação) para, somando seus esforços, realizarem uma mesma atividade com o intuito de melhorarem sua condição de trabalho. A Lei 5.764/1971 – que trata da política nacional de cooperativismo – define uma cooperativa como uma associação civil sem fins lucrativos, criada para prestar serviços a seus associados (participantes), sem que haja qualquer relação de emprego entre os associados e a cooperativa. A Lei 5.764/71 criou quatro tipos de cooperativa, mas a cooperativa social somente foi criada pela Lei 9.867/1999.

Não é qualquer pessoa que pode participar de uma Cooperativa Social, nem é qualquer atividade que pode ser prestada por essa associação. O trecho da Lei 9.867/1999 – que criou a Cooperativa Social – transcrito abaixo – diz quais são as atividades permitidas e quem pode formar a cooperativa:

Lei 9.867/1999	
Art. 1º	As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho, fundando-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:
Inciso I	a organização e gestão de serviços socioassistenciais e educativos;
Inciso II	o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.
Art. 3º	Consideram-se pessoas em desvantagens,

	para os efeitos desta lei:
Inciso I	os deficientes físicos e sensoriais;
Inciso II	os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
Inciso III	os dependentes químicos;
Inciso IV	os egressos de prisões;
Inciso VI	os condenados a penas alternativas à detenção;
Inciso VII	os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

As Cooperativas Sociais devem executar programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar a produtividade dessas pessoas e sua independência econômica e social, além de organizar seu trabalho de modo a minimizar as dificuldades gerais e individuais, principalmente em relação às instalações, horários e jornadas.

O grande mérito das Cooperativas Sociais refere-se ao fato de serem um importante instrumento de integração e inclusão social, de aquisição de independência econômica e promoção da dignidade humana das pessoas com transtorno mental, entre outras, consideradas pela lei “em desvantagem no mercado de trabalho”, além de ser uma forma de estimular programas de trabalho assistido para essas pessoas.

V. SAÚDE MENTAL NOS TRIBUNAIS

Nesse capítulo serão relatadas e analisadas algumas decisões dos tribunais brasileiros relativas à saúde mental. Mais do que ilustrar a teoria trazida por esta cartilha, esse tópico do trabalho possui como função aproximar o leitor das decisões judiciais.

A) Capacidade Civil

Vimos que nem todas as pessoas podem praticar atos jurídicos (tais como a compra e venda, a doação e tantos outros) sem a representação ou assistência de um responsável por falta-lhes o completo entendimento acerca dos atos que praticam. Esse pode ser o caso de algumas pessoas com transtorno mental. Deve-se ressaltar que a transtorno mental não é sinônimo de incapacidade para os atos da vida civil, sendo este um caso extremo.

Os tribunais têm entendido que, embora não tenha sido feita a interdição, o ato praticado por essas pessoas pode ser anulado, desde que provada a falta de entendimento no momento dessa prática e o prejuízo decorrente do ato.

O Supremo Tribunal Federal, por exemplo, anulou um ato praticado por pessoa considerada incapaz de compreender os atos que praticava, embora não houvesse sido interditada, uma vez que tal ato lhe causou prejuízo e foi provado no processo que os atos foram praticados quando o indivíduo já revelava possuir o transtorno mental.

(Supremo Tribunal Federal, Recurso Extraordinário nº 82311, Relator: Min. Cordeiro Guerra, Órgão Julgador: Segunda Turma, Julgamento: 01/04/1977).

B) Casamento

Vimos que o casamento pode ser anulado em razão de um dos cônjuges (marido ou mulher) possuir um transtorno mental que possa colocar em risco a saúde e a integridade de seu consorte ou de seus descendentes, desde que o transtorno seja desconhecido na época do casamento.

Como exemplo dessa possibilidade, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul anulou um casamento, uma vez que a esposa possuía transtorno mental capaz de colocar em risco a saúde e integridade do marido ou dos seus filhos, sendo que tal transtorno existia antes do casamento e era desconhecido pelo marido no momento do matrimônio.

(Tribunal de Justiça do RS, Reexame Necessário nº 595168444, Oitava Câmara Cível, Relator: Eliseu Gomes Torres, Julgado em 08/08/1996).

Note-se que na hipótese do marido saber, no momento do casamento, da existência do transtorno mental de sua esposa ou no caso desse transtorno ser adquirido após o matrimônio não há possibilidade alguma de anulação do casamento em razão do transtorno.

Lembramos que o transtorno mental na maioria dos casos não impossibilita a pessoa de se casar e viver em harmonia com a família. Esse contato familiar é inclusive benéfico para a inclusão da pessoa com transtorno mental e para o bem estar da própria família. Por este motivo a anulação de casamento deve feita somente em casos extremos, em que haja risco para a integridade do outro cônjuge ou para a prole.

C) Curatela

Vimos que, em casos extremos, as pessoas sem a compreensão completa dos atos que praticam, podem ter um curador nomeado pelo juiz, em processo de interdição, para agirem em seu nome e na defesa de seus interesses. Vimos também que toda pessoa humana possui o direito a um tratamento digno. Assim, o curador é obrigado a tratar a pessoa sob sua responsabilidade garantindo sua dignidade.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, em processo proveniente de Campinas, negou pedido de mudança de curador, uma vez que foi provado por testemunhas que o novo curador não possuía condições psicológicas suficientes para cuidar do interditado e que na época em que cuidou deste deixava-o num quarto nos fundos da casa, isolando-o do convívio social e não raramente ofendia-o verbalmente. Além das testemunhas foi importante para a decisão do juiz a opinião da assistente social do Poder Judiciário em sentido contrário à mudança do curador.

(Tribunal de Justiça de São Paulo, Apelação Cível nº 206.805.4/0 da Comarca de Campinas, Desembargador Relator Rodrigues de Carvalho, Acórdão registrado sob o nº 411761).

D) Medida de Segurança e Tratamento em Liberdade.

Conforme já exposto nesta cartilha, o Direito Penal prescreve que o inimputável (aquele que não pode ser responsabilizado por seus atos), ao praticar conduta criminosa punida com reclusão, deve sofrer a medida de segurança de internação psiquiátrica em hospital de custódia. Porém, como também já exposto, o juiz pode, ao invés de aplicar a medida de segurança, determinar que o inimputável (inclusive as pessoas com transtorno mental

que não tenham consciência dos seus atos no momento em que os praticam) cumpra em liberdade o tratamento mais adequado a seu caso. Temos abaixo três decisões, sendo a primeira oposta às duas últimas. Ressaltamos que, sob a ótica dos Direitos Humanos, a segunda e a terceira – que permite o tratamento em liberdade - é a mais adequada, principalmente após a promulgação da Declaração de Caracas e da Lei 10.216/2001.

O Tribunal Regional Federal da 1ª Região, em processo proveniente da Bahia, não condenou um réu que havia praticado conduta descrita na lei como crime, por ser pessoa com esquizofrenia e estar no momento da prática do crime incapaz de compreender que não poderia praticar aquela conduta. Porém, o Tribunal entendeu que a pessoa apresentava “periculosidade para a tranquilidade social”, evidenciada pela conduta ilícita, e determinou que ela se submetesse à medida de segurança de internação em hospital de custódia até que fosse “verificada a melhora do estado de enfermidade”, o que seria apurado em perícia médica realizada semestralmente.

(TRF – Primeira Região, Apelação Criminal nº 01167063, Terceira Turma, Relator: Juiz Vicente Leal. Julgamento de 02/12/1991).

O Tribunal Regional Federal da 4ª Região, em processo proveniente do Rio Grande do Sul, não puniu pessoa com transtorno mental que havia praticado conduta criminosa, pelos mesmos motivos da decisão acima descrita. Porém, ao invés de determinar a internação em hospital de custódia – como previsto no Código Penal – decidiu pelo tratamento ambulatorial em liberdade, a ser cumprido nos estabelecimentos do SUS previstos na Lei 10.216/2001. O Tribunal ressaltou que a pessoa com transtorno mental tem “direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as suas necessidades; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental,

a fim de que possa ser reinserido socialmente em seu meio”, conforme manda a Lei acima citada.

(TRF – Quarta Região, Apelação Criminal nº 11863, Oitava Turma, Relator: Juiz Paulo Afonso Brum Vaz. Decisão de 05/11/2003).

Como já referido no item *Imputabilidade Penal*, na pergunta “Em que casos se aplicam cada uma das medidas de segurança”, o Código Penal não permite explicitamente que se aplique a medida de tratamento ambulatorial para os crimes cuja pena seja de reclusão, porém, como também já foi dito naquele mesmo item, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que “a medida de segurança, enquanto resposta penal adequada aos casos de exclusão ou de diminuição de culpabilidade previstos no artigo 26, caput e parágrafo único, do Código Penal, deve ajustar-se, em espécie, à natureza do tratamento de que necessita o agente”. E justificou o entendimento nos seguintes termos: “é o que resulta da letra do artigo 98 do Código Penal, ao determinar que, em necessitando o condenado à pena de prisão de especial tratamento curativo, seja imposta, em substituição, a medida de segurança de tratamento compulsório, em regime de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em regime ambulatorial, atendida sempre, por implícito, a necessidade social”.

(STJ – Sexta Turma, Recurso Especial 324091 / SP, Relator: Ministro Hamilton Carvalho. Decisão de 16/12/2003)

Com essa decisão, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), em acertado entendimento, demonstrou que a medida de segurança é imposta à pessoa que, embora tenha cometido um fato definido como crime, na verdade, quando o cometeu, agiu sem culpa e, conseqüentemente, não merece uma punição, mas sim o tratamento mais adequado a sua situação, ou seja, aquele que melhor possa contribuir para a cura, ou controle, de seu transtorno. E - mais interessante ainda - o STJ se baseou para esse enten-

dimento no próprio Código Penal, o que demonstra a toda a sociedade, e aos operadores do direito, que a medida de segurança possui, ao menos desde 1984, quando houve a reforma do Código Penal, um caráter eminentemente curativo, ou seja, deve visar preponderantemente à cura da pessoa e não uma punição.

