

Mellyssa do Nascimento Costa

Desafios do Direito à Saúde Mental no Brasil e no Uruguai



AYA EDITORA

2024

Desafios do **Direito** à **Saúde Mental** no **Brasil** e no **Uruguai**

Mellyssa do Nascimento Costa

Desafios do Direito à Saúde Mental no Brasil e no Uruguai



AYA EDITORA

2024

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Autora

Mellyssa do Nascimento Costa

Capa

AYA Editora©

Revisão

A Autora

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências Sociais Aplicadas

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.º Dr. Rômulo Damasclin Chaves dos Santos

Instituto Tecnológico de Aeronáutica - ITA

Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros

Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2024 - **AYA Editora** - O conteúdo deste livro foi enviado pela autora para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva da autora. A autora detém total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro devem ser direcionados exclusivamente à autora.

C8373 Costa, Mellyssa do Nascimento

Desafios do direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai [recurso eletrônico]. / Mellyssa do Nascimento Costa. -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 162 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-577-8

DOI: 10.47573/aya.5379.1.298

1. Serviços de saúde mental – Avaliação. 2. Saúde mental - Legislação - Brasil . 3. Doentes mentais - Direitos fundamentais - Brasil. 4. Saúde mental – Legislação - Uruguai . 5. Doentes mentais - Direitos fundamentais - Uruguai.
I. Título

CDD: 362.2

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

*A todos que acreditam que a luta pelo Direito
Humano à Saúde Mental vale a pena, e
seguem buscando meios de transformação e
evolução.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser meu alicerce e guia em todos os momentos. Que no seu infinito amor, nos concede aquilo que não merecemos.

À Dona Maria do Socorro, Seu Manoel e Augusto César, amores eternos da minha vida.

Aos amigos Lauro e Dani, que sempre me incentivaram e vibraram a cada conquista durante esse processo. À Dani, por me ensinar sobre comprometimento, metas e vitórias. Agradecimento especial ao Lauro, por acreditar e dispensar sua atenção e seu tempo. Meu significado de perfeição no dicionário do mundo acadêmico, e, exemplo de ser humano. Suas contribuições, lendo e enriquecendo os trabalhos de cada etapa, foram essenciais. Espero que tenha valido a pena!

À Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Direito das Relações Internacionais e da Integração da América Latina da Universidad de la Empresa. Pela aprendizagem, pela acolhida e por oportunizar o encontro com amigos maravilhosos (Lisandra, Limana, Lucas e Lino). Cada um, de alguma forma, deixou sua marca no meu coração. Agradecimento especial ao Limana, por me acompanhar em inúmeros sebos e livrarias do Uruguai, durante 10 dias de pesquisa, e, por ter encontrado a Psico Livros, local responsável pela maior parte do referencial bibliográfico de Saúde Mental do Uruguai.

À Professora Lúcia Rosa, da Universidade Federal do Piauí, pelas orientações ministradas e indicações dos livros e autores, no âmbito da Saúde Mental, e por acreditar em uma mestranda de outra área.

Ao professor e orientador Ruben Correa Freitas e ao Professor Pablo Fucé pela condução dos conteúdos e troca de opiniões, que contribuíram no direcionamento das discussões que geraram esse produto final.

A Nelson de Léon, entusiasta e um dos maiores pesquisadores da Saúde Mental, no Uruguai, pela sua disponibilidade em contribuir com a pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL.....	19
Divisões da Evolução Histórica do Tema.....	20
Breves Considerações Sobre a Criação e Manutenção do Asilo	23
A Importância das Principais Reformas Psiquiátricas.....	26
As Dez Recomendações da OMS.....	39
A Problemática do Estigma e do Autoestigma	46
O DIREITO À SAÚDE E À SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NOS PAÍSES BRASIL E URUGUAI.....	54
Considerações Sobre a Evolução do Direito Internacional dos Direitos Humanos.....	55
O Direito à Saúde e o Direito à Saúde Mental	63
O Direito à Saúde Mental no Brasil e no Uruguai.....	78
ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO URUGUAI	86
Inseparabilidade entre a Democracia e o Direito Humano à Saúde Mental.....	88
Panorama Atual das Boas Práticas em Saúde Mental no Brasil e no Uruguai	93

Estudo Comparado das Dez Recomendações do Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001) nos Países Brasil e Uruguai	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS	146
SOBRE A AUTORA.....	152
ÍNDICE REMISSIVO	153

APRESENTAÇÃO

Este Livro versa sobre a efetivação do direito humano à saúde mental, delimitado pela análise específica dos países Brasil e Uruguai. Objetiva identificar em que estágio do cuidado em saúde mental encontram-se, nos dias atuais, os dois países, utilizando como parâmetro de análise as dez recomendações gerais para obtenção de boas práticas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001).

Objetiva também analisar o direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai, por meio do resgate histórico do processo de reforma psiquiátrica e da garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais em cada um desses países. A análise considera as normativas existentes e os princípios basilares no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

A pesquisa classifica-se como qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, utilizando como técnicas de estudo a análise documental e a revisão bibliográfica. Sua principal abordagem é a dialética-crítica, e pretende contribuir para a melhoria e o intercâmbio acerca da evolução sócio-jurídica do acesso e da materialização do direito à saúde mental nos dois países.

Constata-se que, em ambos os países, ainda não há uma garantia efetiva de todos os direitos devidos aos portadores de transtornos mentais, e que ambos poderiam prestar um melhor cuidado de saúde mental e de atenção psicossocial. Verifica-se que, no Brasil, já há uma boa evolução no tema, ao passo que, no Uruguai, ainda há muito que evoluir. Conclui-se que os dois países podem se ajudar no assunto, partilhando experiências, políticas públicas e pesquisas na área.

INTRODUÇÃO

O presente estudo busca debater sobre o direito humano à saúde mental, delimitado pela análise específica dos países Brasil e Uruguai. A escolha do tema deve-se à experiência da autora como pesquisadora da matéria e à necessidade de produção teórica e científica que aborde a troca de experiências entre os países da América Latina em relação ao direito à saúde mental, que é ainda, incipiente. Desta forma, esse trabalho incentiva o preenchimento desta lacuna e apresenta um olhar jurídico-sociológico sobre essa importante temática. A pesquisa realiza uma análise das transformações do cuidado em saúde mental em curso, com foco nos desdobramentos da reestruturação das práticas em saúde mental no âmbito internacional. Contextualiza as características das reformas psiquiátricas e da garantia do direito social e humano à saúde mental. Ingressa na análise das dez recomendações da OMS a fim de compreender o estágio de concepção do direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai, bem como as assimetrias e os pontos em comum no acesso e na garantia desse direito, vislumbrando possíveis melhorias¹.

Para tanto, se desenvolveu uma pesquisa de natureza exploratória, documental e bibliográfica baseada em estudos do direito, da saúde mental, da sociologia, da assistência social, da psicologia, da psiquiatria e das disposições dos ordenamentos jurídicos do Brasil e do Uruguai. Esse estudo, além de proporcionar um aprofundamento a respeito do referencial teórico, proporcionará o exame da realidade, nos dias atuais, do cuidado da saúde mental e da atenção psicossocial nos dois países, de acordo com as novas perspectivas da mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo antimanicomial, baseado no cuidado na comunidade².

1 A escolha das dez recomendações para boas práticas em saúde mental, contidas no Relatório Mundial da Saúde de 2001, da Organização Mundial da Saúde (OMS) se deu por ser o relatório o documento internacional mais completo, e, voltado à realidade do direito à saúde mental da América Latina, até os dias atuais, além de a OMS ser a agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar, de forma peculiar, com questões dedicadas exclusivamente à saúde global. No artigo 66, da sua Constituição de 1946, a OMS salienta que: "A Organização gozará no território de cada Estado membro da capacidade jurídica que seja necessária para alcançar os seus fins e para o desempenho das suas funções".

2 Cuidado na comunidade se traduz pelos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (modelo antigo de cuidado ao portador de transtorno mental, centrado nos hospitais psiquiátricos). O cuidado na comunidade visa que o sujeito doente seja visto a partir de um novo paradigma, o da reabilitação psicossocial, entendida como uma ação multidisciplinar, voltada para a reinserção na sociedade. As relações sociais que se desenvolvem no interior do hospital psiquiátrico são determinadas pela subordinação e exclusão. O modelo psicossocial objetiva reinserir o portador de transtorno mental em atividades cotidianas, tornando possível a reinserção familiar e social. Assim, sob o novo olhar da reforma psiquiátrica, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (cuidado na comunidade), que se constituem em uma rede de atenção à saúde mental na comunidade.

Como aporte para realizar a análise do material, a escolha das fontes de pesquisa substancializa-se nas recomendações de direitos humanos internacionais em geral; no direito à saúde e no direito à saúde mental. A revisão bibliográfica estará presente durante toda a pesquisa, pois servirá como premissa para a compreensão do tema, para a interpretação do estudo comparado e para as considerações finais. O procedimento metodológico consistirá no estudo comparado entre os diferentes contextos da realidade do cuidado da saúde mental no Brasil e no Uruguai.

O objetivo geral do presente trabalho é identificar em que estágio do cuidado em saúde mental, encontra-se nos dias atuais, os dois países, possuindo como parâmetro de análise, as dez recomendações gerais para obtenção de boas práticas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Possui como objetivos específicos, analisar o direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai, através do resgate histórico do processo de reforma psiquiátrica e da garantia dos direitos aos portadores de transtornos mentais, em cada um desses países, no que se refere às normativas existentes e aos princípios basilares no âmbito do Direito Internacional dos direitos humanos e investigar como atualmente tem se processado a transição sócio-jurídica do acesso e da materialização do direito à saúde mental, baseados nas novas recomendações internacionais sobre a temática. Nesse sentido, a pesquisa procurará atingir não apenas relevância acadêmica, mas também social, de modo a proporcionar uma reflexão, vislumbrando incentivar a melhoria do cuidado da saúde mental em ambos os países.

Por mais que o estudo possua um viés sociológico patente, as repercussões do debate, no plano mais amplo e geral, serão dadas no plano jurídico, no plano do direito à saúde mental. O estudo é essencialmente interdisciplinar, pois o tema possibilita a interação entre conhecimentos de diversas áreas que são necessários para atingir o direito à saúde mental em sua globalidade. No trilhar do trabalho, é sintomático que a interdisciplinaridade se tornará um assunto cada vez mais presente no setor do direito à saúde mental a partir das mudanças no modelo assistencial trazidas pela reforma psiquiátrica. O viés jurídico se torna clarividente na medida em que a população passa a exercer o controle social e cobrar dos gestores e políticos a disponibilização de prestação de serviços necessários ao

cuidado dos portadores de transtorno mental, bem como a sua fiscalização e planejamento de melhorias. Mormente a isso, quando estiver evidente a ausência ou precariedade de tratamento, o âmbito jurídico também possui o papel de atuar para que sejam adotadas medidas extrajudiciais e judiciais, quando for o caso, para a efetivação do direito à saúde mental.

Apesquisa classifica-se como qualitativa e norteia-se pelo referencial epistemológico dialético crítico. De acordo com esse referencial, a realidade está passível às transformações que ocorrem nos contextos sociais. Transportando para o âmbito do direito à saúde mental, o referencial dialético crítico possibilita a elaboração de propostas que ampliem o espectro da garantia de direitos, pois, ele aborda a realidade social como totalidade concreta, em constante movimento, atravessada por contradições. Essas contradições, por sua vez, inspiram a iniciativa de progresso no problemático contexto social do direito à saúde mental, que se apresenta e tem sido, ao longo da história, de difícil enfrentamento. Segundo Jane Cruz Prates (2005, p. 133), o método possibilita não somente realizar a leitura crítica da realidade social, mas também, a propor e intervir nela. Explicando melhor a possibilidade de intervenção na realidade social: Não se trata apenas da intervenção jurisdicional propriamente dita, pois há várias formas de intervenção, isto é, a conscientização da saúde mental como um direito cristalino reverbera nas instituições médicas, nas instituições assistenciais, nos mais variados profissionais que cuidam dessa área, e, inevitavelmente, no âmbito jurídico, visto que, essas transformações e mudanças sociais implementam uma mudança de comportamento e de atitude do setor público.

É inegável que, tratar de acesso e de garantia de direito à saúde mental implica a tomada de um posicionamento ético-político, pois é um campo em que não há possibilidade de se manter completamente imparcial. O trabalho de cunho científico foi escrito de forma imparcial, mas é patente que a inclinação teórica e o posicionamento, durante a escrita, são baseados no conjunto de premissas do modelo antimanicomial. A justificativa se mantém, ainda que esse posicionamento ideológico político seja evidente, de modo a expressar com clareza a postura que assumimos com relação ao antagonismo presente entre o modelo manicomial e o direito à saúde mental, de forma específica, no âmbito dos pressupostos

do Direito Internacional dos direitos humanos. A partir das premissas expressas do modelo antimanicomial, teceremos ao longo do estudo reflexões situando, brevemente, a dialética crítica que permitirá analisar a realidade social em sua historicidade, movida pela ação dos homens ao produzirem a recente mudança de paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo mais humanístico e interdisciplinar do cuidado na comunidade.

Possuímos o intuito de evidenciar e analisar o acúmulo de experiências exitosas, ou não, no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, nos países Brasil e Uruguai, fundamentadas no direito humano internacional à saúde, intencionando identificar problemas pontuais que acometem os vários contextos socioculturais e políticos desses dois países, para assim, poder vislumbrar soluções e formas de enfrentamento. Nesse sentido, destaca-se a urgência na consolidação das reformas psiquiátricas, brasileira e uruguaia, pautadas na luta antimanicomial. O tema é relevante, pois ainda são grandes os desafios a serem enfrentados nos dois países.

O propósito do trabalho se justifica ao nos defrontarmos cada vez mais com problemas de saúde mental, como o uso abusivo de drogas, o alcoolismo, com o crescimento exponencial da depressão. Esses problemas precisam ser abordados em um ambiente de liberdade e respeito aos direitos humanos, com participação de usuários, familiares, da sociedade civil e de profissionais de várias áreas, inclusive a jurídica. O intuito do estudo é identificar pontos a serem aperfeiçoados para buscar possíveis soluções para dificuldades, e assim, ajudar a evolução da construção de uma sociedade que garanta os direitos humanos e o bem estar mental e social de toda a população, sobretudo das pessoas que foram historicamente marginalizadas e discriminadas, os portadores de sofrimentos psíquicos.