E) Trabalho e Relação de Emprego

No capítulo *Saúde Mental no Direito Brasileiro* vimos que a legislação nacional praticamente não trata da relação de emprego das pessoas com transtorno mental. Esse problema da legislação não foi suprimido pela Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.2136/2001), nem pela Declaração de Caracas, muito embora a Lei 9.867/1999 tenha criado as Cooperativas Sociais para as pessoas que saem de hospitais psiquiátricos, e para outras pessoas consideradas pela própria lei como vulneráveis.

Diante dessa omissão legislativa, nos casos que chegam aos tribunais, é possível perceber diversas questões relativas à relação de emprego das pessoas com transtorno mental e algumas soluções para essas questões. Essa é a razão do presente tópico.

Um dos motivos de falta grave que acarreta em demissão com justa causa é o abandono do emprego. Porém, para se considerar o abandono, são analisados pelo juiz se havia a intenção por parte do empregado em abandonar o emprego e se o não comparecimento foi devido a algum motivo capaz de justificar a ausência. Portanto, se a pessoa abandonou o emprego porque tinha algum transtorno mental que não a permitisse ter consciência do ato que estava praticando, da gravidade da falta, não há razão para ser dispensada por justa causa. (Nesse sentido confira: Tribunal Regional do Trabalho, 20^a REGIÃO: RO 1936/1997).

Uma vez dispensada por justa causa, a pessoa que diz ter algum transtorno mental e que afirma ter praticado as faltas graves que lhe foram imputadas em serviço em virtude do alegado

transtorno, deve provar, através de laudos, prescrições médicas e testemunhas, que o transtorno que possui levou-a a agir imprópriamente. (Nesse sentido confira: Tribunal Regional do Trabalho 20ª REGIÃO: RO 405/2002).

É nulo o ato pelo qual o empregador afasta do trabalho o empregado, cuja condição de “alienado mental” mostra-se provada, induzindo o empregado a assinar pedido de licença para tratar de interesses particulares, sem remuneração. Diante do comportamento extravagante do empregado, não se admite que o empregador o leve a se afastar temporariamente e de forma não remunerada, quando na verdade deve encaminhá-lo para tratamento médico. (Nesse sentido confira: Tribunal Regional do Trabalho 18ª REGIÃO: RO 1706/2000).

Para alegar a nulidade de notificação em processo judicial, argumentando que a pessoa que a recebeu possui transtorno mental, é necessário juntar documentos que comprovem tais fatos, tais como receitas médicas atuais, comprovante de atendimento em unidades de assistência psicossocial, documentos que informem o nome do transtorno, o CID, e, mesmo assim, ainda deve-se provar ou ter fortes indícios de que a pessoa, na hora em que recebeu a notificação por Correio, estava passando por um momento de crise do transtorno. (Nesse sentido confira: Tribunal Regional do Trabalho 18ª REGIÃO: RO 2972/97).

F) Auxílio-Doença

Vimos que o auxílio-doença é devido aos segurados da Previdência Social que se tornaram impossibilitados de exercer sua atividade profissional por mais de 15 dias e que a aposentadoria por invalidez é devida ao segurado impossibilitado permanentemente para o exercício de qualquer atividade profissional. Vimos também que para a concessão desses benefícios não é necessária a interdição.

O Tribunal Regional Federal condenou o INSS a restabelecer o benefício de auxílio-doença a pessoa com transtorno mental impossibilitada de compreender os atos que praticava, tendo sido inclusive interditada. Ordenou também que o INSS convertesse esse benefício para o de aposentadoria por invalidez, uma vez que foi demonstrada a impossibilidade permanente para o exercício de qualquer atividade profissional e para a reabilitação profissional.

(Tribunal Regional Federal da 5^o Região, Apelação Cível nº 316.035, Órgão Julgador: Segunda Turma, Relator Desembargador Federal Petrucio Ferreira Data da decisão: 14/09/2004, Publicado no DJ de 25/11/2004).

G) Benefício de Assistência Continuada

Conforme exposto anteriormente nesta cartilha, a lei brasileira somente concedeu expressamente esse benefício aos idosos (maiores de 65 anos) e às pessoas com deficiência. Como já ressaltamos, a não concessão desse benefício para outras pessoas em situações semelhantes não é razoável. Assim, a exemplo da decisão abaixo, alguns tribunais têm concedido o benefício também às pessoas com transtorno mental.

O Tribunal Regional Federal da 5^a Região, em processo proveniente de Sergipe, rejeitando pedido do INSS, decidiu pela concessão do benefício à pessoa com transtorno mental em condição financeira desfavorável. A decisão ressaltou que, havendo o transtorno mental, “não há como deixar de reconhecer a responsabilidade do INSS em garantir-lhe o pretendido benefício”.

(TRF – Quinta Região, Agravo de Instrumento nº 36065, Segunda Turma, Relator: Desembargador Federal Petrucio Ferreira. Decisão de 23/04/2003).

A lei exige para a concessão do Benefício de Assistência Continuada que a pessoa possua renda *per capita* máxima de $\frac{1}{4}$

do salário mínimo, o que é um valor muito baixo. A seguir, há uma decisão judicial que entende não ser necessária essa renda máxima, mas sim uma condição econômica desfavorável, o que se costuma chamar de “estado de pobreza”.

O Tribunal Regional Federal da Terceira Região, em processo proveniente de São Paulo, concedeu o benefício à pessoa com deficiência mental que “vive em estado de pobreza”, sendo mantida pelo marido doente, com renda de auxílio doença no valor de R\$ 264,79. Sendo esse valor dividido pelas duas pessoas, cada uma delas teria, como renda *per capita* mais de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, porém entendendo que o casal vivia “em estado de pobreza” o Tribunal concedeu o benefício.

O trecho a seguir, retirado do julgamento, demonstra muito bem o acerto da decisão: “o rigor na aplicação da exigência da renda mínima [até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo] tornaria inócua a instituição desse benefício de caráter social, tal o grau de penúria em que se deveriam encontrar os beneficiários”.

(TRF – Terceira Região, Apelação Cível nº 900379, Nona Turma, Relator: Juíza Marianina Galante. Decisão de 30/08/2004).

Nesse tópico é importante citar uma decisão do Supremo Tribunal Federal. Por meio de uma Ação Direita de Inconstitucionalidade – a ADI nº 1.232-1 – tentou-se derrubar o requisito legal da renda mensal igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo alegando que ele seria inconstitucional, pois restringiria os casos de concessão do benefício de forma mais rígida do que pretendia a Constituição. Porém, em 1998, o Supremo decidiu que esse requisito não é inconstitucional e, desde então, todos os outros tribunais e juízes seguem essa orientação.

H) Aposentadoria por Invalidez

Os benefícios da Previdência Social somente são concedidos aos segurados, ou seja, aqueles que contribuem para o custeio desse sistema. Assim, uma pessoa que tenha perdido a qualidade de segurado, a princípio, não teria direito a tais benefícios. Porém, conforme o caso que se segue, nossos tribunais têm atenuado o rigor da lei.

O Tribunal Regional Federal da Terceira Região, em processo proveniente do Estado de São Paulo, concedeu aposentadoria por invalidez para pessoa com deficiência e transtorno mental que a impossibilitava para qualquer atividade profissional, embora ela tivesse perdido a qualidade de segurada há alguns anos.

O INSS argumentou, entre outras coisas, que essa pessoa não exercia mais atividade profissional e não contribuía mais para a Previdência Social há alguns anos, não sendo então segurada e, conseqüentemente, não tendo direito à aposentadoria por invalidez. Porém, o Tribunal entendeu que a interrupção da atividade profissional e da contribuição, em razão de transtorno mental, não retirava da pessoa a qualidade de segurado, conforme o trecho a seguir, nos próprios termos do julgamento: “Se o segurado deixa de trabalhar e contribuir por conta de moléstia mental - oligofrenia - que o acomete desde o nascimento, isso se dá quando o infeliz doente atinge um nível de insuportabilidade do desempenho laborativo, e por tal razão não perde a condição de segurado e faz por merecer a aposentadoria por invalidez”.

(TRF – Terceira Região, Apelação Cível nº 347155, Quinta Turma, Relator: Juiz Johnson Di Salvo. Decisão de 21/11/2000).

I) Medicamentos

Vimos que todas as pessoas possuem direito à vida e à saúde e que é dever do Poder Público (tanto do governo federal, quanto do estadual e municipal) promovê-lo.

O Superior Tribunal de Justiça, em processo contra o Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais ordenou a esse Estado que fornecesse os medicamentos indispensáveis ao tratamento de pessoa com deficiência mental, hemiatrofia, epilepsia, tricotilomania e transtorno orgânico da personalidade. O Tribunal fundamentou sua decisão na afirmação de que é direito de todos e dever do Estado assegurar aos cidadãos a saúde, adotando políticas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e permitindo o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (arts. 6º e 196 da CF).

(STJ, Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 13.452 - MG (2001/0089015-2), Primeira Turma, Relator Ministro Garcia Vieira, Data do julgamento: 13/08/2002).

Hoje a dispensação de medicamentos é regulada pela Portaria 2981 MS/GM, de 26 de novembro de 2009, que redefine como os medicamentos são fornecidos nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Esta portaria reduz as doses de medicamento anteriormente previstas. Considerando que sub-doses podem prejudicar de forma severa a saúde dos usuários, é possível avaliar o cabimento de ações judiciais para garantir o direito destes usuários ao melhor tratamento para suas necessidades.

J) Internação em Hospital Psiquiátrico

Vimos que o paciente internado possui direito à vida, ao melhor tratamento médico disponível e de ser tratado de forma digna.

O Tribunal Regional Federal da Quarta Região condenou o Estado ao pagamento de indenização aos familiares de paciente que, em razão de transtorno mental foi internado em estabelecimento psiquiátrico, e que veio a falecer devido a agressões ali sofridas por pessoa desconhecida. O Tribunal entendeu que o serviço de saúde era prestado de forma ruim pelo hospital público e que houve transgressão pelo Estado de seu dever de guarda do paciente.

(Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Apelação Cível, Processo nº 89.04.17910-6/RS, Órgão Julgador: 3ª Turma, Relator Silvio Dobrowolski, Data da decisão: 26/11/1991, Publicado no DJ de 15/04/1992).

L) Saúde, Direito do Cidadão, Dever do Estado

Como foi dito, toda pessoa humana tem direito à vida e à saúde, correspondendo ao Estado o dever de promovê-los. Nesse sentido, temos uma interessante decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Vejamos:

O Tribunal, em ação movida pelo Ministério Público Estadual contra o Estado do Rio Grande do Sul e o Município de Viamao, no mesmo Estado, determinou que estes dois últimos cumprissem o requerimento do Ministério Público de internar pessoa usuária de drogas em hospital psiquiátrico para tratamento de desintoxicação. O Tribunal entendeu que, devido à obrigação do Estado de promover a vida e saúde, a pessoa deveria ser internada, independentemente de dificuldades financeiras do Estado. Nas próprias palavras do Tribunal: “Importante assinalar que os artigos 196 e 197 da Constituição Federal e 241 da Constituição Estadual consagram o direito de todos às prestações necessárias à preservação da vida, que é dever do Estado, sem embargo das limitações orçamentárias (art. 165 e 167 da Constituição), ou seja,

limitações e dificuldades orçamentárias não fornecem pretexto idôneo para negar o direito à vida (art. 5º da Constituição Federal)” (grifo nosso).

(TJ/RS, Agravo de Instrumento nº 70009036971, 21ª Câmara Cível, Relatora: Desembargadora Liselena Schifino Robles Ribeiro. Decisão de 14/06/2004)

VI. ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS

A) INSS (DISQUE-PREV)

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é o órgão do governo federal responsável pela arrecadação e a gestão das contribuições à Previdência Social em todo o Brasil. Para tornar-se segurados da Previdência deve-se filiar ao INSS, pessoalmente em um de seus postos de atendimento, pela internet através de seu site ou pelo telefone do disqueprev (vide o capítulo Informações Úteis).

É no INSS que os segurados da Previdência obtêm os benefícios a que possuem direito e realizam os exames médicos eventualmente necessários para a concessão do benefício. O procedimento específico para a concessão de cada benefício junto ao INSS deve ser consultado por um dos meios descritos no capítulo *Como Reivindicar Seus Direitos*.

B) SUS

Ainda na década de 1980, em plena ditadura militar, surgiram movimentos sociais que procuravam efetivar ou consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial, iniciada na segunda metade dos anos setenta. Esses movimentos pretendiam atender às proposições formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência de Alma-Ata em 1978, que pretendia “Saúde para Todos no Ano de 2000”.

A Constituição Federal de 1988 consolida essa luta política estabelecendo, entre outros, três grandes princípios norteadores da organização, da administração e do atendimento do SUS. São eles, respectivamente, a descentralização administrativa, a gestão democrática e o atendimento universal.

Como vimos no capítulo *Direitos Humanos e Saúde Mental*, a saúde é um direito de toda pessoa humana que deve ser garantido pelo Estado. Quando falamos em Estado nos referimos às três esferas federativas (União, Estados e Distrito Federal, além dos municípios). Isso significa que todas as esferas do governo são responsáveis pelo atendimento universal do SUS, ou seja, pelo atendimento de todas as pessoas que necessitem de um serviço médico, curativo ou preventivo, independente de qualquer tipo de contribuição financeira à Seguridade Social ou de pagamento pelo serviço médico.

Intimamente relacionado ao dever de todo o Estado prestar a assistência universal à saúde tem-se o princípio da descentralização administrativa. Significa isso que cada esfera do governo possui uma direção administrativa própria. Assim existe um gestor municipal da saúde para cada município, um estadual para cada estado, um para o Distrito Federal e um gestor nacional. Ainda relativo a esse princípio, determina a Constituição que os recursos financeiros do SUS devem provir da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Quanto à gestão do SUS, a Constituição, consagrando o princípio da democracia, determina que ela seja feita com participação de representantes dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo.

C) Ministério Público⁶⁹

O Ministério Público é o órgão responsável pela defesa dos direitos e interesses da sociedade, o chamado interesse público. Seus representantes, os Procuradores e Promotores, atuam na proteção dos direitos que são garantidos pela Constituição Federal, fiscalizando seu cumprimento pelos Poderes Públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário).

Assim, quando os direitos de uma pessoa com transtorno mental forem desrespeitados por sua família, pela sociedade ou pelo próprio Estado, ela deve ir até um Promotor ou Procurador e denunciar o fato. O Ministério Público, então, poderá iniciar um inquérito civil, para verificar se a violação do direito ocorreu mesmo e para identificar os possíveis responsáveis. Se ficar comprovado o desrespeito a um direito garantido por lei, esse órgão poderá entrar com uma ação civil pública perante o Judiciário, para proteger os direitos que estão sendo violados.

É importante saber que o Ministério Público deve ser informado não apenas das violações dos direitos, mas também da falta de atuação dos poderes públicos na área de saúde mental. É o caso, por exemplo, de governos que se recusam a implementar políticas públicas beneficiando as pessoas com transtornos mentais.

Um órgão especial do Ministério Público é a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, responsável pela defesa de direitos constitucionais como igualdade, dignidade, saúde, educação, acessibilidade, assistência social e acesso à justiça, entre outros. A Procuradoria está, portanto, totalmente legitimada para atuar na área da saúde mental.

A pessoa que desejar levar uma violação de direito ao conhecimento de um Promotor ou Procurador deve fazer um docu-

⁶⁹ Para saber os endereços e telefones de contatos do Ministério Público, consultar o item “Informações Úteis”.

mento escrito, chamado de representação, contando o problema e pedindo providências, ou deve comparecer pessoalmente ao Ministério Público, onde seu depoimento será tomado.

Existem diferentes Ministérios Públicos: O Ministério Público dos Estados, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Trabalho. Todos são responsáveis pela defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos, mas por uma questão de divisão do trabalho, o Ministério Público do Trabalho lida somente com questões relacionadas à relação de emprego e o Ministério Público Federal age somente quando a União Federal está envolvida de alguma forma. Assim, por exemplo, um caso de trabalho escravo é do âmbito do Ministério Público do Trabalho. Já uma reclamação contra o INSS deve ser feita no Ministério Público Federal. Aquilo que não seja atribuições de nenhum desses Ministérios Públicos, pertence à atuação do Ministério Público Estadual.

D) Defensorias Públicas⁷⁰

Assim como os Ministérios Públicos, existem as Defensorias Públicas Estaduais e a Defensoria Pública Federal. As defensorias são órgãos responsáveis por defender no Judiciário os hipossuficientes, ou seja, aqueles que não têm condições financeiras de contratar um advogado sem comprometer a sua subsistência, ou de sua família. Os defensores públicos atuam gratuitamente.

Nas situações em que não é possível acessar os serviços da Defensoria Pública, existem outros órgãos administrativos que podem fazer o atendimento, além de advogados dativos, que são indicados pelo juiz para atuar em um caso específico, quando a pessoa não tem quem a defenda.

⁷⁰ Para saber os endereços e telefones de contatos das Defensorias Públicas e Procuradoria de Assistência Judiciária, consultar o item “Informações Úteis”.

E) OAB – Ordem dos Advogados do Brasil⁷¹

A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) também zela pelos direitos estabelecidos na Constituição Federal e em leis federais e estaduais, podendo agir em benefício das pessoas com transtornos mentais. Na estrutura interna da Ordem, há a Comissão Nacional de Direitos Humanos (cndh@oab.org.br) que apura as violações desses direitos, a Comissão Nacional de Direitos Difusos e Coletivos, que visa a opinar sobre as propostas de lei que tratem de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos e há, ainda, a Comissão de Direitos Sociais, que recebe notícias e reclamações de ameaça ou violação de direitos sociais (como o direito à saúde) e que pode agir de ofício, ou seja, por iniciativa própria.

A OAB tem Conselhos Seccionais em cada estado do Brasil e subseções em várias cidades, sendo que esses órgãos também podem receber informações sobre violações dos direitos das pessoas com transtorno mental.

É também a OAB quem cadastra os advogados dativos, aqueles que atuarão em casos de pessoas que não têm advogados particulares.

F) Organizações da Sociedade Civil⁷²

As organizações da sociedade civil desenvolvem um importante papel social nos mais diversos ramos de atuação. Há organizações que trabalham em prol da educação, do esporte, das pessoas com transtornos mentais, dos “sem-teto”, dos “sem-

⁷¹ Para saber os endereços e telefones de contatos da Ordem dos Advogados do Brasil, consultar o item “Informações Úteis”.

⁷² Para saber os endereços e telefones de contatos das Organizações da Sociedade Civil, consultar pesquisa no site da ABRE.

terra”, do meio ambiente, da igualdade entre homens e mulheres, da igualdade entre as diferentes etnias, dos direitos humanos de modo genérico etc.

Essas organizações agem na defesa de interesses públicos, podendo ser em parceria com o Estado, complementarmente a ele e, muitas vezes, em áreas em que o Poder Público demonstra ser omissa ou insuficiente. Justamente por desenvolver um papel social de extrema relevância pública, mas sem se confundirem com o Estado, que elas são genericamente conhecidas como Organizações Não-Governamentais (ONGs).

Mais recentemente se tem reconhecido o papel das Organizações Não-Governamentais na produção de conhecimento nas mais variadas áreas e a influência desses estudos na criação e no controle das políticas públicas e na promoção da inclusão social.

No Brasil existe, embora em número relativamente pequeno, uma série de Organizações Não-Governamentais que desenvolvem atividades em prol das pessoas com transtorno mental. Algumas oferecem atendimento médico e desenvolvem atividades inclusivas, outras buscam desenvolver políticas públicas etc. No tópico seguinte há uma lista, com o contato, das principais organizações da sociedade civil brasileiras que lidam com saúde mental.

VII. INFORMAÇÕES ÚTEIS

A) Ministério da Previdência Social

Realiza os serviços relativos à previdência social, dentro do âmbito do sistema de seguridade social.

Site: www.previdenciasocial.gov.br

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco F, Brasília – DF, CEP: 70059-900

Fone: (61) 3317-5000

PREVfone: 0800-78-0191

O PREVfone é um serviço gratuito disponibilizado para todo o Brasil pelo número de telefone acima. As ligações podem ser feitas de qualquer telefone, inclusive públicos.

Esse serviço oferece, entre outras, informações sobre o funcionamento e localização das agências da região de qualquer cidadão, a situação de seu benefício, os benefícios existentes e sua legislação, como fazer a contribuição, as normas de arrecadação e sobre o empréstimo consignado para aposentados e pensionistas.

Por meio do PREVfone ainda é possível fazer a inscrição na Previdência Social, elogios, sugestões e reclamações, bem como denunciar irregularidades na Previdência e a sonegação de contribuições.

B) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Realiza os serviços relativos à assistência social, dentro do âmbito do sistema de seguridade social.

Site: www.mds.gov.br

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco C, Brasília – DF, CEP: 70059-900

Fone: 0800-7072003

Secretarias Estaduais Relacionadas à Assistência Social

Estado	Telefone	Endereço	Site
AC - Secretaria de Estado de Assistência Social	(68) 3227-9100	Avenida Nações Unidas, n° 2731 – Estação Experimental (Antigo Prédio da Funbesa) – CEP 69912-600	www.ac.gov.br
AL - Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social	(82) 3315-2881 / 2882 / 2883 / 2884	Av. Comendador Calaça, n.º 1399 – Bairro Poço CEP 57025-640	www.assistenciasocial.al.gov.br (em manutenção)
AM – Secretaria de Estado de Assistência Social	(92) 648-0655 / 0657	Av. Darcy Vargas, n.º 77 – Bairro Chapada CEP: 69050-020	www.seas.am.gov.br
AP – Secretaria Especial de Desenvolvimento Social	(96) 3212-4175	R. Tiradentes, 263 – Centro – CEP 68906-380	www.amapa.gov.br
BA – Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à pobreza (SEDES)	(71) 3115-6194	Av. 3, 390 – Plataforma IV, Ala Norte, 1º andar – CAB – Salvador. CEP 41745-005	www.sedes.ba.gov.br
CE – Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento	(85) 3101-1571 / 2132 / 2130 / 2119	R. Soriano Albuquerque, 230, Joaquim Távora, Fortaleza – CE, CEP 60130-160	www.stds.ce.gov.br
DF – Secretaria de Estado de Desenvol-	(61) 3355-8628	QNG 18 – AE 1 – LT 22 – Bloco 05 / Sala 05 – Centro Administrativo do	www.df.gov.br

vimento Social e Transferência de Renda		Governo - Taguatinga Norte / DF – CEP 72118-900	
ES – Secretaria de Estado de Desenvolvimento (SEDES)	(27) 3380-2185	Av. Nossa Senhora da Penha, 714 – 3º andar – Edifício RS Trade Tower – Praia do Canto – Vitória / ES – CEP 29055-918	www.sedes.es.gov.br
GO – Secretaria de Cidadania e Trabalho	(62) 3201-8683	Av. Universitária, 609, Praça Universitária, Goiânia – GO, CEP 74605-010	www.cidadaniaetrabalho.goias.gov.br
MA – Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social (SEDES)	(98) 3218-8391 / 3227-5730	Av. Jerônimo de Albuquerque, Ed. Clodomir Milet, 2º andar, São Luís – MA, CEP 65074-220	www.sedes.ma.gov.br
MG – Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social (SEDESE)	(31) 3348-4400	R. Martim de Carvalho, 94, Santo Agostinho, Belo Horizonte – MG, CEP 30190-090	www.social.mg.gov.br
MS - Secretaria de Estado do Trabalho, Assistência Social e Economia Solidária	(67) 3318-4100	Parque dos Poderes, Bloco 3, Jardim Veraneiro, Campo Grande – MS, CEP 79031-902	www.setass.ms.gov.br
MT - Secretaria de Trabalho,	(65) 3613-5700	Av. Transversal, s/nº Centro Político Administrativo,	www.setec.mt.gov.br

Emprego, Cidadania e Assistência Social		Cuiabá – MT, CEP 78050-970	
PA – Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social (SE-DES)	(91) 3219-4420 / 6301	Av. Pedro Miranda, 1666 – Belém / PA – CEP 66080-000	www.pa.gov.br
PB – Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano	(83) 3218-6640	Rua Desembargador Souto Maior, 288, Centro, João Pessoa – PB – CEP 58013-190	www.setras.pb.gov.br
PE – Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos	(81) 3231-0083	Av. Cruz Cabugá, 665, Santo Amaro, Recife - PE, CEP 50040-000	www.sdsc.pe.gov.br
PI - Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania (SASC)	(86) 3221-1677 / 5977 / 5711 / 9160	Rua Acre, 340, Norte, Bairro Cabral, Teresina – PI, CEP 64001-650	www.piaui.pi.gov.br
PR – Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social	(41) 3883-2500	R. Pedro Ivo, 750 – Centro – Curitiba / PR – CEP 80010-020	www.sine.pr.gov.br/setp/index.php
RJ – Secretaria de Estado de Assistência	(21) 2299-5451 / 5697	R. Pinheiro Machado, s/no, 6º Andar – Sala 609, Anexo do Palácio	www.social.rj.gov.br

Social e Direitos Humanos		da Guanabara, Bairro Laranjeiras, CEP 22231-901	
RN - Secretaria do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social	(84) 3323-1813 (Recepção Assessoria Técnica)	Centro Administrativo do Estado, Br 101 Km 0, Bairro Lagoa Nova, Bloco II, Natal – RN, CEP 59064-901	www.sethas.rn.gov.br
RO - Fundação de Assistência Social (FAZER)	(69) 3216 – 5394 / 5395 / 5215 3229-6570 / 4062 / 2624	R. Padre Chiquinho, 670, Bairro Pedrinhas, Esplanada das Secretarias, Porto Velho – RO, CEP 78903-038	www.rondonia.ro.gov.br
RR – Secretaria Extraordinária de Promoção Humana e Desenvolvimento	(95) 3621-3600 / 3661	R. Alfredo Cruz, 1057 – Centro – CEP 69300-000 – Boa Vista / RR	
RR – Secretaria de Estado do Trabalho e Bem-Estar Social	(95) 2121-2600	Av. Mário Homem de Melo, 2310, Macejana, Boa Vista – RR	www.setrabes.rr.gov.br
RS – Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social	(51) 3288-6400	Centro Administrativo Fernando Ferrari, Av. Borges de Medeiros, 1501, 8º Andar, Porto Alegre - RS	www.stcas.rs.gov.br
SC – Secretaria Executiva de Políticas Sociais e Combate à	(48) 3229-3604	Av. Mauro Ramos 722, Centro Florianópolis – SC, CEP 88020-302	www.sc.gov.br

Fome			
SE – Secretaria de Estado de Inclusão, Assistência e Desenvolvimento Social	(79) 3214-3266	R. Santa Luzia, 680, Bairro São José, Aracajú – Sergipe, CEP 49015-190	www.seides.se.gov.br
SP - Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SE-ADS)	(11) 6763-8000	R. Bela Cintra, 1032, 11º Andar, São Paulo – SP, CEP 01415-000	www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br
TO – Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social	(63) 3218-1900	Praça do Girassóis, Esplanada das Secretarias, Centro, Palmas – TO, CEP 77001-902	www.to.gov.br/setas

C) Ministério da Saúde

Disque-Saúde: 0800 61 1997

O Disque-Saúde é um serviço telefônico gratuito que funciona 24 horas por dia, todos os dias. As ligações podem ser feitas inclusive de telefones públicos.

O Disque-Saúde fornece informações sobre doenças e orientação de saúde, ações e políticas públicas, principais hospitais e centros de atendimentos em saúde em cada município ou região, legislação, campanha “Brasil sorridente” e farmácia popular.

Web Site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Ouidoria do SUS: canal direto e de livre acesso para críticas, reclamações, sugestões, elogios e denúncias relativas às ações e serviços de saúde em geral e, em particular, ao Sistema Único de Saúde - SUS e ao Ministério da Saúde.

Web Site da ouvidoria do SUS:

http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1003

Contato: A Secretaria Municipal de Saúde é a representação do Ministério da Saúde na sua cidade para fazer o tratamento das demandas dos seus municípios. Deve-se procurar este órgão antes de efetuar seu registro na Ouvidoria Geral do SUS.

Cartão SUS: Trata-se de um cartão eletrônico dado aos usuários do SUS, em que todas as informações relevantes acerca da saúde do usuário são cadastradas no sistema de informática do SUS. São cadastradas informações como o endereço, o estado de saúde e todos os atendimentos que o usuário recebeu, incluindo o médico que o atendeu.

O cartão é um modo de acesso à toda ficha médica do usuário do SUS. O processo de Cadastramento do Cartão Nacional do SUS se dá por meio dos agentes comunitários de saúde, que passam de casa em casa, ou por meio da secretaria municipal de saúde. Cada uma dessas secretarias estabelece suas próprias normas para o cadastramento. Assim, é necessário buscar as informações pertinentes ao cadastramento em cada município.