Pretendeu-se fazer um apanhado geral da realidade da saúde mental no Brasil e no Uruguai, para incentivar investimento dos Estados na área, e do melhoramento dos indicadores e metas no monitoramento e avaliação da ação governamental, o que revela a matriz interdisciplinar dos estudos sobre o direito humano à saúde mental.

A pesquisa agrega um olhar estrangeiro, em se tratando do Uruguai, pois a autora da pesquisa é conhecedora com maior profundidade da realidade brasileira. Sustenta-se que

esse olhar é importante, pois com ele, se consegue captar elementos rotineiros, resultantes da normalização de práticas no Uruguai, que podem ser aperfeiçoados. Ressalta-se, a atualidade da investigação proposta, pois o Uruguai está em processo de reformulação de seu sistema de saúde com a implantação do Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) e, em processo de instituição de uma lei específica em saúde mental. O Uruguai, por apresentar uma população e território reduzidos, possui grandes chances de, ao implantar boas práticas no tratamento da saúde mental, passar a ser referência no direito à saúde mental, em poucas décadas.

Entende-se que o direito atua, no campo da saúde mental, como poder disciplinar de normatização, para possibilitar sua garantia. Guarda o direito um sentido não apenas de declarar, mas também de promover, servindo para provocar mudanças institucionais e sociais. O direito, nesse sentido, deve atuar para acolher, proteger e garantir a integralidade dos direitos humanos, considerando as pessoas em sofrimento mental sujeitos de direitos e atores políticos ativos. No estudo agasalhamos o entendimento que o cuidado ético do tema focaliza na reinserção, na reconquista do direito de ser gente, de ser cidadão dos portadores de sofrimento mental. E acreditamos que para atingir toda a dimensão deste cuidado é imprescindível lançar mão do trabalho interdisciplinar. Salienta-se, assim, que o desafio da interdisciplinaridade em saúde mental nasceu junto com a proposta de mudança de paradigma nesta área e com o desenvolvimento do Direito Internacional dos direitos humanos. Por mais que se tenha como norte a legislação, o tema se espraia para outros ramos e outros saberes.

A apresentação do estudo divide-se em três capítulos. O primeiro capítulo introduz o trabalho, apresentando o acúmulo de experiências no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, a partir da década de 50, fundamentadas no direito humano internacional à saúde. Identifica problemas pontuais que acometeram os vários contextos socioculturais das principais reformas psiquiátricas que ocorreram no mundo. No primeiro capítulo, há uma seção, que conta com duas partes. A primeira parte da seção analisa a evolução histórica do cuidado em saúde mental, dando ênfase, ao período pós anos 50. Discute as reformas psiquiátricas – com enfoque na italiana, que colocou em prática a transição da

fase do declínio do asilo para a fase da saúde mental baseada no cuidado na comunidade —. Discorre sobre as inúmeras mudanças de paradigma do tratamento psiquiátrico: do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário e, sobre a necessidade de reestruturação das relações sociais perdidas durante o período de internação em hospitais psiquiátricos. Na segunda parte da seção será justificada a hipótese da dissertação. Porque foram escolhidos especificamente os países Brasil e Uruguai para o estudo comparado. Elucida também o parâmetro que será utilizado, nos capítulos seguintes, para análise da situação brasileira e uruguaia, que são os dez passos para boas práticas em saúde mental recomendados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e analisa a problemática do estigma e autoestigma, principal herança, considerada pelo estudo, da violação dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

O segundo capítulo contextualiza alguns pontos do direito internacional dos direitos humanos que viabilizaram a internalização, pelos Estados, dos tratados internacionais que versam sobre os direitos humanos e sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Fala também, sobre o histórico da evolução do direito à saúde mental no mundo para, em seguida, tratar do direito à saúde mental, especificamente, no Brasil e no Uruguai. Desta feita, no segundo capítulo, há três seções. A primeira seção versa sobre as tensões dialéticas entre os princípios que circundaram o direito internacional nas últimas décadas: monismo e dualismo e, sobre os avanços do direito internacional dos direitos humanos de modo geral. A segunda seção trata do direito à saúde e do direito à saúde mental no mundo e a terceira seção fala sobre o tratamento do ordenamento jurídico brasileiro dado ao direito à saúde mental e, faz o mesmo, com o Uruguai, ao analisar o ordenamento jurídico uruguaio em relação ao tratamento conferido à saúde mental. As três seções giram em torno das transformações no cuidado à saúde mental, relacionadas diretamente com os direitos humanos internacionais e com o direito à saúde mental na perspectiva da recomendação atual, que é o tratamento na comunidade.

O terceiro capítulo faz uma abordagem do direito à saúde no Brasil e no Uruguai, levando-se em conta o processo de construção dos sistemas de saúde em cada um desses países, no que diz respeito principalmente às normativas existentes; os princípios basilares

sobre os quais se fundamentam; bem como às deficiências enfrentadas para a plena operabilidade das dez recomendações para boas práticas em saúde mental, do Relatório Mundial da Saúde, da OMS, de 2001. No terceiro capítulo há uma discussão comparativa, com o intuito de identificar em qual dos níveis históricos da reforma psiquiátrica e do cuidado em saúde mental, propostos pelos autores Thornicroft e Tansella (2010, p. 20): “asilo, declínio do asilo ou desenvolvimento do cuidado em saúde mental descentralizado, baseado na comunidade”, encontram-se os países Brasil e Uruguai e quais suas deficiências e seus avanços na temática.

Finalmente, em Considerações Finais são dispostas brevemente questões problematizadas pela investigação e desdobramentos direcionados para se pensar novos rumos do direito a saúde mental, na realidade brasileira e uruguaia, e assim, contribuir com o intercâmbio de boas práticas entre os dois países, possibilitando a conquista de novos direitos e a ampliação da cidadania desse grupo social, visto que, o direito à saúde mental é um processo complexo e de questionamento constante.

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Este capítulo intenciona evidenciar e analisar o acúmulo de experiências exitosas, ou não, no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, a partir da década de 50, fundamentadas no direito humano internacional à saúde. Possui também o intuito de identificar problemas pontuais que acometeram os vários contextos socioculturais das principais reformas psiquiátricas que ocorreram no mundo, para assim, poder vislumbrar soluções e formas de enfrentamento, voltadas à realidade dos países Brasil e Uruguai, nos capítulos seguintes. O tema é relevante, pois ainda são grandes os desafios a serem enfrentados.

A OMS traz o conceito de saúde no preâmbulo da sua Constituição de 1946, “saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Essa definição chama atenção para o caráter social e psicológico que a saúde passou a englobar. A partir dessa conceituação, a definição de saúde passou a ser muito mais abrangente, contemplando e dando importância à saúde mental e ao bem-estar social. À medida que o conceito de saúde evoluiu, as investigações em torno da saúde mental, também evoluíram. Saúde mental, nas palavras de Paulo Amarante (2007, p. 15) “é um campo de conhecimento das políticas públicas. [...] Poucos campos são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes”. Boas práticas em saúde mental devem representar a modificação na forma de lidar com a loucura, o tratamento na comunidade e, a garantia do pleno gozo dos direitos humanos, sociais e culturais aos portadores de sofrimento mental.

Neste capítulo, há uma seção, que conta com duas partes. A primeira parte da seção analisa a evolução histórica do cuidado em saúde mental, dando ênfase, ao período pós anos 50. Discute as reformas psiquiátricas – com enfoque na italiana, que colocou

em prática a transição da fase do declínio do asilo para a fase da saúde mental baseada no cuidado na comunidade –. Discorre sobre as inúmeras mudanças de paradigma do tratamento psiquiátrico: do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário e, sobre a necessidade de reestruturação das relações sociais perdidas durante o período de internação em hospitais psiquiátricos. Tal abordagem se faz necessária, considerando-se a necessidade de entender o percurso histórico, para entender a desinstitucionalização.

Na segunda parte da seção será justificada a hipótese da dissertação. Porque foram escolhidos especificamente os países Brasil e Uruguai para o estudo comparado. Elucidaremos também o parâmetro que será utilizado, nos capítulos seguintes, para análise da situação brasileira e uruguaia, que são os 10 passos para boas práticas em saúde mental recomendados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e analisaremos a problemática do estigma e autoestigma, principal herança, considerada pelo estudo, da violação dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Divisões da Evolução Histórica do Tema

Abordaremos agora duas divisões históricas e suas implicações no cuidado em saúde mental. De acordo com Graham Thornicroft e Michele Tansella (2010, p. 20), no último século, o período histórico do cuidado em saúde mental das nações economicamente desenvolvidas podem ser divididas em três períodos específicos marcados por transições geralmente desencadeadas por escândalos: O primeiro período seria aproximadamente de 1880 a 1950, considerado o período do nascimento do asilo; o segundo período seria aproximadamente de 1950 a 1980, considerado o declínio do asilo e, o terceiro período seria a partir de 1980, considerado o desenvolvimento de um cuidado em saúde mental descentralizado, baseado na comunidade.

Essa subdivisão em períodos históricos que modificaram o cuidado em saúde mental não pode ser aplicada em igualdade aos países economicamente menos desenvolvidos, pois mesmo nos países com economias desenvolvidas, cada um desses períodos variaram enormemente em termos de amplitude temporal (não coincidem o mesmo período histórico)

e variaram em termos conceituais (nem todas as etapas tem o mesmo peso e o mesmo impacto). Cada país que colocou em prática as reformas na psiquiatria elaborou condições próprias, segundo as necessidades e especificidades da sua população e da época, adotando visões diferentes sobre a doença mental.

Thornicroft e Tansella (2010, p. IX) com essa subdivisão defendem que a maior parte do mundo encontra-se atualmente no terceiro período. Interpreta-se, nesse estudo, essa visão bastante otimista. Sem margem de dúvidas, os serviços do Reino Unido e da Itália, os quais eles dirigiram, com êxito, se encontram no terceiro período (o desenvolvimento do cuidado em saúde mental baseado na comunidade), mas entende-se que, a maioria dos países, ainda encontra-se no segundo período (o declínio do asilo). E infelizmente, muitos países com baixos índices econômicos, ainda não superaram o período do asilo.

Em concordância com o exposto, Benedetto Saraceno (2010, p. IX - X) acrescenta que a grande maioria dos países não atingiu o terceiro período e há sinais que alguns países estão retrocedendo ao primeiro período (nascimento do asilo). O autor exemplifica com o nascimento de um novo tipo de asilo, com características diferentes do passado. Segundo ele, as prisões que abrigam muitos portadores de transtornos mentais podem ser consideradas o novo tipo de asilo que cresce exponencialmente em alguns países:

Um grande número de pessoas que sofrem de desordens mentais, agora vivem em prisões, e essas instituições são caracterizadas pela mesma lógica dos velhos asilos psiquiátricos e estão muito longe da ideia de um serviço de saúde mental descentralizado e baseado na comunidade (Saraceno, 2010, p. IX - X).

Corroborando com o pensamento de Saraceno (2010), outro exemplo está ocorrendo em muitos países, economicamente não desenvolvidos, que estão retrocedendo ao asilo e exigem atenção. Por conta do uso abusivo e crescente do alcoolismo e de drogas, principalmente do crack e seus derivados, somados a dificuldades sociais e assistenciais, há quem defenda a internação compulsória e não autorizada pelo paciente. Nessa conjectura, percebe-se que os princípios emancipatórios que norteiam o tratamento em comunidade – tão difíceis de serem conquistados – estão sendo questionados. Mais uma vez o direito a liberdade e os direitos humanos correm riscos de serem violados.

Outra divisão de períodos históricos do cuidado em saúde mental, que o estudo

trabalha, foi proposta pelo brasileiro Paulo Amarante (2007, p. 41). O autor divide a reforma da saúde mental em dois grandes períodos, mais um a parte. O primeiro se refere ao processo de crítica ao modelo asilar, onde se desenvolveram movimentos como as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psicoterapia Institucional, na França. O segundo período se refere à transferência da psiquiatria para os ambientes públicos, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental na comunidade. Neste período houve experiências como a Psiquiatria de Setor, na França e da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. No outro grupo, à parte, estão a Antipsiquiatria/Psiquiatria Democrática. O autor achou conveniente manter esse grupo separado, pois considera que o termo reforma não se adequa a este último grupo.

Respeita-se o entendimento do autor, mas em contraposição, considera-se nesse estudo, a Psiquiatria Democrática, como a principal Reforma Psiquiátrica. Nessa investigação denomina-se como: Reforma Psiquiátrica Italiana, Reforma Psiquiátrica Democrática, Antipsiquiatria ou ainda, Reforma Psiquiátrica Basagliana. Entende-se que a Psiquiatria Democrática foi a mais importante de todas as reformas, pois foi a partir dela que, foi possível de fato, cuidar da saúde mental na comunidade.

Amarante (2007) não trabalha em sua divisão de períodos históricos, com a criação e a manutenção do asilo, pois sua divisão histórica se baseia nas reformas da saúde mental que criticavam, especificamente, o modelo asilar e manicomial. Concordamos com a divisão periódica do cuidado em saúde mental proposta por Paulo Amarante, pois antes da década de 1950, período referente à criação do asilo e a manutenção deste, não se considera, nesta investigação, um período de cuidado em saúde mental. Em suma, nos tópicos seguintes, priorizaremos as reformas no cuidado à saúde mental propostas na divisão de Paulo Amarante (2007), mas falaremos brevemente sobre a criação e manutenção do período asilar, para fins de entendimento cronológico.

Breves Considerações Sobre a Criação e Manutenção do Asilo

O asilo esteve presente ao longo dos séculos e seus resquícios continuam fortes na atualidade, principalmente nos países com economias não desenvolvidas. O modelo asilar ou manicomial determinou por muito tempo o entendimento e os tratamentos disponibilizados no que se refere à doença mental, resultando em sérias consequências.