Para tirar dúvidas ou obter mais informações, como a existência de programas sociais específicos para a área de saúde mental ou o endereço de Unidades Básicas de Saúde, CAPS, entre outros serviços, entre em contato com as Secretarias de Saúde ou de Assistência Social de seu estado ou município. Os contatos para as Secretarias estaduais estão relacionados abaixo:

Secretarias Estaduais de Saúde

Es-tado	Telefone	Endereço	Site
AC	(68) 3223-7888	Av. Getúlio Vargas, 1446, Bairro Bosque, Rio Branco - AC, CEP 69060-001	www.saude.ac.gov.br
AL	(82) 315-1118	Av. da Paz, 978, Jaraguá, Maceió - AL, CEP 57025-050	www.saude.al.gov.br
AM	(92) 3643-6300	R. André Araújo, 701, Bairro Aleixo, Manaus - AM, CEP 69060-001	www.saude.am.gov.br
AP	(96) 3212-6100 / 6104	Av. Fab, 69, Centro, Macapá - AP, CEP: 68906-005	www.saude.ap.gov.br
BA	(71) 3115-4120 / 4227	4ª Avenida do CAB, nº 400, Lado B, Bairro CAB, Salvador - BA, CEP 41745-002	www.saude.ba.gov.br
CE	(85) 3101-5123	Av. Almirante Barroso, 600,	www.saude.ce.gov.br

		Praia de Iracema, Fortaleza – CE, CEP 60060-440	br
DF	(61) 3353-8368 (Ouvidoria)	Policlínica de Taguatinga	www.saude.df.gov.br
ES	(27) 3137-2300	Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2.025, Bento Ferreira, Vitória - ES, CEP: 29052-121	www.saude.es.gov.br
GO	(62) 3201-3701	R. SC-1, 299, Parque Santa Cruz, Goiânia - GO, CEP: 74860-270	www.saude.go.gov.br
MA	(98) 3218-8715 / 8702 / 8727	Av. Carlos Cunhas, Bairro Calhau, São Luís - MA, CEP: 65076-820	www.saude.ma.gov.br
MG	(31) 3215-7283 (31) 3247-3700	Av. Afonso Pena, 2300, Bairro Funcinários - CEP: 30130-007 R. Sapucaí, 429 – CEP 30150-050 Belo Horizonte – MG.	www.saude.mg.gov.br
MS	(67) 3318-1622	Parque dos Poderes, Bloco 7, Campo Grande - MS, CEP: 79031-902	www.saude.ms.gov.br
MT	(65) 3613-5300	Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguas, Bloco 5, Bairro CPA, Cuiabá - MT, CEP: 78050-970	www.saude.mt.gov.br
PA	(91) 4006-4823 / 4822	Av. Travessa Presidente Per-nambuco, 489, Batista Campos, Belém – PR, CEP: 66015-200	www.saude.pa.gov.br
PB	(83) 3218-7300	Av. Dom Pedro 2º, 1826, Bairro Torre, João Pessoa - PB, CEP: 58040-903	www.saude.pb.gov.br/index.shtml
PE	(81) 3181-6122	Praça Oswaldo Cruz, s/nº Bairro Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-210	www.saude.pe.gov.br
PI	(86) 3216-3617	Av. Pedro Freitas, Bloco A, Centro Administrativo, Teresina, CEP: 64018-200	www.saude.pi.gov.br
PR	(41) 3330-4300	R. Piquiri, 170, Bairro Rebouças, Curitiba- PR, CEP:	www.saude.pr.gov.br

		80230-140	
RJ	(21) 2299-9162	R. Mexico, 128, 5º andar, Bairro do Castelo, Rio de Janeiro - RJ	www.saude.rj.gov.br
RN	(84) 3232-2600	Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730, Centro, Natal - RN, CEP: 59025-600	www.saude.rn.gov.br
RO	(69) 3216-5287	R. Padre Ângelo Cerri, s/nº, Esplanada das secretarias, Bairro Pedrinhas, Porto Velho - RO, CEP: 78903-974	www.sesau.ro.gov.br/
RR	(95) 2121-0501	R. Madri, s/nº, Bairro Campos do Paricarana, Boa Vista - RR, CEP: 69304-650	www.saude.rr.gov.br
RS	(51) 3288-5800	R. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar, Centro, Porto Alegre - RS, CEP: 90119-900	www.saude.rs.gov.br
SC	(48) 3221-2000	R. Esteves Júnior, 160, Ed. Halley, 7º andar, Centro, Florianópolis - SC, CEP: 88015-130	www.saude.sc.gov.br
SE	(79) 3234-9500	Praça General Valadão, 32, Centro, Aracaju - SE, CEP: 49010-520	www.saude.se.gov.br
SP	(11) 3066-8000	Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, São Paulo - SP CEP: 05403-000	www.saude.sp.gov.br
TO	(63) 3218-1700	Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, Secretaria da Saúde, Centro, Palmas - TO, CEP: 77003-903	www.saude.to.gov.br

D) Ministério Público

Os casos de desrespeito ou violação dos direitos das pessoas com transtorno mental podem e devem ser levados ao conhecimento do Ministério Público do local onde ocorreu o fato.

Ministério Público dos Estados

Estado	Telefone	Endereço - sede	Site
--------	----------	-----------------	------

AC	(68) 3212-2002 / 2003	Rua Marechal Deodoro, 472. Rio Branco – AC.	www.mp.ac.gov.br
AL	(82) 2122-3500	Ed. Carlos Guido Ferrário Lobo - Rua Dr. Pedro Jorge Melo e Silva, 79 - Poço. Maceió – AL.	www.mp.al.gov.br
AM	(92) 3655-0500	Av. Cel. Teixeira, 7995 – Nova Esperança – CEP 69030-480 – Manaus / AM	www.mp.am.gov.br
AP	(96) 3212-1700	Av. FAB, 64 – Centro – CEP 68906-010 – Macapá / AP	www.mp.ap.gov.br
BA	(71) 3103-6400	Avenida Joana Angélica, 1312, Nazaré. Salvador – BA.	www.mp.ba.gov.br
CE	(85) 3452-3747	Rua Assunção, 1100, José Bonifácio. Fortaleza – CE.	www.mp.ce.gov.br
DF	(61) 3343-9500 (61) 3343-7000	Eixo Monumental, Praça do Buriti, Lote 2. Edifício Sede do MPDFT - Brasília – DF. CEP 70091-900	www.mpdft.gov.br
ES	(27) 3224-4500	R. Humberto Martins de Paula, 350 – Ed. Promotor Edson Machado. Vitória – ES. CEP 29050-265	www.mpes.gov.br

GO	(62) 3243-8000	Rua 23, esquina com a Av. Fued José Sebba, Qd. 06, Lts. 15/25, Jd. Goiás. Goiânia – GO.	www.mp.go.gov.br
MA	(98) 3219-1600	Rua Oswaldo Cruz, 1396 - Centro. São Luis – MA	www.mp.ma.gov.br
MG	(31) 3330-8100	Avenida Álvares Cabral, 1.690, Santo Agostinho. Belo Horizonte – MG.	www.mp.mg.gov.br
MS	(67) 3318-2000	Rua Pres. Manoel Ferraz de Campos Salles, 214, Jd. Veraneio. Campo Grande – MS.	www.mp.ms.gov.br
MT	(65) 3613-5100	Rua 06, S/N, Centro Político Administrativo. Cuiabá – MT.	www.mp.mt.gov.br
PA	(91) 4006-3400	Rua João Diogo, 100, Cidade Velha. Belém – PA.	www.mp.pa.gov.br/sitemp
PB	(83) 2107-6000	Rua Rodrigues de Aquino, S/N, Centro. João Pessoa – PB.	www.pgj.pb.gov.br
PE	(81) 3419-7000	Rua do Imperador, 473 - Santo Antônio. Recife – PE.	www.mp.pe.gov.b
PI	(86) 3216-4550	R. Álvaro Mendes, 2294 – Centro – Teresina / PI – CEP 64000-060	www.mp.pi.gov.br

PR	(41) 3250-4000	Rua Marechal Hermes, 751 - Centro Cívico. Curitiba – PR.	www.mp.pr.gov.br
RJ	(21) 2550-9050	Av. Marechal Câmara, 370 – Centro. Rio de Janeiro – RJ.	www.mp.rj.gov.br
RN	(84) 3232-7130	R. Promotor Manoel Alves Pessoa Neto, 97 – Candelária – Natal / RN – CEP 59065-555	www.mp.rn.gov.br
RO	(69) 3216-3700	Rua Jamari, 1555, Pedrinhas. Porto Velho – RO.	www.mp.ro.gov.br
RR	(95) 3621-2900	Av. Santos Dumont, 710 – São Pedro – Boa Vista / RR – CEP 69306-680	www.mp.rr.gov.br
RS	(51) 3295-1100	Rua Aureliano de Figueiredo Pinto, 80. Porto Alegre – RS. CEP 90050-190	www.mp.rs.gov.br
SC	(48) 3229-9000	Rua Bocaiúva, 1750, Centro. Florianópolis – SC.	www.mp.sc.gov.br
SE	(79) 3216-2400	Pça Fausto Cardoso, 327 – Ed. Walter Franco – Aracajú / SE – CEP 49010-080	www.mp.se.gov.br
SP	(11) 3119-9000	Rua Riachuelo, 115 – Centro. São Paulo – SP.	www.mp.sp.gov.br
TO	(63) 3216-7600	202 Norte, LO 4, Conj. 01, Lotes	www.mp.to.gov.br

		05 e 06 – Plano Diretor Norte. Palmas – TO. CEP 77006-218	
--	--	--	--

Ministério Público Federal

Estado	Telefone	Endereço	Site
AC	(68) 3214-1100	Avenida Epaminondas Jácome, 3017, Centro, Rio Branco - AC	www.prac.mpf.gov.br
AL	(82) 2121-1400	Avenida Fernandes Lima, 3296 - Bairro Farol, Maceió - AL	www.pral.mpf.gov.br
AM	(92) 3611-3180	Avenida André Araújo, nº 358 - Bairro Aleixo, Manaus - AM	www.pram.mpf.gov.br
AP	(96) 3214-3000	Rua Jovino Dinoá nº 468, Bairro Jesus de Nazaré, Macapá - AP	www.prap.mpf.gov.br
BA	(71) 3338-1800	Avenida 7 de Setembro, nº 2.365 - Corredor da Vitória, Salvador- BA	www.prba.mpf.gov.br
CE	(85) 3266-7300	Rua João Brígido nº 1.260 - Joaquim Távo- ra, Fortaleza - CE	www.prce.mpf.gov.br
DF	(61) 3313-5115	SGAS 604 - Lote 23, Brasília- DF	www.prdf.mpf.gov.br
ES	(27) 3211-6400	Avenida Jerônimo Monteiro, 625 – Centro, Vitória - ES	www.pres.mpf.gov.br
GO	(62) 3243-5400	Avenida Universitária nº 644 - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO	www.prgo.mpf.gov.br
MA	(98) 3213-7100	Rua das Hortas, 223 – Centro, São Luís – MA	www.prma.mpf.gov.br
MG	(31) 2123-9000	Av. Brasil, 1877 – B. Funcionários. Belo Horizonte - MG	www.prmg.mpf.gov.br
MS	(67) 3312-	Avenida Afonso Pena,	www.prms.mpf.gov.br