O asilo foi criado, chancelado e mantido por muito tempo, a partir da ideologia de Philippe Pinel³, considerado por muitos como o pai da psiquiatria. De acordo com Paulo Amarante (2007, p. 33-35), a ideologia pineliana se desenvolveu em plena Revolução Francesa. Pinel, além de psiquiatra, foi um importante político. Foi deputado da Assembleia Nacional Constituinte e ajudou a elaborar a primeira constituição democrática republicana francesa, que trazia no seu escopo o então moderno conceito de cidadania. Mas, ao contrário do que se possa imaginar, a conjectura entusiasta, democrática e revolucionária da época, não foi suficiente para modificar a situação crítica referente ao tratamento da loucura.

Antes de Pinel, a situação dos ditos loucos era um pouco mais lamentável. Eles viviam trancafiados e acorrentados em depósitos humanos. Pinel ao assumir a direção de manicômios na França, no final do século XVIII e início do século XIX, adotou como primeira medida, desacorrentar os portadores de transtornos mentais. De alienados e sem cura, passaram a ser considerados doentes mentais e passíveis de tratamento. O que surpreendia era que, antagonicamente à Revolução Francesa, a ideologia de cura pineliana era o asilo. Segundo Amarante (2007, p. 29), o pai da psiquiatria, Philippe Pinel, defendia a libertação dos loucos das correntes, contudo, acreditava que os pacientes deveriam ser submetidos ao tratamento asilar:

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do “tratamento moral”, é o princípio do “isolamento do mundo exterior”, uma construção pineliana que até os dias atuais não esta totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea (Amarante, 2007, p. 29).

3 O legado, o pioneirismo e a relevância de Philippe Pinel para a psiquiatria mundial é tão grande, que inúmeros hospitais psiquiátricos, em vários países, são nomeados em sua homenagem. Outro exemplo ocorre, no Brasil: O termo “pinel” é bastante utilizado para descrever um portador em sofrimento mental e equivale aos termos: “doido” ou “louco”.

O chamado “tratamento moral” praticado pelos alienistas incluía o afastamento dos doentes do contato exterior com a vida em sociedade e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o “desenvolvimento natural” da doença por Pinel. Desacorrentar os loucos pode dar a impressão de liberdade. Todavia o que ocorreu foi somente uma pequena modificação da instituição hospitalocêntrica. Os ditos loucos permaneciam trancafiados, não mais por repressão, não mais por correntes, mas por um suposto tratamento terapêutico, que continuava igualmente desumano e dentro do hospital psiquiátrico. O problema é que esse tratamento terapêutico, geralmente não tinha previsão de encerramento e passou a ser diretamente relacionado ao perigo à sociedade, que ainda perdura nos dias atuais. Falar-se-á adiante sobre os estigmas e preconceitos criados e perpetuados por essa relação, mas inicialmente, é importante frisar que foi nesse contexto da necessidade de isolamento do mundo exterior, necessidade de separação dos ditos normais dos ditos doentes mentais, que os portadores de transtornos mentais começaram a ser considerados culturalmente perigosos em sociedade. Por esse motivo, os hospitais psiquiátricos passaram a ser construídos nas periferias das cidades e cercados por muros altos, para proteger a sociedade do perigo.

Constata-se que, nos dias atuais, que a grande maioria da população dos países que não se encontram no estágio de tratamento da saúde mental na comunidade, ainda possui essa concepção. Nesse sentido Amarante (2007, p. 29) confirma:

O conceito de alienação mental nasce associado à ideia de “periculosidade”. Em certo sentido, pode-se considerar que ao longo de todos estes anos o conceito de alienação mental contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais.

Em meio a tantas contradições, o alienismo desenvolvido por Pinel contribuiu para o surgimento da primeira relação jurídica com os portadores de transtornos mentais. Segundo Amarante (2007, p. 36) a primeira lei de assistência aos alienados foi promulgada na França em 30 de junho de 1838 e surgiu em decorrência do trabalho de Pinel, reproduzindo os princípios e estratégias adotadas pelo pai da psiquiatria. O tratamento moral de Pinel foi fortalecido pela legislação vigente e os artigos presentes em seu texto fundamentaram a prática psiquiátrica e influenciaram a constituição das leis em inúmeros países. No texto

legal francês é notória a associação da periculosidade com a loucura. Percebe-se também, uma preocupação em proteger a sociedade do perigo, em detrimento ao tratamento da doença mental. A legislação francesa não garantia os direitos dos portadores de transtornos mentais, pelo contrário, o cerceamento da liberdade do portador de transtorno mental, a impossibilidade de exercer seus direitos e a ideia de periculosidade associada à figura do louco estava explicitada em vários artigos. Entretanto não se pode deixar de reconhecer seu importante marco histórico.

É válido ressaltar que o alienismo de Pinel, na época, não foi apenas festejado e valorizado. Foi alvo de muitas críticas, devido à notória contradição entre os ideais da Revolução Francesa, que acontecia na época e, o tratamento moral de Pinel baseado no isolamento. Sobre o assunto, Amarante resume a questão (2007, p. 37): “que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles os quais pretendia libertar?”.

O resultado do alienismo de Pinel foi que, em pouco tempo, os hospícios ficaram superlotados, pois continuavam a cumprir a função de receber segmentos marginalizados da sociedade. Segundo Amarante (2007, p. 38) as denúncias de violência e violação dos direitos humanos contra os pacientes internados se tornaram constantes e fizeram com que a credibilidade dos hospitais psiquiátricos chegasse a níveis muito baixos.

O alienismo de Pinel se perpetuou por muito tempo. A situação das instituições psiquiátricas piorou com o passar das décadas e se tornou extremamente decadente e desumana após a Segunda Guerra Mundial. Muitas vezes foi comparada pelos estudiosos como idêntica a situação vivida em campos de concentração, com a absoluta ausência dos direitos humanos. Foi então que, começaram as primeiras vivências das reformas psiquiátricas em alguns países, assunto que trataremos no próximo subtópico. Infelizmente, mesmo com as reformas psiquiátricas, a situação atual, na maioria dos países, deixou de ser extremamente decadente e desumana, mas continua, em inúmeros casos, lamentável.

A Importância das Principais Reformas Psiquiátricas

Faz-se necessário agora conhecermos com maior profundidade as principais reformas psiquiátricas que ocorreram em decorrência da crítica ao modelo asilar e quais os impactos de todas estas reformas na atualidade.

As grandes mudanças para uma nova reorientação dos tratamentos aos portadores de transtornos mentais aconteceram no período pós-guerra. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiram vários movimentos de reformas psiquiátricas, todas elas, reconheciam que era necessário transformar o cuidado em saúde mental e que o hospital psiquiátrico estava falido. A principal crítica, em todas as reformas psiquiátricas, versava sobre os métodos de tratamentos em ambientes asilares e manicomiais. Internacionalmente, este período é marcado por processos de democratização e consolidação dos direitos humanos, civis, sociais e políticos. A seguir falar-se-á resumidamente sobre as principais Reformas, e mais atentamente, sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana.

Como citado anteriormente, Amarante (2007, p. 41) dividiu essas experiências da reforma psiquiátrica em dois grandes grupos e mais um a parte. O autor resume cada uma delas:

O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado “pelos beiradas” como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e a necessidade do hospital psiquiátrico. No “outro” grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais.

A experiência da Comunidade Terapêutica surgiu na Inglaterra e foi baseada no pensamento dos seguintes estudiosos: Main e Bion Reichman, e principalmente

de, Maxwell Jones. Eles defendiam que os pacientes deviam participar ativamente das atividades disponíveis nos hospitais psiquiátricos. Nas palavras de Amarante (2007, p. 43): “por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais”. Ou seja, os pacientes e familiares passaram a participar de reuniões, assembleias, na tentativa de evitar o descaso e o abandono dos pacientes. Amarante (1998, p. 28) descreve a experiência da Comunidade Terapêutica:

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. Datada sócio-historicamente do período do pós-guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada a lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não tolerava mais conviver.

Constata-se que a reforma proposta pela Comunidade Terapêutica se reduz ao ambiente do hospital psiquiátrico. Quando havia intervenção na comunidade, era apenas uma extensão do manicômio. Havia preocupações com as relações existentes dentro do asilo, mas não havia nenhuma preocupação com as causas externas. A reclusão no asilo não era questionada.

Em relação à reforma denominada Psicoterapia Institucional, ela ocorreu na França, com uma ideologia muito parecida com a da Comunidade Terapêutica da Inglaterra. O teórico que se destacou nesta reforma foi François Tosquelles. Ele entendia que o trabalho era terapêutico e essa ideologia passou a ser aplicada dentro do hospital psiquiátrico, entre os internos. De acordo com Amarante (2007, p. 44): “esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade”. A Psicoterapia Institucional pretendia superar além da verticalidade das relações, uma possível horizontalidade simplificada das relações dentro do hospital psiquiátrico. Para essa reforma não bastava transformar as relações institucionais de verticais para horizontais, era necessário criar novos espaços e possibilidades terapêuticas, tais como atividades artísticas, laborais e físicas, festas de aniversários, reuniões, entre outras. A Psicoterapia Institucional recebe a mesma crítica da

Comunidade Terapêutica, por resumir-se a uma reforma asilar que não questionava o caráter sociocultural do tratamento da saúde mental dos pacientes. As duas reformas possuíram suas contribuições, mas defenderam e ratificaram a manutenção do asilo psiquiátrico.

Já a reforma Psiquiatria de Setor foi um movimento de contestação do modelo asilar que surgiu em decorrência das deficiências da Psicoterapia Institucional e introduziu, também na França, a necessidade de atividades fora dos muros do hospício, para dar continuidade ao tratamento terapêutico após a alta médica hospitalar. A principal teórica dessa reforma foi Lucien Bonnafé. Com a criação de centros de saúde mental (CSM), a grande herança da experiência foi a introdução de equipes polivalentes na comunidade. Segundo Amarante (2007, p. 46): “o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no hospital quanto no local de residência”. Com a oficialização desta política, cada território francês passou a contar com uma equipe multiprofissional constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais que eram responsáveis por continuar o tratamento fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Desta forma, na reforma Psiquiatria de Setor houve um grande avanço com a criação de equipes destinadas ao tratamento em comunidade, mas ainda assim, continuava a possuir caráter institucional, pois não questionava o caráter sociocultural do tratamento dos portadores de transtornos mentais.

Foi nos Estados Unidos, que surgiu a Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária. Teve por fundador e principal teórico, Gerald Caplan, que entendia que todas as doenças mentais poderiam ser previstas, prevenidas e, por consequência, tratadas no início, se diagnosticada precocemente. Apesar das inovações em criação de serviços extra-hospitalares na Psiquiatria Preventiva, o manicômio continuava a existir. Paulo Amarante (2007, p. 51) confirma: “ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA. [...] Os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientela para os hospitais psiquiátricos”. Em 1955, nos Estados Unidos, foi realizado um censo que denunciou as péssimas condições da assistência psiquiátrica. A partir desses dados, o governo americano implantou medidas objetivando a redução da doença mental na população. Era um período de graves problemas sociais e

pós-guerra do Vietnã. Os Estados Unidos passou a considerar que os sofrimentos mentais poderiam ser prevenidos e tratados com maior eficácia⁴ se identificados inicialmente. Segundo Amarante (1998, p. 36): “a Psiquiatria Preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar a um novo objeto: a saúde mental”. A Psiquiatria Preventiva americana passou a produzir uma ideologia de salvadora da pátria, pois tinha o papel de tratar além dos transtornos mentais, as problemáticas sociais da época. Mesmo com a política de promover a saúde mental da população, os hospitais psiquiátricos continuavam a possuir caráter segregador e com uma demanda cada vez maior, pois, o modelo asilar era retroalimentado pelo modelo preventivista.

Podemos observar que tanto a Comunidade Terapêutica, quanto a Psicoterapia Institucional tinha a ideia de que seria possível melhorar a vivência da psiquiatria a ponto de tornar eficiente o hospital psiquiátrico com a verticalização das relações institucionais dentro dele, enquanto que, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, defendiam o tratamento externo ao manicômio, com envolvimento multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, advogados, educadores físicos, entre outros) e não mais baseada no tratamento exclusivo do médico psiquiatra. Entretanto, nenhuma delas foi capaz de solucionar a problemática manicomial. Já a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que de início parecem ser reformas de contestação, mas na realidade defendiam que a doença mental era primordialmente estabelecida entre o indivíduo e a sociedade e isso precisava de atenção, conseguiu superar o modelo asilar. Foi a partir daí que o viés social da doença mental passa a ser valorizado. Neste estudo, a Reforma Psiquiátrica Democrática será priorizada em relação às demais, pois de todas elas, considera-se que ela foi a que possuiu maior importância para a atualidade, por ser a única a desenvolver políticas totalmente antimanicomiais.

Para os estudiosos da área, o principal protagonista da Psiquiatria Democrática foi Franco Basaglia, que embasou sua experiência bem-sucedida nos hospitais psiquiátricos

4 Compulsando o trabalho, os termos: eficácia, efetividade e eficiência serão tratados como sinônimos. Sabemos que não existem sinônimos perfeitos e há diferenças entre os três termos, especialmente no campo do Direito Administrativo. De acordo com Torres (2004, p. 175) a eficácia estaria relacionada com o atingimento dos objetivos desejados, por determinada ação do Estado, sem levar em consideração os meios utilizados. Já a eficiência priorizaria os mecanismos mais econômicos e viáveis para a obtenção do objetivo do Estado. A efetividade, por sua vez, seria mais complexa, devendo haver o emprego de uma investigação da real necessidade e oportunidade das ações estatais, devendo elas ser democráticas e transparentes. Deve-se reconhecer que no âmbito do presente estudo essa diferenciação criteriosa não se aplica automaticamente às características e realidade dos programas sociais tanto no Brasil, quanto no Uruguai, sendo plenamente possível utilizá-las como sinônimos.

das cidades italianas Gorizia e Trieste, nas obras de Michel Foucault e Erving Goffman e, principalmente, nas falhas das reformas psiquiátricas anteriores, desenvolvidas nos outros países. Basaglia passou, assim, a negar a psiquiatria enquanto ideologia. Amarante (2007, p. 54-56) arremata:

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

É importante frisar que a experiência, os princípios e as estratégias adotadas por Franco Basaglia para a desconstrução dos manicômios, na Itália, inspirou várias reformas psiquiátricas, em vários países, tornando-se inclusive o eixo precursor para a reforma em um dos países foco do estudo, o Brasil. O objetivo fim de Basaglia era substituir os hospitais psiquiátricos pelos serviços substitutivos na comunidade, reconstruir as relação paciente/sociedade e, assim, promover a inclusão social completa para garantir os direitos dos portadores de sofrimento mental. Amarante (2007, p. 56-57) descreve o processo:

A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbassem efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.

Para que se alcançasse este estágio do fechamento completo dos hospitais psiquiátricos e implantação dos serviços substitutivos, na Itália, são notórias as influências das reformas ocorridas em outros países, principalmente, da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Elas foram utilizadas como estratégias intermediárias para a extinção do manicômio. O atraso italiano na reforma da psiquiatria, em relação à França, à Inglaterra e aos Estados Unidos, acabou por beneficiar a Reforma Democrática Italiana, pois ela se utilizou das falhas das reformas anteriores para consolidar seu modelo, como o melhor modelo reformista.

Contextualizando o exposto, Franco Rotelli, citado por Paulo Amarante (2007, p. 58-59) – discípulo e braço direito de Franco Basaglia, que o substituiu na Itália após seu falecimento –, defende que o modelo implantado na Itália por Basaglia rompeu com todas

as experiências anteriores no quesito da desinstitucionalização, pois foi muito além da simples desospitalização de pacientes. Nas palavras de Amarante (2007, p. 59):

Rotelli nos propõe “uma outra via”, ao considerar ser este um processo social complexo que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais.

Constata-se que na maioria das tentativas de reforma psiquiátrica em todo o mundo, elas basicamente se limitaram a tentativa de reformulação dos serviços psiquiátricos, como por exemplo, as tentativas de humanização dos hospitais e de criação de serviços externos, mas nenhuma delas, antes da italiana, se preocupou em modificar as práticas e as concepções sociais. Para entender a experiência Basagliana, é necessário interpretar o processo de reforma psiquiátrica, como uma dívida história de cerceamento de direitos dos portadores de transtornos mentais e como um processo social complexo com todas as suas peculiaridades. Na reforma italiana, não bastava reorganizar ou humanizar o hospital, era necessário modificar a concepção sociocultural e criar serviços substitutivos eficazes na comunidade.

Para que os países, que não alcançaram o estágio de tratamento na comunidade, na atualidade, possam evoluir na temática, é importante entender que a reforma da saúde mental trata-se de um processo social multidisciplinar completo, e que o campo jurídico, político e sociocultural possuem relevante importância para que sejam implantados serviços substitutivos de saúde mental de qualidade e com qualidade. Nesse sentido, de acordo com Amarante (2007, p. 68) esse processo social complexo envolve inclusive a nomenclatura e a evolução dos conceitos de doença mental e saúde mental. O autor defende o termo “sujeitos em sofrimento psíquico ou mental”:

A psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos “transtorno mental” (em português e espanhol) e “desordem mental” (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão “os portadores de transtorno mental”. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? [...] No campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos “em” sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito (Amarante, 2007, p. 68).

Optou-se neste estudo, por seguir a nomenclatura proposta pelo autor, mas também por usar a terminologia utilizada na legislação brasileira – portadores de transtornos mentais

–, pois em discordância com o autor, se entende que, ser portador de um transtorno mental ou psíquico, não significa um caráter permanente. Interpreta-se, nessa investigação, que portador de transtorno mental ou portador de sofrimento mental possuem a mesma conotação. Como justificativa, traça-se um paralelo com a nomenclatura mundialmente utilizada para deficientes físicos. Ser um portador de deficiência física significa possuir uma deficiência transitória ou não.

Durante todas as reformas psiquiátricas ocorridas ao longo das últimas décadas, em inúmeros países, se observou que era preciso modificar o tratamento em saúde mental, mas foi somente, a partir da reforma italiana, que se constatou que era preciso modificar a própria psiquiatria para poder corrigir os erros relacionados com a instituição asilar. Nas palavras de Lígia Giovanella e Paulo Amarante (1994, p. 139):

Quando se trata de estratégias para o planejamento em saúde mental, não bastam as medidas racionalizadoras, de princípios de boa gestão administrativa, de diagnóstico comunitário, de hierarquização, de descentralização de serviços, de regionalização, de sistemas de referência e contrarreferência, de participação comunitária e assim por diante, se não se operam mudanças na natureza do saber que se exercita no que se está conceituando como ato de saúde.

No mesmo sentido, Franco Rotelli (1990, p. 27) toca no mesmo ponto, ao defender a antipsiquiatria, ao dizer que: “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social”. Ocorre que, o modelo manicomial, reformado ou não, historicamente afastou os portadores de transtornos mentais do convívio social. Ele foi fundamentado em uma abordagem estritamente psiquiátrica e farmacológica que desconsiderava completamente os aspectos psicossociais e o direito à cidadania dos portadores de sofrimento mental.

A reforma italiana entendia que era imprescindível às boas práticas em saúde mental possuir caráter social e respeitar os direitos e a cidadania a dos pacientes. Eram prioridades da reforma italiana: o respeito aos direitos e à cidadania; a priorização da assistência comunitária; a multidisciplinaridade de profissionais no tratamento, a abordagem psicossocial; a constituição de redes de assistência articuladas no território e, prioritariamente, o estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental. A reinserção social do paciente em sofrimento mental, na comunidade, foi o fator principal que rompeu com o complexo manicomial.

Sobre o complexo manicomial, que diferencia os direitos entre as pessoas, Franco Rotelli (1990, p. 30) explica:

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constroem uma hierarquia em razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade: é o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de código de referência e de relação de poder que se estruturam em torno do objeto doença.

Desta feita, com a Reforma Psiquiátrica Basagliana, passou-se a entender que cuidar da mente era complexo e multidisciplinar. Não poderia ser algo mecânico ou técnico. A psiquiatria não poderia ser tecnicista como, outras áreas da medicina. Pelo seu histórico de segregação e graves violações aos direitos humanos, é uma área que além de possuir uma dívida para com os portadores de transtornos mentais, é preciso estar sempre alerta, pois é um terreno fértil para o descaso e para violações de direitos.

Corroborando com essa linha de pensamento, em relatório preliminar de uma pesquisa desenvolvida no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, em 1968, quando Basaglia iniciou seus trabalhos, como comunidade terapêutica, afirmou-se que através de uma história de negações sucessivas, a psiquiatria chegou ao ponto de negar a si mesma, ou seja, com o passar do tempo, o modelo italiano percebe as falhas das reformas psiquiátricas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, ao constatar que, as relações de poder continuavam as mesmas, apesar dessas reformas possuírem seus méritos. Por esse motivo o modelo italiano é considerado por muitos como a antipsiquiatria, ao considerar que o doente mental, ao longo dos anos, foi negado pela psiquiatria tradicional e esse quadro precisava ser modificado.

Basaglia *et al.* (1994, p. 16) descreve os pilares do modelo italiano, a negação do modelo manicomial:

A negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do

psiquiatra em relação ao paciente, do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição.

Essa negação do hospital tradicional e da psiquiatria como segregadora e de caráter custodial levou a reorganização do hospital psiquiátrico na Itália. Passou-se de uma ideologia custodialística para uma ideologia de tratamento comunitário, na qual o interno era oportunizado a: direitos, escolhas, poder de decisão, oportunidades e contestação. Essa transformação ficou conhecida, em pouco tempo, como o modelo basagliano. A reforma italiana partia do pressuposto que o hospital psiquiátrico estava doente e precisava ser substituído. Que não podia existir meio-termo. Ou havia uma política manicomial ou uma política antimanicomial. Defendia que ao existir o modelo defasado de hospital psiquiátrico, existia necessariamente o manicômio, instituição considerada privadora de direitos e das escolhas dos pacientes. Sobre a temática, Franco Basaglia *et al.* (1994, p. 30) afirma:

O ponto de partida comum é a recusa do hospital psiquiátrico tradicional. O hospital psiquiátrico tradicional já foi estudado a fundo, mas somente hoje é finalmente conhecido na sua verdadeira estrutura sociopsicológica. As estruturas futuras são, por sua vez, ainda indeterminadas. Por outro lado, as perspectivas de renovação estão tornando-se tão radicais (mesmo em alguns estudos estrangeiros) ao ponto de induzir-nos a considerar com fundamentadas razões que os próprios conceitos de “assistência psiquiátrica”, de “estrutura organizativa” e mesmo de “terapia” devem ser revistos e reformulados sob bases totalmente novas.

Nesse contexto, o futuro da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos era incerto, mas era certo que do jeito que se encontravam, não poderia continuar. Era certo, também que, as reformas até então ocorridas em outros países, até melhoraram o quadro deplorável que os portadores de transtornos mentais se encontravam, mas não resolveram a situação. As reformas anteriores não foram capazes de devolver a cidadania e os direitos dessa parcela da população. Era preciso tratar com dignidade a reinserção desses cidadãos na sociedade e devolver-lhes os direitos sequestrados ao longo dos séculos. As experiências reformadoras da psiquiatria foram importantes para alargar os horizontes de trato com a saúde mental, entretanto, todas elas, antes da experiência de Franco Basaglia, na Itália, acabaram por transformar a desinstitucionalização em mera desospitalização. Sem dúvida alguma, Franco Basaglia, foi pioneiro, iniciou e colocou em prática a desinstitucionalização da psiquiatria, ao questionar a instituição do saber psiquiátrico.

É válido esclarecer que um ponto de grande importância no entendimento do processo de reforma psiquiátrica e na mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário é a diferenciação entre desinstitucionalização e desospitalização. A desinstitucionalização é muito mais ampla que a simples desospitalização do paciente em sofrimento mental. A desinstitucionalização é a complexa construção de uma rede de serviços comunitários em substituição ao modelo centrado dentro dos hospitais psiquiátricos, sem excluir totalmente a internação.

De acordo com Basaglia citado por Amarante (1996, p. 84), a institucionalização é um complexo de danos resultantes de uma longa moradia no hospital psiquiátrico, baseados em um instituto regido pelo autoritarismo e pela coerção. Basaglia defende ainda, que as regras a que se submete o portador de transtorno mental determinam uma progressiva perda de interesse o que reverbera em um vazio emocional.

Considera-se, um hospital psiquiátrico institucionalizado como um ambiente de violência, cerceamento de direitos e exercício de poder, pois massifica os pacientes, retira suas subjetividades, tornando-os todos iguais – inclusive com uso de roupas próprias –. A massificação torna insignificantes histórias, vivências, cultura e, principalmente, os sofrimentos individuais. Dentro das instituições psiquiátricas, a psiquiatria durante séculos, “tratou” os portadores de transtornos mentais, os excluindo do contexto social.

Sobre a temática, Basaglia citado por Amarante (1996, p. 84-85) explica o poder da institucionalização como um conjunto de forças, mecanismos e aparatos da instituição manicomial que invariavelmente ocorre quando o doente é enclausurado. Ele perde a sua individualidade quando é oprimido pelos limites impostos pelo poder institucional do hospital que causa a reclusão e gera um processo de redução de si mesmo. Esse processo nem sempre pode ser reversível.

Alguns autores consideram que houve desinstitucionalização em todas as reformas psiquiátricas, como por exemplo, Denise Dias Barros (1994, p. 173):

A opção política e teórica pela desinstitucionalização revelou e produziu conteúdos diferenciados, segundo a opção que se adotou para o enfrentamento prático das questões que envolvem as instituições manicomiais. Discutiam-se duas possibilida-

des. A primeira, representada pelas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, privilegiou a criação de serviços assistenciais na comunidade, deslocando a ênfase anteriormente posta no hospital psiquiátrico, cujo enfraquecimento viria como consequência obrigatória. Os italianos definiram-se por um segundo caminho, enfatizaram a necessidade de se partir do interior do manicômio, criando condições para a sua desmontagem, subvertendo sua lógica e funcionamento. Uma postura que procurava trabalhar de forma lenta, mas, decisiva, na desconstrução do manicômio e, simultaneamente, na construção de serviços territoriais.

Em contraposição a opinião da autora acima citada e aos que defendem que houve desinstitucionalização em todas as reformas psiquiátricas, entende-se neste estudo, que somente a partir da reforma basagliana houve, de fato, a desinstitucionalização. Interpreta-se que, antes da reforma italiana houve apenas processos de desospitalização. Considera-se que nas demais reformas houve um processo de camuflagem do hospital psiquiátrico: altas médicas em grandes quantidades, transferências de pacientes para instituições não psiquiátricas, na grande maioria para instituições privadas que continuavam a possuir caráter asilar. Eram medidas que não caracterizavam uma desinstitucionalização. Sem falarmos no abandono de inúmeros pacientes, que se tornaram moradores de ruas, muitos deles evoluindo a óbito. Em outras palavras, no processo de desospitalização, o manicômio continuava a existir, mais limpo, com nomenclaturas que enfatizam a humanização, mas continuava a ser manicômio.

O Relatório da OMS (2001, p. 98-99) reafirma a diferença entre desinstitucionalização e desospitalização e corrobora com o entendimento proposto no estudo:

Desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização. Desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias. Fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos. É preciso que as duas coisas ocorram ao mesmo tempo, de uma forma bem coordenada. [...] A desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais. Entre as razões da falta de melhores resultados estão o fato de os Governos não terem atribuído aos cuidados na comunidade os recursos poupados com o encerramento de hospitais; não houve uma adequada preparação de profissionais para aceitar a mudança dos seus papéis; e os estigmas imputados às perturbações mentais continuam fortes, resultando em atitudes negativas do público para com os portadores dessas perturbações. Em alguns países, muitas pessoas com perturbações mentais graves são transferidas para prisões ou ficam sem abrigo.

A desinstitucionalização é complexa porque precisa transformar completamente os paradigmas que o asilo criou. É necessário criar condições para que os portadores de

sofrimento mental possam exercer seus direitos como qualquer outro cidadão dentro da sua comunidade. E isso não é tarefa simples. Nesse caso, fechar ou velar o fechamento de hospitais psiquiátricos, sem a devida realocação de recursos pelos governos, para serviços substitutivos na comunidade, além de não resolver, piora substancialmente o quadro. Outro exemplo é o não treinamento de profissionais. Não adianta modificar o modelo de cuidado: de hospitalocêntrico para o tratamento em comunidade, se os profissionais continuarem a exercer práticas manicomiais⁵.