	7200	4444, Vila Cidade, Campo Grande - MS	
MT	(65) 3612- 5000	Rua Osório Duque Estrada s/nº - Ed. Capi- tal, nº 107 - 3º andar, Cuiabá - MT	www.prmt.mpf.gov.br
PA	(91) 3299- 0100	Rua Domingos Marrei- ros nº 690, Umarizal, Belém - PA	www.prpa.mpf.gov.br
PB	(83) 3044- 6200	Avenida Getúlio Vargas nº 277, Centro, João Pessoa - PB	www.prpb.mpf.gov.br
PE	(81) 2125.7300	Avenida Governador Agamenon Magalhães, 1800 - Bairro Espinhei- ro, Recife - PE	www.prpe.mpf.gov.br
PI	(86) 2107- 5915	Praça Marechal Deodo- ro s/n - Ed. Ministério da Fazenda, 3º Andar – Salas 302 / 603, Tere- sina - PI	www.prpi.mpf.gov.br
PR	(41) 3219- 8700	Rua Marechal Deodoro, 933. Curitiba - PR	www.prpr.mpf.gov.br
RJ	(21) 2107- 9300	Avenida Nilo Peçanha, nº 23, Centro, Rio de Janeiro - RJ	www.prrj.mpf.gov.br
RN	(84) 3232- 3900	Avenida Marechal Deo- doro da Fonseca nº 743 – Tirol, Natal - RN	www.prrn.mpf.gov.br
RO	(69) 3216- 0500	Avenida Joaquim Araújo Lima (Abunã), 1759 – Bairro São João Bosco. Porto Velho – RO	www.prrro.mpf.gov.br
RR	(95) 3623- 9642/ 9410	Avenida General Penha Brasil, nº 1511 - Bairro São Francisco, Boa Vista - RR	www.prrr.mpf.gov.br
RS	(51) 3284.7200	Praça Ruy Barbosa nº 57 Conj. 801, Centro, Porto Alegre - RS	www.prrs.mpf.gov.br
SC	(48) 2107- 2400	Rua Bulcão Viana nº 198 - Caixa Postal 367,	www.prsc.mpf.gov.br

		Florianópolis - SC	
SE	(79) 3234-3700	Avenida Beira Mar, 1.064 - Praia 13 de Julho, Aracaju - SE	www.prse.mpf.gov.br
SP	(11) 3269-5000	Rua Peixoto Gomide nº 762/768, São Paulo - SP	www.prsp.mpf.gov.br
TO	(63) 3219-7200	AANO 20, Conj. 2, Lote 5 - Edifício Sede, Palmas - TO	www.prto.mpf.gov.br

E) Defensorias Públicas

Defensorias Públicas dos Estados

Estado	Telefone	Endereço	Site
AC	(68) 3223-4304 / 8317 / 0745	R. Custódio Freire, 26 – Bairro Bosque – Rio Branco / AC	www.ac.gov.br
AL	(82) 3315-2783 (82) 3315-2784	Avenida Comendador Leão, 555, Bairro do Poço. Maceió – AL.	www.defensoria.al.gov.br
AM	(98) 3633-2955 / 2986	Rua 24 de Maio, 321. Manaus – AM.	www.defensoria.am.gov.br
AP	(96) 3212-8502	R. Eliezer Levy, s/n. Macapá / AP	www.amapa.gov.br
BA	(71) 3117-6999	R, Pedro Lessa, 123 – Canela. Salvador / BA	www.defensoria.ba.gov.br
CE	(85) 3101-3419	Rua Caio Cid, 100, Luciano Cavalcante Fortaleza – CE.	www.defensoriapublica.ce.gov.br
DF	(61) 3901-6153 / 6358	SCS Quadra 04 – Bloco A – Entrada 94 – Lotes 22 a 24 – Ed. Zarife – 1º, 2º, 5º, 6º e 7º andares. Brasília / DF	www.defensoria.df.gov.br
ES	(27) 3322-4881	Rua Pedro Palácios, 60, ed. João XXIII, 2º andar, Cidade Alta. Vitória – ES.	www.defensoria.es.gov.br

GO ⁷³	(62) 3201-6100	Pça. Dr. Pedro Ludovico, 26 – Goiânia / GO	www.pge.go.gov.br
MA	(98) 3221-6110	Rua da Estrela, 421 – Centro Praia-Grande. São Luis – MA.	www.ma.gov.br/cidadao/servicos/defensoria/index.php
MG	(31) 3349-9400	R. Paracatu, 304 – Barro Preto. Belo Horizonte / MG	www.defensoriapublica.mg.gov.br
MS	(67) 3318-2500	Av. Desembargador José Nunes da Cunha, Bloco IV – Parque dos Poderes. Campo Grande - MS	www.defensoria.ms.gov.br
MT	(65) 3613-3400	Rua 06, Quadra 11 – Setor A, - Centro Político Administrativo. Cuiabá - MT	www.defensoriapublica.mt.gov.br
PA	(91) 3201-2700 / 2684 0800-727-5525	Tv. Padre Prudêncio, 154. Belém – PA.	www.defensoria.pa.gov.br
PB	(83) 3218-6921	Pq. Solon de Lucena, 300 – centro. João Pessoa – PB.	www.defensoria.pb.gov.br
PE	(81) 3216-9797	R. Marquês do Amorim, 127 – Boa Vista – Recife / PE	www.defensoria.pe.gov.br
PI	(86) 3232-0350	R. Nogueira Tapety, 138 – Bairro dos Noivos – Teresina / PI	www.defensoria.pi.gov.br
PR	(41) 3219-7300	Alameda Cabral, 184. Curitiba – PR.	www.pr.gov.br/dpp
RJ	(21) 2299-2299 0800-285-2279	Av. Marechal Câmara, 314, Centro. Rio de Janeiro – RJ.	www.dpge.rj.gov.br
RN	(84) 3232-7451	Av. Duque de Caxias, 102/104 – Ribeira. Natal / RN	www.rn.gov.br
RO	(69) 3216-5052	Av. Farquar, s/n – Esplanada das Secretarias –	www.defensoria.ro.gov.br

⁷³ A Defensoria Pública do Estado de Goiás foi legalmente criada em 2005, mas ainda não está em funcionamento. Os dados aqui listados são da Procuradoria Geral do Estado, que realiza a assistência judiciária gratuita por meio da P.A.J.

		Porto Velho / RO	
RR	(95) 3623-1939	Av. Sebastião Diniz, 1165 – Centro – Boa Vista / RR	www.defensoria.rr.gov.br
RS	(51) 3211-2233	Rua Sete de Setembro, 666, 6º andar - Centro. Porto Alegre /RS.	www.dpe.rs.gov.br
SC ⁷⁴			
SE	(79) 3211-6060	Av. Barão de Maruim – Pça da Bandeira nº 20. Aracajú – SE.	www.defensoria.se.gov.br
SP	(11) 3105-5799 / 0800-178989	Rua Boa Vista, 103 - CEP 01014-001 São Paulo, SP	www.defensoria.sp.gov.br
TO	(63) 3218-2304	104 Sul – Rua SE 09, número 39 – Centro – Palmas / TO	www.defensoria.to.gov.br

Defensoria Pública da União nos Estados - www.dpu.gov.br

Estado	Telefone	Endereço
AC	(68) 3642-6518 / 3823-8361	Rua Rui Barbosa, nº 142 – Rio Branco / AC
AL	(82) 3326-9900	Praça dos Palmares, s/nº - Ed. Palmares - 13º andar – Centro – Maceió / AL
AM	(92) 3233-2020 / 3222-5351 / 3671-1094	Rua Ferreira Pena, 179 – Centro – Manaus / AM
AP		
BA	(71) 3341-1547	Rua Frederico Simões, nº 98 – Ed. Advanced Trade – Salas 1301 a 1306 e 1311 a 1314 – Bairro Caminho das Árvores – Salvador / BA
CE	(85) 3219-0052 / 1049 / 1111	Rua Tabajara nº 265 – Praia de Iracema – Fortaleza / CE

⁷⁴ Santa Catarina não tem uma Defensoria Pública e não presta serviços de assistência judiciária pela Procuradoria Geral do Estado. A assistência judiciária gratuita é realizada pelos advogados dativos da OAB.

DF	(61) 3347-7767	SCRN 704/705, Bloco "C", nº 40/45/48 - Asa Norte - Brasília/DF
ES	(27) 3332-0144	Rua Profº. Baltazar nº. 113 – Centro – Vitória / ES
GO	(62) 3214-1530	Rua 22, nº 305 – Quadra G 10, Lote 36 – Setor Oeste – Goiânia / GO
MA		
MG	(31) 3292-7769/ 7813	Rua Pouso Alto - nº. 15 – Edifício: Mello Cançado – Bairro da Serra – Belo Horizonte / MG
MS	(67) 3324-1305	Rua Barão de Melgaço, nº 147 - Centro - Campo Grande - MS
MT	(65) 3642-2018	Av. Historiador Rubens de Mendonça nº 2254, Ed. American Business Center - Salas 1406 / 1407 Bairro: Jardim Aclimação – Cuiabá / MT
PA	(91) 3224-4068 / 3324-3535	Travessa Rui Barbosa, 921 Bairro Reduto – Belém / PA
PB	(83) 3224-3032	Av. Santa Catarina, nº 621 – Bairro dos Estados – João Pessoa / PB
PE	(81) 3224-0256 / 0165 / 0339 / 0355	Rua Dantas Barreto, 1.090- 1º, 2º e 3º pavimentos – Ed. São Miguel – São José – Recife / Pernambuco
PI	(86) 3223-7580 / 3226-1133	Rua Desembargador Freitas, nº. 1.385 – Bairro: Centro/Norte – Teresina / PI
PR	(41) 3304-4371 / 4373 / 4375 / 4377 / 4378	R. Voluntários da Pátria, nº 546 / 547 – Centro – Curitiba / PR
RJ	(21) 2220-1746 / 4556	Rua da Alfândega, nº 70 – Centro – Rio de Janeiro / RJ
RN	(84) 3221-5688 / 6551	Av. Deodoro da Fonseca, nº 601 – Cidade Alta – Natal / RN
RO		
RR	(95) 3224-8005	Rua Coronel Pinto nº. 248, Bairro Centro – Boa Vista / RR
RS	(51) 3212-5212 / 3211-5555 / 3286-6516	Travessa – Engenheiro Acelino de Carvalho, 21- 10º andar – Centro – Porto Alegre / RS
SC	(48) 3222-7071 / 3223-	Rua Coronel Lopes Vieira, nº 114 – Centro – Florianópolis / SC

	5259	
SE	(79) 3214-0946 / 0486	Av. Augusto Maynard, 366 – Bairro São José – Aracajú / SE
SP	(11) 3231-0866 / 2833 / 1688	Rua Fernando de Albuquerque, 151/157 – Bairro Consolação – São Paulo / SP
TO	(63) 3215-3026	Av. LO 01, Quadra 104 Sul, conjunto 4, lote 10 - Ed. Jamir Rezende 2º andar – Centro – Palmas / TO

F) Ordem dos Advogados do Brasil

A OAB também pode prestar informações e receber denúncias sobre a violação de direitos das pessoas com transtornos mentais.

AC	(68) 3224-8040	Centro Empresarial Rio Branco - Av. Brasil, 303, 8º andar - Centro. Rio Branco – AC.	www.oabac.org.br
AL	(82) 2121-3232	Praça Bráulio Cavalcanti, 60, Centro. Maceió – AL.	www.oab-al.org.br
AM	(92) 6342-0116 / 3236-6161	Av. Jornalista Umberto Calderaro Filho, 2000- Adrianópolis. Manaus – AM.	www.oabam.org.br
AP	(96) 3223-2951	Av. Amazonas, 26, Centro. Macapá - AP	www.oabap.org.br
BA	(71) 3329-8900	Praça Teixeira de Freitas, 16, Piedade. Salvador – BA.	www.oab-ba.com.br
CE	(85) 3216-1600	Rua Livio Barreto, 668 - Dionísio Torres. Fortaleza – CE.	www.oabce.org.br
DF	(61) 3036-7000	SEPN 516, Bloco B, Lote 7. Brasília – DF.	www.oabdf.org.br
ES	(27) 3232-5600	Rua Alberto De Oliveira Santos, 59, Centro. Vitória – ES.	www.oabes.org.br
GO	(62) 3238-2000	Rua 1121, nº 200, Setor Marista. Goiânia – GO.	www.oabgo.org.br
MA	(98) 2107-5454	Rua Dr. Pedro Emanuel de Oliveira, nº 01 - Calhau, São Luís - MA	www.oabma.org.br
MG	(31) 2102-5800	Rua Albita, 260 – Cruzeiro.	www.oabmg.org.br

		Belo Horizonte – MG.	
MS	(67) 3318-4700	Av. Mato Grosso, 4700, Caranda Bosque. Campo Grande – MS.	www.oabms.org.br
MT	(65) 3613-0900	2ª Av. Transversal, S/N – Centro Político Administrativo. Cuiabá – MT.	www.oabmt.org.br
PA	(91) 4006-8600	Praça Barão do Rio Branco, 93, Cantina. Belém – PA.	www.oabpa.org.br
PB	(83) 2107-5200	Rua Rodrigues de Aquino, 37 - 1o. Andar. João Pessoa – PB.	www.oabpb.org.br
PE	(81) 3424-1012	Rua do Imperador Pedro II, 235 - Santo Antonio. Recife – PE.	www.oabpe.org.br /
PI	(86) 2107-5800	Rua Tibério Nunes, S/N. Bairro Cabral. Teresina – PI.	www.oabpi.org.br
PR	(41) 3250-5700	Rua Brasilino Moura, 253 - Ahú. Curitiba – PR.	www.oabpr.org.br
RJ	(21) 2272-2001	Av. Marechal Câmara, 150, Castelo. Rio de Janeiro – RJ.	www.oab-rj.com.br
RN	(84) 4008-9400 / 9401	Av. Câmara Cascudo, 478, Cidade Alta. Natal / RN	www.oab-rn.org.br/
RO	(69) 3217-4201	Av. Paulo Leal, 1300, Nossa Senhora das Graças. Porto Velho – RO.	www.oab-ro.org.br
RR	(95) 3224-2854	Av. Ville Roy, 1833-E. Boa Vista – RR.	www.oabbr.org.br
RS	(51) 3287-1800	Rua dos Andradas, 1261, 8º andar. Porto Alegre – RS.	www.oabrs.org.br/home.php
SC	(48) 3239-3500	Rua Paschoal Apóstolo Pitsica, 4860. Florianópolis – SC.	www.oab-sc.org.br
SE	(79) 3211-5286 / 9124 / 9543	Travessa Martinho Garcez, 71 - Centro. Aracajú – SE.	www.oabsergipe.com.br
SP	(11) 3291-8100	Praça da Sé, 385 – Centro. São Paulo – SP.	www.oabsp.org.br
TO	(63) 3212-9600	201 Norte Conj 2 Lotes 1 e 2, Centro. Palmas – TO.	www.oabto.org.br

G) Transporte Público

Em muitas cidades brasileiras, pessoas com transtorno mental têm acesso gratuito aos meios de transporte público (ônibus ou metrô), sozinhas ou acompanhadas de algum familiar. Como as leis que se referem ao transporte público são municipais ou estaduais, cada cidade e estado estabelece os requisitos necessários para a obtenção desses benefícios. Em alguns deles, o benefício não é concedido. Como exemplo, fornecemos abaixo as informações relativas ao benefício de transporte gratuito em algumas capitais brasileiras.

Aqui estão descritos os benefícios concedidos em algumas cidades. Para saber se a sua cidade oferece esse tipo de benefício, entre em contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social ou com a Secretaria Municipal de Saúde.

Cidade	Descrição do serviço	Órgão responsável, endereço e telefone	Site
Belo Horizonte	Concede credencial de gratuidade a determinadas categorias de pessoas, dentre as quais pessoas com deficiência mental (a ser avaliada por serviço especializado) que não caracterize doença mental.	BHTRANS - Empresa de Transporte e Trânsito de Belo Horizonte S/A. Avenida Engenheiro Carlos Goulart, 900 - Buritis - Belo Horizonte - MG. Fone: (31) 3277-6500.	http://www.bhtrans.pbh.gov.br/bhtrans/transpor-te/gratuidade.asp
Porto Alegre	Concede gratuidade nos transportes municipais a pessoas com deficiência mental, a ser comprovada por atestado médico contendo CID da doença, a ser avaliada pela instituição indicada.	APAE - Ass. Pais e Amigos dos Excepcionais/POA. Galeria Rosário, 14º andar s/ 1416 - Fone 3224-5029, de segunda a sexta-feira, menos quartas de manhã.	http://www.ep.tc.com.br/Isentos/isentos.asp
Recife		Rua Frei Cassimiro, nº 91, Santo Amaro, Recife/PE. Cep: 50100-260 Fone: (81) 3221.4344 Fax: (81) 3223.2531 Tele-atendimento: 0800	http://www.recife.pe.gov.br/pr/servicospublicos/cttu

		81 10 78	
Rio de Janeiro	Rio Card permite acesso gratuito aos ônibus municipais, cabendo à Fundação FUNLAR a avaliação clínica do eventual interessado na gratuidade.	FUNLAR - Fundação Lar São Francisco de Paula. Tel: (21) 2242-7700 Ramal: 250 ou 252.	http://www.ri.o.rj.gov.br/smtf
Salvador		Superintendência de Transporte Público Av. Tancredo Neves, 2861, STIEP, CEP: 41820-021 Tel: (71) 3407801, 7802	http://www.ep.tc.com.br/Isentos/isentos.asp
São Paulo	A gratuidade nos ônibus municipais é concedida através da Carteira de Passageiro Especial desde que a doença mental se enquadre na lista CID que dão direito ao benefício.	SPTrans – São Paulo Transportes S/A Butantã Rua Ulpiano da Costa Manso, 201. Tel: 3739-4978 Santana Av. Tucuruvi, 808. Tel: 6982-0150 Capela do Socorro Rua Cassiano dos Santos, 499. Tel: 5666-9688 Santo Amaro Pça. Floriano Peixoto, 60. Tel: 5686-9613 Campo Limpo Rua N.S. do Bom Conselho, 51. Tel: 5513-6201	http://www.spttrans.com.br/servi-cos/serv_frame.htm

		<p>São Mateus Av. Ragueb Chohfi, 1.400. Tel: 6962-2118</p> <p>Freguesia do Ó Rua João Marcelino Branco, 95. Tel: 3984-2576</p> <p>São Miguel Rua Ana Flora Pinheiro de Souza, 76. Tel: 6297-0634</p> <p>Itaquera Rua Gregório Ramalho, 103. Tel: 6944-7983</p> <p>Sé II (Shopping Light) R. Xavier de Toledo, 23 - 1º Piso - Lojas 16 e 17. Tel: 3237-4473</p> <p>Lapa Rua Guaicurus, 1.000. Tel: 3801-4126</p> <p>Vila Mariana R. José de Magalhães, 450. Tel: 5549-3678</p> <p>Penha Rua Candapuí, 492. Tel: 6958-3125</p>	
Vitória		Superintendência de Transportes Urbanos e Trânsito	http://www.vitória.es.gov.br/sec-retari-

		Avenida Vitória, 220. Horto – Vitória-ES. Tel: 0800-393366	<u>as/transporte/home.htm</u>
--	--	--	---