Na visão de Thornicroft e Tansella (2010, p. 7), um serviço de saúde mental moderno e eficaz é uma mescla entre o cuidado baseado na comunidade e o cuidado com boa resolutividade no hospital. O cuidado ideal baseado no hospital segundo eles seria: “substituir o sistema tradicional, mais custodial e dominado por grandes hospitais psiquiátricos por serviços ambulatoriais que ofereçam acompanhamentos geralmente reduzidos ao tratamento com medicação”.

Com o passar das décadas, para assegurar a mudança do paradigma hospitalocêntrico para o modelo baseado na comunidade, foram criadas inúmeras políticas para substanciar a reforma psiquiátrica em vários países. Considera-se um marco essencial dessa mudança de paradigma, a Lei 180, promulgada na Itália em 1978, que determinou o fechamento de todos os hospitais destinados aos portadores de transtornos mentais, e assim instituiu, formalizou e acelerou o paradigma baseado no cuidado na comunidade. A lei italiana foi um dos resultados das experiências do psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Segundo Basaglia (2005, p. 48-49), os manicômios foram construídos com o principal objetivo de excluir e isolar o portador de transtorno mental da sociedade:

Foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar. [...] O manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas, até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são.

⁵ Um exemplo foi constatado na produção de um documentário sobre as Residências Terapêuticas (um dos serviços substitutivos brasileiros), em 2014, na cidade de Teresina, no estado do Piauí – Brasil. Na época, existiam quatro residências terapêuticas, coordenadas por quatro assistentes sociais, egressas do único hospital público psiquiátrico do estado. Três delas conseguiram colocar em prática o paradigma da reforma psiquiátrica, tornando as experiências bem-sucedidas e superando o modelo manicomial, mas uma das residências não logrou êxito, pois sua coordenadora possuía clara convicção hospitalocêntrica. Ela transformou a residência terapêutica, na qual coordenava, em uma nítida extensão do hospital psiquiátrico. Neste caso, o serviço substitutivo não foi eficaz por falta de treinamento da profissional para a nova realidade no cuidado em saúde mental.

Basaglia, com sua experiência prática, mostrou ser plenamente possível desenvolver um trabalho multifuncional, baseado na comunidade, rompendo com os padrões psiquiátricos da época. A experiência pioneira de Basaglia objetivava resgatar as relações sociais e devolver os direitos dos pacientes, com a produção de um tratamento com viés mais social e humanístico. Ele defendia que o “louco” era, acima de tudo, um cidadão de direitos.

Contextualizando o tema, Jaques Delgado (1991, p. 13) descreve a experiência bem-sucedida de Basaglia em Trieste, na Itália:

A progressiva abertura do manicômio de Trieste, ao buscar entre outras coisas restituir ao “louco” a sua condição de cidadão – indivíduo que sofre, mas que é acima de tudo um cidadão – desmascarou estruturas hipócritas que legitimavam a sanidade “dos de fora” em troca da “loucura dos de dentro” e praticamente forçou um posicionamento de cada cidadão a respeito do tema.

O modelo de reforma desenvolvido e coordenado por Franco Basaglia procurou extinguir a violência e a negação dos direitos dos portadores de transtornos mentais, eliminando práticas estigmatizantes como, por exemplo, a proibição de uso de roupas próprias – fardar os internos, quase sempre nas cores: verde manicômio ou azul hospício (grifo nosso) que retira a personalidade dos pacientes –, houve também a proibição de banhos coletivos, que retiravam a privacidade dos usuários, proibição de eletrochoques, na maioria das vezes, desnecessários e desumanos e a proibição dos quartos fortes, que nada diferenciavam das solitárias das prisões de segurança máxima.

De acordo com Denise Dias Barros (1994, p. 177), foi a partir da Psiquiatria Democrática, que pudemos assistir o início da cumplicidade necessária entre medicina e o judiciário, em busca do resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais:

A luta pela cidadania constitui um dos pilares da desinstitucionalização. A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela Psiquiatria Democrática. Procuraram equacionar de maneira diversa a relação loucura – periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que viviam internadas em instituições psiquiátricas (Barrod, 1994, p. 177).

A Antipsiquiatria desenvolvida na Itália produziu uma revolução e conseguiu substituir alguns termos que sempre estiveram interligados e submersos em preconceitos, como

por exemplo, a mudança da expressão loucura (considerada permanente) para doença mental (considerada não permanente). Outro exemplo foi a desvinculação do senso comum de que todo louco é perigoso. Fazer com que a população entendesse que a maioria dos portadores de sofrimento mental não era perigosa, resultou que, passou a não mais se justificar o aprisionamento, a exclusão e a segregação. Foi nesse momento que se deu início a uma tímida parceria entre medicina e Judiciário.

O pioneirismo de Basaglia demonstrou que era possível realizar a reforma psiquiátrica, pautada nos direitos humanos, civis e sociais, colocando na prática a sua desinstitucionalização. Com a experiência italiana, a loucura derrubou os muros dos hospitais psiquiátricos e começou a ser revista pelos olhos da população. Nesse contexto, Amarante (2007, p. 72) sugere estratégias que podem ser utilizadas para modificar a realidade de países que ainda possuem o modelo manicomial superado:

Se recusarmos aqueles conceitos arcaicos e procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades. Contribuímos dessa forma para o questionamento prático das legislações e normas excludentes, construindo estratégias efetivas de cidadania e participação social, que são, ao mesmo tempo, fundamentos e comprovações materiais dos novos pressupostos.

Todas essas experiências foram consideradas, cada uma a sua época, como Reformas Psiquiátricas, com suas particularidades, vitórias e deficiências. Refletir sobre esse percurso histórico é fundamental para que seja possível devolver o lugar social para as pessoas em sofrimento mental na atualidade e assim, aprimorar, a realidade da saúde mental mundial. Sem margem de dúvidas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um importante vetor para o incentivo de boas práticas em saúde mental. Falaremos a seguir das dez recomendações da OMS para o cuidado em saúde mental.

As Dez Recomendações da OMS

O cuidado em saúde mental é um dos temas prioritários para a Organização Mundial de Saúde – OMS, exemplo disso foi a definição do tema do dia mundial da saúde de 2017,

a depressão. Com o tema, a OMS deu início a uma campanha sobre o transtorno mental que pode afetar pessoas de qualquer idade e em qualquer etapa da vida. Com o lema “*Let’s talk*”, a iniciativa reforça a preocupação com o tratamento da saúde mental. Falaremos agora sobre a importância das dez recomendações para boas práticas em saúde mental, propostas pela OMS.

Os relatórios da ONU e da OMS são relatórios de panorama e alcance mundial. Eles são considerados um meio eficaz de compartilhar informações e de nortear a política de tratamento da saúde mental dos países signatários das resoluções e convenções. O Relatório Mundial da Saúde de 2001 também contextualiza a evolução histórica do cuidado em saúde mental para justificar a urgente necessidade da mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado em cuidados na comunidade, pelos países que ainda possuem predominantemente o modelo manicomial. Apesar de o relatório datar dezesseis anos atrás, pouca coisa mudou. O cenário da saúde mental no mundo continua preocupante.

O relatório da OMS (2001, p. XXII) lembra que foi no século XIX, que surgiram os primeiros manicômios públicos, com o intuito de tratar as doenças psiquiátricas e, principalmente, isolar da sociedade, as pessoas que possuíam padrões comportamentais indesejados na sociedade. Os manicômios não passavam de grandes instituições públicas carcerárias, que depois passaram a ser chamados de hospitais psiquiátricos. Esse modelo foi copiado pelos outros continentes e assim se estabeleceu o modelo hospitalocêntrico e asilar. Com o passar dos anos se estabeleceu, nos manicômios, o isolamento, o abandono, os maus-tratos, e as violações de direitos cresciam exponencialmente. Mesmo com a melhora do cuidado na saúde mental nos dias atuais, ainda é muito comum encontrarmos vestígios de antigos tratamentos desumanos nesses hospitais⁶.

Na segunda metade do século XX, com os avanços da psicofarmacologia, como a ascensão de movimentos de direitos humanos, com a criação da ONU (Organização das Nações Unidas) e o surgimento de documentos internacionais, como por exemplo:

⁶ Um breve exemplo disso foi ao se produzir um documentário audiovisual sobre a reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico público Areolino de Abreu, em Teresina, no estado do Piauí, Brasil. Foram encontrados vestígios de pedaços de ferros, em árvores, que eram destinados às pernas dos pacientes mais graves, na década de 1940.

as declarações de direitos sociais e atos internacionais referentes à saúde, o modelo hospitalocêntrico foi considerado inadequado e surgiram os primeiros indícios para a reforma psiquiátrica.

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma dos cuidados de saúde mental, devida, em grande parte, a três fatores independentes. Primeiro, registrou-se um progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial. Segundo, o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenómeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia fez avanços em todo o mundo. Em terceiro lugar, foi firmemente incorporado um elemento mental no conceito de saúde definido pela recém-criada OMS. Juntas, essas ocorrências estimularam o abandono dos cuidados em grandes instituições carcerárias a favor de um tratamento, mais aberto e flexível, na comunidade (Relatório Mundial da Saúde, 2001, p. XXII).

Esse processo vagaroso, porém progressivo de reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, culminou na condenação do modelo hospitalocêntrico e na formulação do modelo baseado no cuidado na comunidade. Com o passar dos anos e com o avanço nos direitos humanos internacionais, os manicômios foram considerados inadequados em inúmeros aspectos para o suposto tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, como descreve o Relatório da OMS (2001, p. XXII):

O malogro dos manicômios é evidenciado por repetidos casos de maus-tratos aos doentes, isolamento geográfico e profissional tanto das instituições quanto do seu pessoal, insuficiência dos procedimentos para notificação e prestação de contas, má administração e gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de formação do pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controlo da qualidade. Por outro lado, na perspectiva comunitária, o que se procura é proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com perturbação mental e de comportamento. Na prática, a perspectiva comunitária implica o desenvolvimento de uma ampla gama de serviços, em contextos locais. Esse processo, que ainda não começou em muitas regiões e países, tem em vista assegurar que sejam proporcionadas integralmente algumas das funções do asilo e que não sejam perpetuados os aspectos negativos das instituições.

As dez recomendações para boas práticas em saúde mental, propostas pela OMS, no Relatório Mundial da Saúde de 2001 são: Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários; Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais; Prover cuidados na comunidade; Educar o público; Envolver comunidades, famílias e usuários; Estabelecer políticas, programas e legislações nacionais de saúde mental; Desenvolver recursos humanos; Estabelecer vínculos com outros setores; Monitorizar a saúde mental comunitária e apoiar pesquisas relevantes.

No estudo proposto, as dez soluções factíveis para o cuidado em saúde mental determinadas pela OMS serão o arcabouço conceitual para determinar como se encontra o cuidado em saúde mental nos países em análise (Brasil e Uruguai), quais das dez sugestões estão em uso e quais precisam ser implementadas ou melhoradas.

O valor das políticas e recomendações da OMS é muito controverso. A principal crítica a esse modelo de recomendação de dez soluções universais para o cuidado na saúde mental é que elas podem ser inatingíveis, em um primeiro momento, aos países com poucos recursos e, muito ultrapassadas para os países que já desenvolvem de forma avançada o cuidado baseado na comunidade e o cuidado baseado nos direitos humanos. Além do mais, pode induzir um comportamento cômodo e sem avanços promissores nos países que já alcançaram o patamar desejado, tornado-se sem muita relevância. Entretanto se entende que as recomendações práticas da OMS para o estudo proposto é útil e importante, pois contar com acordos internacionais é uma ferramenta fundamental para os países de baixa e média renda que ainda estão em fase de melhoramento do cuidado em saúde mental. As recomendações internacionais são importantes nessa mudança de paradigma, ainda em andamento, como Graham Thornicroft e Michele Tansella (2010, p. 78) descrevem:

Comumente, haverá uma variedade de visões na equipe sobre as propostas de mudança do sistema de cuidado. Podem ser necessárias muitas oportunidades para envolver a variedade de profissionais, incluindo um amplo processo de consulta, com grupos de planejamento que contemplem opiniões diversas. Relacionar as propostas locais específicas aos planos mais gerais acordado, como as Declarações da Organização Mundial de Saúde, pode colocar seu serviço em um contexto mais amplo e ajudar a criar um senso de inevitabilidade da mudança.

Se basear nas diretrizes da OMS é de fundamental importância para administrar as oposições que resistem à mudança do modelo hospitalocêntrico, na transição para o cuidado descentralizado. Sempre haverá resistência a novas práticas e por esse motivo, se entende que, as 10 propostas de políticas externas recomendadas pela OMS devem ser parâmetro para os países com economias menos desenvolvidas. Esse parâmetro ajuda a buscar o apoio da população, o apoio da mídia, e assim torna-se um pouco mais difícil para os resistentes se oporem às mudanças.

Em 2001, no Relatório sobre a Saúde no Mundo, a OMS deu ênfase a saúde mental, quando abordou a temática “Saúde mental: nova concepção, nova esperança” e formulou o caminho a se seguir pelos países para obter boas práticas em saúde mental. O Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 foi fundamental para visualizar a calamidade que se encontrava na época a saúde mental, principalmente nos países economicamente pouco desenvolvidos, e assim formular políticas para a mudança do quadro. O tema proposto nesse estudo encontra muita relevância ao se constatar que se passaram 16 anos desde a publicação do Relatório e das sugestões de melhorias pela OMS para o cuidado na saúde mental e pouco se evoluiu no contexto do assunto nos países de economias não desenvolvidas. Os índices da problemática da saúde mental eram alarmantes na época do Relatório, em 2001, e, atualmente a perspectiva de piora é substancial devido ao aumento de problemas relacionados à depressão, ao consumo de álcool, drogas, surgimento de novas drogas e ao suicídio:

As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e da falta de cuidados, encontram-se as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte. A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais (Brundtland, 2001, p. XII).