VIII. BIBLIOGRAFIA

- BALERA, Wagner. Sistema de Seguridade Social. 3a ed. São Paulo: LTr, 2003.
- CASTRO, Carlos Alberto Pereira de e Lazzari, João Batista. Manual de direito previdenciário, 4.ed., São Paulo: LTr, 2003.
- CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias, Direito e Saúde Mental, em Revista de Direito Sanitário, V. 2, N. 3, LTr: Novembro de 2001.
- FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga. Direitos das Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro: WVA, 2004.
- GRECO FILHO, Vicente. Prática Jurídica, Brasília, ano 3, n.24, p.54-55, mar. 2004.
- JESUS, Damásio E. de. Direito Penal, 1º V., 25ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- HORVATH JÚNIOR, Miguel. Direito Previdenciário, 4a ed.. São Paulo: Quartier Latin, 2004.
- MARTINS, Sergio Pinto. Fundamentos de direito da seguridade social. 3.ed.. São Paulo: Atlas, 2002.
- PEREIRA, Caio Mario da Silva. Instituições de Direito Civil, 20ª ed., vol. 1, rev. e atual., Rio de Janeiro: Forense, 2001.
- RULLI NETO, Antônio. Direito do Portador de Necessidades Especiais. São Paulo: Fiúza Editores, 2002
- SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 20a ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

<http://www.previdencia.gov.br>

<http://www.abong.org.br>
<http://www.abrata.com.br>
<http://www.ama.org.br>
<http://www.ccs.saude.gov.br>
<http://www.cppc.org.br>
<http://www.ensp.fiocruz.br>
<http://www.ifb.org.br>
<http://www.institutoterceirosetor.org.br>
<http://www.inverso.org.br>
<http://www.mapa.org.br>
<http://www.osm.org.br>
<http://www6.prefeitura.sp.gov.br>
<http://www.previdencia.gov.br>
<http://www.prossiga.br>
<http://www.rubedo.psc.br>
<http://www.saude.gov.br>
<http://www.saude.sp.gov.br>
<http://www.sedes.org.br>
<http://www.sespa.pa.gov.br>
<http://www.tdah.org.br>
<http://www.therapon.org.br>
<http://valleser.rumo.com.br>
<http://www.viabusca.com>

ANEXOS

Anexo 1: RESOLUÇÃO do Conselho Federal de Medicina Nº 1407 /94 - de 08 de junho de 1994

Adota os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia-Geral das Nações Unidas em 17.12.91 como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º. 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO ser um imperativo ético a humanização da assistência à saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental;

CONSIDERANDO o esforço internacional no sentido da implantação da reforma psiquiátrica e a necessidade de adoção de normas que estejam em consonância com este movimento;

CONSIDERANDO a necessidade de serem estabelecidas normas de orientação para os médicos brasileiros;

CONSIDERANDO que a Organização das Nações Unidas adotou, em Assembléia Geral realizada em 17 de dezembro de 1991, os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para melhoria da Assistência à Saúde Mental";

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994.

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", aprovados pela Assembléia Geral das Nações U-

nidas em 17.12.91, e cujo texto está anexo a esta Resolução, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Brasília - DF, 08 de junho de 1994.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ - Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL - Secretário Geral

PRINCÍPIOS PARA PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status 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 pela legislação nacional;

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

"Profissional de Saúde Mental" significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência à saúde mental;

"Usuário" significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio 17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá estar sujeito apenas às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1 - Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

2 - Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

3 - Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra

exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

4 - Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental.

"Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.

5 - Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, pelo Corpo de Princípios para a proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de detenção ou aprisionamento,99/.

6 - Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, repre-

sentar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7 - Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, para a proteção dos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação do outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

1 - A determinação de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.

2 - A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

3 - Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

4 - Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.

5 - Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser que estejam de acordo com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1 - Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.

2 - Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.

3 - Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1 - Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.

2 - Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1 - Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente, menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

2 - O tratamento e os cuidados a cada usuário serão, baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

3 - A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde, mental inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4 - O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1 - A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas, com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo 15 do Princípio 11, os profissionais de saúde mental deverão administrar, somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.

2 - Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO.

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

2 - Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:

a) A avaliação diagnóstica;

b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;

c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e

d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

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

4 - O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 abaixo. As conseqüências de recusar ou interromper o tratamento dever ser explicadas a ele.

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

6 - Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos 7, 8, 12, 13, 14 e 15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

a) O usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo 2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento ; e

c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.

7 - O parágrafo 6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento em seu nome; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo 2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

8 - Exceto nas situações previstas nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 abaixo o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9 - Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10 - Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.

11 - Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente ne-

cessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

12 - A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de um transtorno mental.

13 - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14 - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15 - Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experi-

mental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

16 - Nos casos especificados nos parágrafos 6, 7, 8, 13, 14 e 15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1 - O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2 - Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3 - O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1 - Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

a) reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

b) Privacidade;

c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;

d) Liberdade de religião ou crença.

2 - O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir particularmente:

a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer

b) Instalações educacionais;

c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;

d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de Trabalho na comunidade.

3 - Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.

4 - O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito

de receber por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1 - Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular;

a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;

c) Assistência profissional adequada; e

d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2 - Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1 - Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2 - O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3 - Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio 16, devendo-se informar este direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1 - Uma pessoa pode (a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;

b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

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

2 - A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legisla-

ção nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, ao seu representante pessoal, se houver e, a menos que haja objeção do paciente, à sua família.

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

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1 - O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2 - O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo 2 do Princípio 16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3 - O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4 - Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5 - Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo 1 do Princípio 16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6 - Se a qualquer momento, o profissional de Saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário, não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7 - O próprio usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um Tribunal Superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1 - O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado à sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2 - O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

3 - O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4 - Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado

que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou pôr em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5 - O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.

6 - Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7 - Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1- O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto pu-

der ser feito em confiança, ser fornecidas ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2 - Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1 - Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2 - Essas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio 1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo 5 do Princípio 1.

3 - A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4 - O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental deverá em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio 11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação destes Princípios, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos dos usuários.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1 - Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.

2 - Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes

Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.

**Anexo 2: RESOLUÇÃO do
Conselho Federal de Medicina
Nº 1408 /94**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a generalizada revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, que permitiu o estabelecimento de normas internacionais como os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91, e a "Declaração de Caracas", da Organização Panamericana de Saúde, de 14/11/90.

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com as internacionais e contemplem a realidade assistencial própria;

CONSIDERANDO que o modelo assistencial psiquiátrico vigente no país é predominantemente hospitalar e cronicador;

CONSIDERANDO o reconhecimento, nos meios científicos, dos riscos inerentes às internações psiquiátricas;

CONSIDERANDO as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992;

CONSIDERANDO as decisões do Seminário Nacional Sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil, promovido pelo Conselho Federal de Medicina e realizado em Brasília, nos dias 19 e 20 de maio de 1994;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994;

RESOLVE:

Artigo 1º - É de responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes a garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana.

Artigo 2º - O diagnóstico de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deve ser feito de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente e não com base no status econômico, político ou social, orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

Parágrafo I - O diagnóstico de um transtorno mental não será determinado pelos seguintes fatores quando isoladamente: conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa, ou uma história de tratamento ou hospitalização psiquiátricos anteriores.

Parágrafo II - Nenhum médico pode diagnosticar que uma pessoa é portadora de um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências.

Artigo 3º - Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob a sua responsabilidade profissional.

Artigo 4º - Nenhum tratamento será administrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Artigo 5º - As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser sempre prioritárias, e, na hipótese de ser indispensável a internação, esta será levada a efeito pelo menor prazo possível.

Parágrafo I - O tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

Parágrafo II - Em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de "celas fortes", "camisa de força" e outros procedimentos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver conhecimento do desrespeito a esta norma.

Artigo 6º - Nenhum estabelecimento de saúde poderá recusar o atendimento ou internação sob a alegação de o paciente ser portador de transtorno mental.

Parágrafo único - Um estabelecimento de saúde mental deverá garantir o acesso dos seus pacientes aos recursos diagnósticos e terapêuticos que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

Artigo 7º - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com transtorno mental, se for considerado que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento esclarecido, salvo nos casos em que este estiver incapacitado para fazê-lo e então o procedimento será autorizado pelo responsável legal.

Artigo 8º - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais somente serão realizados em um paciente na medida em que este tenha dado seu consentimento esclarecido, e um corpo de profissionais externos, solicitado ao Conselho Regional de Medicina, estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento esclarecido e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

Artigo 9º - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido.

Parágrafo I - Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente designado pela comissão de ética do serviço e especificamente constituído para este fim, poderão ser realizados tratamentos experimentais, ensaios clínicos ou pesquisas em pacientes que estejam incapacitados a dar seu consentimento esclarecido.

Parágrafo II - Somente poderão ser realizados os procedimentos de que trata o parágrafo I deste artigo se for em benefício do paciente e após autorização expressa do seu representante legal.

Artigo 10 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

Artigo 11 - As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a elas, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelos estabelecimentos de saúde. Este direito poderá estar sujeito a restrições, com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros.

Artigo 12 - Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimentos de saúde que mantenham

atendimento psiquiátrico e não atendam às normas éticas enunciadas nesta resolução.

Parágrafo único - Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas, com vistas à transformação do modelo assistencial vigente.

Artigo 13 - Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ

Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 14.06.94 - Seção I - Página 8548.

Anexo 3: LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária

competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

(DOU 09/04/2001)

Anexo 4: DECLARAÇÃO DE CARACAS

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo

passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Paramentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

RESOLUÇÃO CFM nº 1952/2010
(Publicada no D.O.U. de 07 de julho de 2010, seção I,
p.133)

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, estabelece critérios para a reorientação da assistência aos portadores de doenças mentais;

CONSIDERANDO que a Comissão designada pela Associação Brasileira de Psiquiatria elaborou diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil;

CONSIDERANDO que em sessão plenária de 15 de agosto de 2008 o Conselho Federal de Medicina aprovou essas diretrizes no Parecer CFM nº 21/08, da Câmara Técnica de Psiquiatria, de autoria do ilustre conselheiro Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, recomendando elaboração de resolução para tal adoção;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11 de junho de 2010,

RESOLVE:

Art. 1º Adotar as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria, aprovada em 15 de agosto de 2008, como instrumento norteador das políticas de saúde mental no país.
(Anexo)

Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº 1.407, de 8 de junho de 1994, que adota os princípios para a proteção de pessoas acome-

REALIZAÇÃO