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001, p. XII), 25% da população mundial será afetada em algum momento da vida por algum tipo de perturbação mental. Mesmo com esse dado alarmante, os governos dos países de economias não desenvolvidas têm se comportado de forma displicente em relação ao tema. Na parte inicial do relatório (três cenários para a ação), a OMS (2001, p. XIX) tenta superar a crítica de que os dez passos para uma boa prática em saúde mental não poderiam ser adequados a todos os países, vislumbrando três cenários para a ação das dez soluções, de acordo com os diferentes níveis de recursos financeiros nos países do mundo:

O Cenário A, aplica-se aos países economicamente mais pobres, onde tais recursos estão completamente ausentes ou são muito limitados. Mesmo nesses casos, podem aplicar-se ações específicas, tais como preparar todo o pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais. Para os países com níveis moderados de recursos, o Cenário B sugere, entre outras ações, o encerramento dos hospitais custodiais para doentes mentais e outras medidas, no sentido de integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde geral. O Cenário C, para os países que têm mais recursos, propõe aperfeiçoamentos do tratamento em cuidados primários de saúde, acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços de cuidados comunitários que proporcionem 100% de cobertura (OMS, 2001).

Os autores Graham Thornicroft e Michele Tansella (2010, p. 11), ao defenderem que a disponibilidade do tratamento à saúde mental precisa ser acessível e proporcional à necessidade da população, ressaltam que há deficiências no cuidado da saúde mental, mesmo nos países economicamente desenvolvidos:

Em outras palavras, mesmo em um país com renda muito alta, a maior parte da população com transtorno mental não recebe cuidado profissional. E aqui temos um paradoxo. Se, por um lado, os transtornos mentais são muito comuns, por outro, a maioria das pessoas afetadas não recebem tratamento (Thornicroft e Tansella (2010, p. 11).

Independente dos países terem ou não economias desenvolvidas, é notório que em todos eles, existem problemas estruturais e funcionais envolvendo as tratativas da saúde mental no âmbito da gestão apropriada dos recursos da saúde pública.

Corroborando com este entendimento, o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001, p. 97) complementa:

As condições de vida nos hospitais psiquiátricos em todo o mundo são deficientes, resultando em violações dos direitos humanos e em cronicidade. No que se refere a padrões absolutos, poder-se-ia argumentar que as condições nos hospitais dos países desenvolvidos são melhores do que os padrões de vida em muitos países em desenvolvimento. Porém, em termos de padrões relativos – comparando os padrões hospitalares com os padrões da comunidade em geral em determinado país – pode-se dizer justificadamente que as condições em todos os hospitais psiquiátricos são deficientes.

No estudo proposto não será tratado com profundidade o período pré anos 50, considerado o nascimento do asilo, pois o intuito é identificar e analisar em qual dos períodos pós anos 50 (declínio do asilo ou cuidado descentralizado, baseado na comunidade) os países que serão focos do estudo proposto, Brasil e Uruguai, se encontram baseando-se nas dez estratégias para uma política de saúde mental propostas no Relatório Mundial de

Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e o que pode ser melhorado nos dois países em relação ao cuidado na saúde mental. É salutar esse esclarecimento, pois ao se trabalhar com o período pós anos 50, muitos aspectos referentes ao período em que prevaleceu o asilo foram deixados de lado.

Essa transformação dos hospitais, essa mudança de paradigma no tratamento, essa reforma psiquiátrica não possui um modelo com etapas pré-estabelecidas. Cada país que reformulou ou está em processo de reformulação do tratamento com os envolvidos no cenário da saúde mental, segue seu próprio roteiro, mas devem existir em todas essas reformulações, pontos em comum, como o repúdio a violência e a privação de direitos, a negação da estrutura e funções hierárquicas existentes no passado.

O ponto que precisa se destacar é que a experiência positiva e bem sucedida de um determinado país pode e deve servir como exemplo a ser aplicado em outros países. Os países que estão no caminho certo e que possuem boas práticas no tratamento da saúde mental da sua população precisam colaborar com os países que estão em processo de início de mudança de paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário, pois o grande ponto que dificulta esse processo de renovação psiquiátrica, mesmo destoando entre os países, é o mesmo grande ponto. O grande ponto não é a modificação das estruturas hospitalares e sim a modificação de fatores externos: a modificação moral; a modificação da visão da sociedade com os portadores de saúde mental; a desvinculação do termo periculosidade com o termo loucura; em resumo, a reeducação da população de uma sociedade democrática que precisa garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais, assim como de qualquer cidadão. Essa troca de experiências positivas em boas práticas em saúde mental é o intuito do estudo comparado entre os países Brasil e Uruguai.

Para que os dois países efetivem as dez soluções para a promoção de boas práticas em saúde mental recomendadas pela OMS, é válido tratar sobre uma das raízes de inúmeros impedimentos. O estigma e o autoestigma. A problemática envolvendo o estigma enraizado nas culturas das sociedades é antiga, complexa e precisa ser trabalhada e superada. É necessário melhor compreender o assunto, para que se possam desenhar projeções antiestigmas futuras nos dois países vizinhos. Abordaremos a temática no subtópico seguinte.

A Problemática do Estigma e do Autoestigma

A promoção da saúde mental, na maioria dos países, tem crescido nas últimas décadas, a partir do momento que ela passou a ser percebida como imprescindível para adquirir qualidade de vida e bem-estar social global. Entretanto, constata-se que os esforços em discutir e, solucionar as raízes históricas da problemática de violação dos direitos das pessoas em sofrimento mental, o estigma e o autoestigma são demasiadamente tímidos. Veremos nesse subtópico que os impactos provocados pelo estigma e pelo autoestigma na vida dos portadores de transtornos mentais podem ser devastadores.

O conceito de estigma varia dentre os diversos campos de conhecimento, entretanto, mesmo possuindo, às vezes, viés psicológico ou psiquiátrico a maioria das definições, encontradas na literatura da saúde mental, se baseiam na conceituação, com viés social, de Erving Goffman (1988, p. 6). Para o sociólogo, o estigma social poderia ser definido como uma marca que designaria ao seu portador um perfil deteriorado e menos valorizado que as pessoas normais, chegando a impedir a aceitação social:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...]. O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo (Goffman, 1988, p. 6).

Com a mudança do paradigma hospitalocêntrico para o paradigma comunitário, que condenou o modelo asilar e defendeu o tratamento da saúde mental baseado na comunidade, surgiram inúmeros desafios a serem superados e certamente um dos principais deles é o estigma social que rodeia os portadores de transtornos mentais. Segundo Basaglia (2005, p. 47), os manicômios sempre foram construídos nas periferias das cidades, em zonas remotas e isoladas, reforçando a ideia de que “os loucos” deveriam ser mantidos à distância da sociedade, cercados por muros altos. Esse dado trazido por Basaglia, além de cancelar o estigma cultural atribuído aos portadores de transtornos mentais reflete que a

sociedade tem uma tendência a excluir tudo que a incomoda e a perturba, sem refletir sobre sua responsabilidade no caso concreto. Sendo assim, a recente mudança no tratamento, que se estrutura em uma base comunitária, que visa incluir o doente mental como cidadão na sociedade, tem atraído atenções sobre o estudo do estigma e suas consequências nesse processo reformista.

De acordo com Amarante (2007, p. 71), a psiquiatria ao longo dos anos contribuiu para a estigmatização e o preconceito contra os portadores de transtornos mentais: “a psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade entendesse que “o louco é perigoso”, que “lugar de louco é no hospício”, que “o doente mental é irracional”. O estigma é a matriz de variadas consequências que os portadores de transtornos mentais e seus familiares sofrem. Graham Thornicroft e Michele Tansella (2010, p. 10) relatam outras consequências do estigma:

Os transtornos mentais também podem ter consequências importantes, tanto para os indivíduos acometidos por eles como para as suas famílias. Em relação aos indivíduos, as consequências, incluem o sofrimento causado pelos sintomas, a baixa qualidade de vida, a perda da independência e da capacidade de trabalho e uma integração social deficiente. Para os membros da família, existe uma carga crescente decorrente do cuidado constante e da redução da produtividade econômica.

Segundo os autores Corrigan e Watson (2002, p. 16-20), existem dois modelos de estigma: o estigma público e o autoestigma. O estigma público é a percepção que um grupo ou uma sociedade tem que determinada pessoa é inaceitável para conviver em sociedade, baseado em características físicas ou pessoais, o que está diretamente relacionado à desvalorização do indivíduo. O estigma internalizado ocorre a partir do momento em que a pessoa estigmatizada pela sociedade aceita e concorda com os estereótipos negativos sobre seu transtorno e os aplica a si próprio.

É notório que os estereótipos, o preconceito e a discriminação por parte da maior parcela da população em relação às pessoas portadoras de sofrimento mental ainda encontra-se presente nos dias de hoje de forma profundamente danosa do ponto de vista sociocultural. O estigma gerado em torno do transtorno mental gera como consequência uma generalizada falta de esperança, baixa autoestima e uma baixa reinserção social, influenciando diretamente nas percepções internas e afetivas, provocando o autoestigma,

que seria a produção de imagens autopejorativas e autodiscriminatórias internalizadas pelos portadores de sofrimento mental. Assim, o portador de transtorno mental deixa de desempenhar sua cidadania, adota uma condição passiva e de autodesvalorização, e, assim deixa de exercer seus direitos na comunidade. A maioria dos teóricos consideram o estigma e autoestigma a principal barreira para a recuperação e a reinserção dos portadores de transtornos mentais na sociedade, pois ele despersonaliza o cidadão, fazendo-os perder suas identidades sociais.

O estigma social que envolve os portadores de transtornos mentais se reflete em comportamentos estereotipados e preconceituosos da sociedade em relação à doença mental. Esse assunto também foi tratado pelo Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001, p. XI - XII). Gro Harlem Brundtland, no prefácio, em consonância com nosso entendimento, afirma:

O Dia Mundial da Saúde 2001 teve por lema « Cuidar, sim. Excluir, não ». A sua mensagem era a de que não se justifica excluir das nossas comunidades as pessoas que têm doenças mentais ou perturbações cerebrais – há lugar para todos. No entanto, muitos de nós ainda nos afastamos assustados de tais pessoas ou fingimos ignorá-las – como se não nos atrevêssemos a compreender e a aceitar. O tema deste relatório é «Nova Concepção, Nova Esperança». Ele mostra como a ciência e a sensibilidade se combinam para derrubar as barreiras reais à prestação de cuidados e à cura em saúde mental. [...] A OMS está fazendo uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. (...) Acredito que o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 vem renovar a ênfase dada aos princípios proclamados pela ONU há uma década. **O primeiro desses princípios é o de que não devesse existir discriminação em virtude das doenças mentais.** Outro é o de que na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo (Brundtland, s.d. grifo nosso).

A maioria dos estudiosos defende que a falta de conhecimento sobre a doença mental é o principal fator gerador de estigma. A falta de conhecimento sobre transtornos mentais é facilmente percebida nas relações que comprometem as possibilidades de convívio do portador de transtorno mental em comunidade. Esse comprometimento é refletido na dificuldade de obtenção pelo portador de transtorno mental na aquisição de: educação, emprego, lazer, entre outros. Um exemplo da falta de conhecimento sobre a temática é percebido na abordagem da mídia (que na maioria das vezes noticiam informações sensacionalistas e inverídicas em torno de comportamentos violentos ou criminosos).

Nesse aspecto, entende-se que a mídia tem uma parcela de culpa, ao veicular, muitas vezes, com ignorância e ao reproduzir o discurso asilar manicomial que os portadores de transtornos mentais são perigosos, imprevisíveis e irresponsáveis, e assim, contribuem para a manutenção dos estereótipos e preconceitos, que validam o estigma. De acordo com Thornicroft e Tansella (2010, p. 97) a visão do público é moldada pela mídia e por volta de dois terços dos casos noticiados são negativos em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais, “o grau de perigo das pessoas com transtornos mentais mostrados pela mídia é absurdamente desproporcional ao risco verdadeiro, e somente 3% de todas as transgressões violentas são cometidas por pessoas com transtornos mentais”. A educação da mídia sobre a saúde mental se faz necessária para que as notícias publicadas se atenham a aspectos específicos e desmistificados sobre as doenças mentais, como: causas, tratamentos, estigmas, preconceitos, entre outros. Nesse sentido, Thornicroft e Tansella (2010, p. 100) sugerem soluções para a problemática envolvendo o desconhecimento da população sobre transtornos mentais e a mídia:

Envolver-se em atividades nacionais/regionais para aumentar o conhecimento público sobre transtornos mentais e reduzir as discriminações e os preconceitos, por exemplo, criando oportunidades para que pessoas com transtornos mentais falem diretamente com a mídia sobre suas condições e suas experiências de saúde. Isso implicará o desenvolvimento e relações ativas com editores e repórteres que queiram apoiar essas mudanças e geralmente tal objetivo é alcançado e forma mais efetiva quando conduzido por usuário e serviços não governamentais e organizações e membros e familiares.

A falta de conhecimento sobre os transtornos mentais, suas causas, prevenção e seus tratamentos é muito comum, em todos os países, independente de ter economia desenvolvida ou não. Sobre o tema, Thornicroft et al (2008, p. De internet) defendem que os “problemas no conhecimento” (ignorância), a par dos “problemas de atitudes” (preconceito) e dos “problemas do comportamento” (discriminação), são os três pilares do estigma. O estigma compromete também substancialmente as relações familiares e pode atrapalhar, inclusive, a promoção da saúde pública⁷, obstaculizando a busca de tratamento por parte do portador de transtorno e na recuperação durante o tratamento. Ao se tratar os impactos dos transtornos mentais na saúde pública, Thornicroft e Tansella (2010, p. 12) afirmam que esses impactos podem ser avaliados de acordo com os seguintes critérios:

⁷ Exemplo do comprometimento da saúde pública pelo estigma é a psiquiatria estereotipada pela população menos instruída educacionalmente, no Brasil. Existe uma grande falta de aceitação a frequentar consultas psiquiátricas. A recusa de deve ao medo do estigma da doença mental. É comum recusas no sentido de: “Não preciso ir ao psiquiatra porque é médico para loucos e não sou louco”.

frequência, severidade e consequências, disponibilidade de intervenções e a aceitação das intervenções. Ao se referirem à aceitação dos serviços de saúde mental eles constataam a presença universal do estigma:

Em relação à aceitação dos serviços de saúde mental, três questões são fundamentais: conhecimento público sobre transtornos mentais (geralmente muito limitado e caracterizado por ignorância ou desinformação), atitudes da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais (grande medo, indicando preconceito) e o comportamento da sociedade em relação tanto às pessoas com transtornos mentais como aos serviços de saúde mental (geralmente discriminatórios). A extensão dessas reações estigmatizadas e discriminatórias demonstra algumas diferenças culturais, mas sua presença parece ser universal (Thornicroft e Tansella, 2010, p. 12).

Neste contexto, Thornicroft e Tansella (2010, p. 13) destacam possíveis soluções para reduzir o estigma:

Existem evidências cumulativas de intervenções bem-sucedidas para reduzir o estigma. Em nível nacional, as campanhas de conscientização da sociedade têm demonstrado até agora algumas melhorias no curto prazo a respeito, por exemplo, do conhecimento e das atitudes em relação à depressão. Em nível local, diversos estudos mostram os benefícios de intervenções educacionais dirigidas, por exemplo, aos oficiais de polícia ou estudantes, para reduzir o estigma. Curiosamente, a evidência mais forte aponta que o estigma só é reduzido de fato por meio do contato direto com pessoas com transtornos mentais, no nível individual, o que em geral produz uma diferença positiva.

Reverter os equívocos que giram em torno da doença mental deve ser um dos principais focos nos programas de políticas públicas de saúde mental nos países que ainda não atingiram o estágio de tratamento em comunidade. Faz-se necessário o conhecimento pela população, pela mídia e pelo judiciário dos efeitos do estigma para que sejam desenvolvidas, com eficácia, estratégias antiestigma dirigidas à população. Como observado na citação acima, pesquisas demonstram que o contato direto da população com o portador de transtorno mental quebra a barreira do estigma e tem sido a melhor ferramenta para reduzir o preconceito. A aceitação das pessoas com doença mental na comunidade tem sido significativa depois que elas são incluídas, pois há uma grande relutância antes da inclusão⁸.

⁸ Exemplo disso acontece com as gerências de saúde mental dos estados brasileiros, que são responsáveis pelo aluguel de imóveis para instalação das Residências Terapêuticas (serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico). As gerências estaduais encontram dificuldades na maioria das imobiliárias ao pleitear o aluguel de imóveis, pois os donos dos imóveis e, comumente a vizinhança, ao tomarem conhecimento que o imóvel se destina a moradia de ex-internos com longos períodos de internações em hospitais psiquiátricos, se recusam ou criam inúmeros empecilhos para o aluguel. Entretanto, observa-se que após a instalação das Residências Terapêuticas, a comunidade quebra a barreira do preconceito, desmitifica o estigma que gira em torno da doença mental, perde o medo e, passa a incluir os portadores de transtornos mentais na comunidade.

Além da problemática do estigma social, os portadores de transtornos mentais geralmente desenvolvem o estigma internalizado ou autoestigma. O estigma internalizado ou autoestigma é o processo em que o indivíduo portador de transtorno mental concorda e chancela sua condição de estigmatizado pela sociedade e passa a se sentir incapaz de ser um cidadão de plenos direitos. O autoestigma gera diversos impedimentos na recuperação dos transtornos mentais, e um deles certamente é a restrição de redes sociais. Lúcia Rosa (2011, p. 323), ao analisar a rede social, mostra que o portador de transtornos mentais e seus familiares são diretamente influenciados pelas relações sociais, em que estão inseridos:

Todo portador de transtorno mental bem como sua família estão localizados e datados historicamente. O contexto histórico, político, econômico e cultural determinam a forma de ser e de se relacionar socialmente. O universo relacional é então determinado pela forma como se organizam esses vários fatores [...].

Lúcia Rosa (2011, p. 324) pontua, ainda que, existem características do transtorno mental, além do estigma que levam ao isolamento. Segundo ela, independente da rede social, em que o portador de transtorno mental se encontre, parece ser relativamente consensual que possuir transtorno mental, leva a um isolamento estigmatizante: “Além do estigma, o sintoma de alguns tipos de transtorno mental caracteriza-se exatamente pela busca de autoisolamento, como no caso da depressão grave. As pessoas fecham-se em si mesmas e tendem a comprometer sua capacidade interativa”. É de suma importância para o modelo assistencial baseado no tratamento na comunidade validar estratégias e mecanismos para o melhoramento das redes sociais dos portadores de transtornos mentais e familiares.

O estigma e o autoestigma são apenas dois aspectos que demonstram que a complexidade da mudança do paradigma baseado no modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado no tratamento na comunidade. A reforma da psiquiatria precisa basear-se em mudanças sociológicas, culturais, farmacológicas, administrativas estatais e legais. Para que o modelo antimanicomial seja efetivamente aplicado é necessário definir cada vez mais, novas estratégias técnicas de organização dos serviços assistenciais prestados. O tratamento da questão é delicado, pois é necessário garantir a mudança do paradigma com zelo e proteção de todos os direitos dos portadores de transtornos mentais, possibilitando-os viver fora dos muros dos hospitais e fora dos circuitos estigmatizantes e preconceituosos socioculturais da população.

Contextualizando o tema das relações sociais, Thornicroft e Huxley (2003, p. 289-290) confirmam o índice de isolamento dos portadores de transtornos mentais:

A população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente. Estudos demonstram que tal população é quatro vezes mais propensa que a média a não ter um amigo próximo e que mais de um terço afirma não ter ninguém a quem recorrer num momento de crise.

No mesmo sentido, Lúcia Rosa (2008, p. 200) avalia que o maior fator impactante do transtorno mental é o “empobrecimento da rede social, sobretudo de amizade. O risco é o isolamento social, ou a restrição de relações do por familiar”. Há, sem dúvidas, na grande maioria dos países uma desvalorização das pessoas acometidas por transtornos mentais, pois ainda não há efetividade e garantia dos seus direitos fundamentais à liberdade e à igualdade. É necessário superar os inúmeros problemas trazidos pela institucionalização, cronificação e estigmatização impostos ao longo dos anos.

Para tentarmos superar a problemática do estigma é necessário compreender o porquê da sua existência e para isso se fez necessário traçar a trajetória histórica do asilo e das reformas psiquiátricas. Ao analisarmos as origens do entendimento do que hoje se considera boas práticas em saúde mental, nos países economicamente desenvolvidos, poderemos vislumbrar formas efetivas de evolução no tratamento em saúde mental baseado na comunidade, para os países Brasil e Uruguai. Acreditamos que a partir da educação da população são encontradas as melhores maneiras para lidar com a loucura e as suas implicações nas oportunidades de recuperação e inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Destacamos assim, o desenvolvimento de políticas públicas que diminuam os estereótipos, o preconceito e a discriminação dos portadores de transtornos mentais, como também o desenvolvimento de programas dirigidos ao estigma e ao autoestigma da doença mental.

Acredita-se que um passo importante para devolver a cidadania a essa parcela da população que sofre com algum tipo de transtorno mental e para a concretização dos direitos humanos é dar vozes a essas pessoas que foram silenciadas e abandonadas historicamente. O poder de dar vozes possibilita o resgate das identidades perdidas e estigmatizadas. Faz-se necessário dar visibilidade e, assim, aperfeiçoar a formulação de políticas públicas.

Precisa-se entender que para que funcione qualquer arquitetura institucional, os atores precisam interferir no processo. A sociedade precisa se enxergar nas minorias para que discussões morais preencham os vazios existentes, e assim, a capacidade e autonomia da pessoa com transtorno mental passe a ser prioridade na agenda das políticas públicas dos países. Estudos e campanhas de conscientização sobre os estigmas, os preconceitos e exclusões existentes no imaginário da população sobre a pessoa com transtorno mental é essencial para o processo de aperfeiçoamento e operacionalização das políticas públicas e efetivação dos direitos desses cidadãos. Os movimentos encabeçados pela sociedade civil e pela área acadêmica são muito importantes na formulação de políticas públicas e podem auxiliar no rompimento com o estigma, pois a partir do momento que, a sociedade de modo geral se envolve e passa a dar vozes aos excluídos, considerados irracionais e perigosos, passa-se a se difundir informações e, assim, se desenvolve políticas públicas emancipatórias.

Há inúmeras formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento mental. Uma maneira importante é aquela que oferece as boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços assistenciais. Entendemos que outro mecanismo essencial para obter melhor apoio à saúde mental é através de uma boa legislação. Nesse sentido, a pesquisa, ao estudar o tema, será importante para contribuir para a prática das políticas públicas relacionadas aos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e no Uruguai, por contribuir com a análise do que vem ocorrendo no atual momento de discussão da implementação e efetivação da reforma psiquiátrica. Neste sentido, no próximo capítulo iremos trabalhar o direito à saúde mental no panorama mundial e nos países Brasil e Uruguai.

O DIREITO À SAÚDE E À SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NOS PAÍSES BRASIL E URUGUAI

Tomando como ponto de partida a evolução, nas últimas décadas, do direito internacional dos direitos humanos e, conseqüentemente, a evolução do direito internacional à saúde, entende-se ser necessário fazer uma breve justificativa sobre escolha do tema que abordaremos nas próximas páginas. Das inúmeras possibilidades de assuntos que poderíamos desenvolver, nesse segundo capítulo, analisar o direito à saúde, embasado nos direitos humanos, com ênfase no tratamento da saúde mental, nos países Brasil e Uruguai, pareceu-nos imprescindível, para que possamos identificar as atuais situações jurídicas dos dois países, referente à garantia do direito à saúde mental da sua população. O objetivo do segundo capítulo, assim, consiste na investigação do direito à saúde e da sua concretização por meio de políticas públicas sociais com ênfase na saúde mental. Cumpre esclarecer com relação à pesquisa, que nesse capítulo, serão tratadas, em segundo plano, as políticas públicas relativas ao assunto, embora deste não se separem e não tenham menor importância, pois serão analisadas no capítulo seguinte.

Começaremos então, por contextualizar alguns pontos do direito internacional dos direitos humanos que viabilizaram a internalização, pelos Estados, dos tratados internacionais que versam sobre os direitos humanos e sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a melhoria da saúde e, em consequência, para a melhoria da saúde mental no mundo. Entre os caminhos que poderíamos enveredar, no campo do direito internacional dos direitos humanos, achamos relevante falarmos sobre a questão da conversação da norma internacional com a norma interna. Falaremos também,

nesse capítulo, sobre o histórico da evolução do direito à saúde mental no mundo para, em seguida, tratarmos do direito à saúde mental, especificamente, no Brasil e no Uruguai. Entendemos que o direito à saúde mental é um direito humano fundamental, que deve ser disponibilizado a todos igualmente, por intermédio de políticas públicas sociais asseguradas pelos Estados, devendo contar com fatores jurisprudenciais e democráticos, além da participação popular.

Desta feita, neste capítulo, há três seções. A primeira seção versa sobre as tensões dialéticas entre os princípios que circundaram o direito internacional nas últimas décadas: monismo e dualismo e, sobre os avanços do direito internacional dos direitos humanos de modo geral. A segunda seção trata do direito à saúde e do direito à saúde mental no mundo e a terceira seção fala sobre o tratamento do ordenamento jurídico brasileiro dado ao direito à saúde mental e, faz o mesmo, com o Uruguai, ao analisar o ordenamento jurídico uruguaio em relação ao tratamento conferido à saúde mental. As três seções giram em torno das transformações no cuidado à saúde mental, relacionadas diretamente com os direitos humanos internacionais e com o direito à saúde mental na perspectiva da recomendação atual, que é o tratamento na comunidade. Assim, entender os direitos humanos a partir de suas lutas, e, em especial sua luta em relação ao direito à saúde, deve ser uma das formas de obter uma linguagem comum entre os países no âmbito da saúde mental.

Considerações Sobre a Evolução do Direito Internacional dos Direitos Humanos

Introduziremos o segundo capítulo defendendo que o direito internacional, em regra, deve incidir de forma direta sobre os Estado e de forma direta e indireta sobre os indivíduos, ou seja, partimos do pressuposto que, os indivíduos são sujeitos de direito internacional dotados de personalidade e capacidade jurídicas. Os direitos humanos são processos de desenvolvimento da humanidade, que têm impulsionado tanto a garantia dos direitos dos indivíduos quanto à melhoria da qualidade de vida da sociedade mundial. Nos dias atuais, ao contrário de décadas atrás, é incontestável o caráter transcendental e multifacetário dos direitos humanos. De acordo com Antônio Augusto Cançado Trindade (2003, p. 33):

“a formação jurídica desta noção, no plano internacional, é, no entanto, historicamente recente, articulando-se nos últimos cinquenta e cinco anos, mormente a partir da adoção da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948”. De fato, considera-se que a Declaração Universal dos Direitos do Homem, foi o principal marco evolutivo do tema, pois, foi a partir dela que, o direito internacional dos direitos humanos evoluiu e prosperou. Nesse sentido, Cançado Trindade (2003, p. 36) corrobora:

Os direitos pessoais, alçados ao plano internacional pela Declaração Universal de 1948, com o tempo se estenderam efetivamente também a quase todas as Constituições e legislações nacionais (não raro em termos equiparáveis expressamente aos da Declaração Universal), sendo ao mesmo tempo invocados no âmbito do direito interno. Logo se torna claro que a universalidade se expressa de diversos modos, e que é possível aplicar padrões universais de direitos humanos em meio à diversidade cultural.

Desta feita, é indiscutível que a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, gerou inúmeros impactos na positivação internacional do rol de direitos humanos em todo o mundo, servindo de base para vários tratados e resoluções internacionais posteriores. Importante lembrar que a Declaração Universal dos Direitos do Homem não é um tratado, pois não surgiu com o propósito de ser um acordo internacional com força de lei. A Declaração surgiu como uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), que tinha como finalidade enumerar e esclarecer, para a comunidade internacional, os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Em concordância com Cançado Trindade, entendemos que, com o passar dos anos, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, apesar de não ser um tratado, passou a possuir força normativa vinculante, pois passou a integrar as normas internacionais e nacionais, independente das culturas dos países, involuntariamente. Além disso, é notória a influência da Declaração em inúmeras resoluções das Nações Unidas (ONU) e das suas organizações específicas, como exemplo, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Vale lembrar também que, inúmeras decisões jurisprudenciais nacionais de diversos países citam a Declaração como fonte de direito. Nesse sentido, é importante trazer a reflexão de Fabiana de Oliveira Godinho (2006, p. 3-4) sobre essa recente propagação do direito internacional dos direitos humanos:

Faz-se necessário destacar, nesse contexto, a posição central retomada pelos indivíduos ao final do século XX. A concretização e a multiplicação de normas internacionais sobre os direitos e as liberdades fundamentais impulsionaram o retorno àqueles que são a célula primária de toda sociedade cultural: os seres humanos. Assim, mais do que simples objetos de indagações, considerações ou mesmo proteção, os indivíduos consagram-se como verdadeiros sujeitos de direito, com atuação própria e autônoma perante diferentes instituições internacionais.

Sem sombra de dúvidas, o impacto da Declaração gerou o enfoque do indivíduo em âmbito internacional e resvalou nos ordenamentos jurídicos internos dos Estados acarretando alterações nas legislações nacionais, com o propósito de se alinharem a nova conjectura mundial de proteção aos direitos humanos, muitas vezes, como lembrou Cançado Trindade (2003), com a inclusão de textos idênticos aos contidos na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Exemplo disso aconteceu com a Constituição Federal do Brasil de 1988, que no seu artigo 5º, III, que trata da tortura, é praticamente uma cópia fiel do artigo V da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ruben Correa Freitas (2013, p. 15-34, tradução nossa⁹) intitula esse período de absorção de normas internacionais pelo ordenamento interno como Constitucionalismo Moderno:

[...] o constitucionalismo moderno, cujo período histórico pode ser localizado no meu conceito desde o final da Segunda Guerra Mundial até o presente. [...] existe uma tendência plena e aprofundada a favor do reconhecimento dos Direitos Humanos em geral e da sua efetiva validade, proteção e proteção com as garantias específicas. tipo de “internacionalização” da Lei Constitucional, pela influência direta nas Constituições das chamadas Declarações e Convênios Internacionais sobre Direitos Humanos (Freitas, 2013, p. 15-34).

Vale ressaltar também que, a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, embasou e chancelou inúmeros tratados, convenções e resoluções internacionais posteriores. Como coloca Cançado Trindade (2003, p. 63), ela abriu caminhos para a consolidação da matéria dos direitos humanos, como por exemplo: a Declaração Americana de 1948, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969, a Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial de 1965, a Convenção das Nações Unidas de 1965, entre tantas outras.

9 [...] constitucionalismo moderno, cuyo período histórico puede ubicarse en mi concepto desde los fines de la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad. [...] hay una plena y cada vez más profunda tendencia en favor del reconocimiento de los Derechos Humanos en general, y de su efectiva vigencia, amparo y protección con las garantías específicas. [...] se ha comenzado a producir una especie de “internacionalización” Del Derecho Constitucional, por la directa influencia en las Constituciones de las llamadas Declaraciones y Pactos Internacionales en materia de Derechos Humanos.

A temática da influência do ordenamento internacional sobre o ordenamento interno dos países traz, à tona, o ferrenho conflito entre a teoria dualista, que prestigia a soberania estatal e defende a coexistência entre os dois ordenamentos jurídicos, sem a prevalência de nenhum dos dois e com a necessidade de internalização por parte do Estado para que a norma internacional possa ser eficaz no ordenamento interno e a teoria monista que defende a existência de apenas um ordenamento jurídico, onde a norma internacional e a normal nacional coexistem. Por muitos anos o debate sobre se direito seria uno ou dual ou se os respectivos ordenamentos jurídicos eram distintos, ou não, permearam o cenário internacional. Em defesa da teoria monista, Hans Kelsen (1995, p. 334), um dos grandes defensores dessa teoria, critica a posição do dualismo que defendia que as regras de direito internacional somente gerariam obrigações para os indivíduos de determinado Estado, depois da incorporação dessas regras, ao ordenamento interno:

O Direito Internacional regulamenta a conduta mútua de Estados, mas isso não significa que o Direito Internacional imponha deveres e confira direitos apenas a Estados, e não a indivíduos. É errônea a opinião tradicional de que os sujeitos do Direito Internacional são apenas os Estados e não os indivíduos, de que o Direito Internacional, pela sua própria natureza, é incapaz de obrigar e autorizar indivíduos (Kelsen, 1995, p. 334).

Atualmente, consideramos que não há controvérsias em relação à consolidação da titularidade de direitos e deveres aos indivíduos no âmbito do direito internacional. Nas últimas décadas, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a concepção de que o respeito aos direitos humanos deve ser prioridade nas relações jurídicas e nas estruturas sociais dos Estados, não geram dúvidas. Entende-se que a formação desse panorama, muito se deve à Organização das Nações Unidas (ONU) e às suas organizações de cunho regional e setorial.

Ainda sobre a relação do conflito entre a teoria monista e a teoria dualista, Cançado Trindade (2003, p. 40) complementa que não existe mais relevância nessa discussão de disputa de dogmas. Segundo ele, os novos formatos das relações jurídicas atuais, conquistadas pelos direitos humanos, baseadas em imperativos de proteção do ser humano, superou essa disputa:

Ao regulamentar novas formas de relações jurídicas, imbuído dos imperativos de proteção, o Direito Internacional dos Direitos Humanos vem naturalmente questionar e desafiar certos dogmas do passado, invocados até nossos dias em meio a uma falta de espírito crítico e à persistência, em certos círculos, de um positivismo jurídico degenerado. Talvez um exemplo dos mais significativos resida no próprio tratamento das relações entre o direito internacional e o direito interno, tradicionalmente enfocadas *ad nauseam* à luz da polêmica clássica, estéril e ociosa, entre dualistas e monistas, erigida sobre falsas premissas. Contra essa visão estática se insurge o Direito Internacional dos Direitos Humanos, ao sustentar que o ser humano é sujeito tanto do direito interno quanto do direito internacional, dotado em ambos de personalidade e capacidade jurídicas próprias (Trindade, 2003, p. 40).

Aduzimos também que, se não fosse o ativismo das organizações internacionais ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU), a proteção dos direitos humanos e o destaque do indivíduo em âmbito internacional, não teria logrado o estágio evolutivo que hoje se encontra. Nesse sentido e dentro do nosso tema principal, ressaltamos as intervenções da Organização Mundial de Saúde (OMS) que abarcam todos os setores da saúde na esfera global e representam uma ótima referência para a melhoria da saúde, incluindo a saúde mental, no mundo. Nessa seara, Cançado Trindade (2003, p. 313-314) relembra o discurso e a preocupação da desvinculação dos direitos humanos com a saúde do representante da OMS na Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena de junho de 1993:

[...] Acrescentou, porém, que, apesar das conquistas na proteção dos direitos humanos no setor da saúde, a OMS continuava “muito preocupada” com o fato de as consequências para a saúde de muitas atividades desenvolvimentistas ainda não terem sido suficientemente consideradas sob o prisma dos direitos humanos. [...] A atenção global à saúde humana, concluiu a OMS, poderia tornar-se uma força profundamente unificadora em um mundo dividido (OMS, 1993).

Além das efetivas contribuições das organizações internacionais como a OMS, que atribui uma importância crescente à operacionalização dos princípios de direitos humanos no mundo, é imperioso destacar a atividade dos tribunais internacionais para dirimir controvérsias e alinhar a efetivação dos direitos humanos. O empenho dos tribunais, principalmente, os de cunho regional, têm se mostrado eficaz e necessário à efetivação e cumprimento dos preceitos dos direitos humanos.

Com atuação de modo efetivo o americano e o europeu, e, em caráter inicial, o africano, os resultados positivos e crescentes dos órgãos de supervisão internacionais e da atuação dos tribunais internacionais e internos demonstram, mais uma vez, que não

há mais sentido na disputa entre monismo e dualismo. Cançado Trindade (2003, p. 539) arremata:

Muito significativamente, os resultados concretos obtidos nas últimas décadas sob os tratados e instrumentos de direitos humanos demonstram que não há, como a rigor nunca houve, qualquer impossibilidade lógica ou jurídica de que indivíduos, seres humanos, sejam beneficiários diretos de instrumentos internacionais. A polêmica clássica entre dualistas e monistas em seu inelutável hermetismo, parece ter-se erguido em falsas premissas, ao se ter em mente os sistemas contemporâneos de proteção dos direitos humanos. [...] Para a liberação, nesse sentido, do espírito jurídico contemporâneo, têm ademais contribuído decisivamente o reconhecimento da competência ou capacidade de agir dos órgãos de supervisão internacionais e, sobretudo do direito de petição individual ou da capacidade processual internacional dos indivíduos sob os tratados e instrumentos de direitos humanos, os quais têm tornado a controvérsia clássica entre dualistas e monista ociosa, supérflua dispensável e sem resultados práticos.

Atualmente a maioria dos pensadores do tema concorda com a posição do autor acima citado, devido à primazia da proteção do direito mais favorável ao indivíduo. Inclusive é a máxima consagrada na maioria dos tratados internacionais. A recomendação é que os dois ordenamentos devem interagir em benefício do ser humano. O que melhor lhe for favorável, será aplicado no caso concreto.

Esse posicionamento atual é relevante, pois está completamente de acordo com o principal objetivo do direito internacional dos direitos humanos, que é proteger integralmente o ser humano. Nesse sentido, Cançado Trindade (2003, p. 44) explana:

Não há que se perder de vista que o Direito Internacional dos Direitos Humanos não rege as relações entre iguais; opera precisamente em defesa dos ostensivamente mais fracos. Nas relações entre desiguais, posiciona-se em favor dos mais necessitados de proteção. Não busca obter um equilíbrio abstrato entre as partes, as remediar os efeitos do desequilíbrio e das disparidades na medida em que afetam os direitos humanos.

Vale lembrar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 não estabeleceu formas de enfrentamento às violações de direitos humanos. Assim surgiu a necessidade de dar uma dimensão técnica e jurídica para que os indivíduos pudessem vir a reivindicá-los, caso fosse preciso. Diante disso, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos, frutos da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966, aumentou o rol dos direitos contidos na Declaração Universal de 1948 e, com o Protocolo Facultativo Relativo ao Pacto Internacional

sobre Direitos Civis e Políticos, foi possibilitado aos indivíduos peticionar violações de direitos humanos, a instâncias internacionais. Além do mecanismo geral, como falamos anteriormente, existem mecanismos regionais, como por exemplo, o europeu, o africano e o americano. Nesse estudo, vamos nos ater ao americano por ser o mais importante para a América Latina e, conseqüentemente, para o nosso estudo.

O sistema interamericano, em linhas gerais é composto por quatro tratados principais: a Carta da Organização dos Estados Americanos de 1948, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem de 1948, a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, conhecido por (Pacto de San José da Costa Rica) e o Protocolo adicional à Convenção Americana em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988, conhecido como (Pacto de San Salvador). O sistema interamericano para garantir e proteger os direitos humanos conta com dois órgãos, estabelecidos pela Convenção Americana de Direitos Humanos, que são a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. É neste sentido próprio do principal propósito do direito internacional dos direitos humanos que se torna possível à reparação e a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, que por séculos tiveram seus direitos sequestrados.

Nesse contexto da atuação dos tribunais internacionais, destacamos a importância da Corte Interamericana de Direitos Humanos que possui a função de aplicar e interpretar a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, julgando as violações cometidas contra os direitos humanos. Para visualizar a atuação eficaz da Corte Interamericana de Direitos Humanos, trazemos o Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, devido à sua grande relevância para o estudo, por se tratar de um caso referente ao direito à saúde mental e por envolver um dos Estados foco da pesquisa: Em 1º de outubro de 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu à Corte Interamericana de Direitos Humanos uma demanda contra o Brasil, decorrente da denúncia de nº 12.237, recebida pela Comissão em 22 de novembro de 1999. No caso em tela, a Corte deveria decidir se o Brasil era responsável pela violação dos direitos da Convenção Americana, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, portador de transtorno mental, pelas supostas condições desumanas da

sua hospitalização; pela violação da sua integridade física, que evoluiu em três dias para sua morte enquanto se encontrava internado para tratamento psiquiátrico; assim como também pela suposta falta de investigação e garantias judiciais que caracterizam o caso, em âmbito interno. A Comissão ressaltou que os fatos foram agravados pela situação de abandono em que se encontram as pessoas portadoras de deficiência mental, bem como pela obrigação constitucional e internacional do Estado brasileiro de oferecer proteção às pessoas que se encontram sob os cuidados da saúde oferecidos pelo Estado.

No presente caso, a Corte decidiu por unanimidade admitir o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal do paciente Damião Ximenes Lopes, que foi internado em hospital psiquiátrico, evoluindo a óbito devido aos maus tratos sofridos. Como resultado, o Estado brasileiro foi obrigado a reparar o dano, indenizando a família pelo Decreto Federal nº 6.185, de 13 de agosto de 2007. Desse modo, a Corte decidiu que o Brasil, além de indenizar moralmente e materialmente a família de Damião Ximenes Lopes, deveria investigar e identificar os culpados pela morte da vítima, bem como promover programas de formação e capacitação para profissionais da área da saúde, como médicos, psicólogos e enfermeiros, especialmente para os profissionais que lidam com a área da saúde mental. O que chama atenção do caso, é que, infelizmente ainda é comum o tratamento asilar, com condições desumanas, permeadas por maus tratos nos hospitais psiquiátricos em muitos países, inclusive nos países que estão em implantação da reforma psiquiátrica, baseada no cuidado em comunidade.

É incontestável, que houve uma vultosa evolução na garantia dos direitos humanos pessoais, tanto no plano interno, quanto no plano internacional após a Segunda Guerra Mundial e à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Assim, é evidente a consolidação da titularidade de direitos e deveres aos indivíduos no âmbito do direito internacional e não há mais sentido na disputa das teorias monista e dualista. Entendemos, nesse estudo que, para que haja a verdadeira efetivação dos direitos humanos, além da garantia dos direitos, pelos ordenamentos e mecanismos jurídicos nacionais e internacionais e, pela vigilância das organizações internacionais é necessária à participação efetiva da

população em concurso com o poder do Estado de cada país, para que se possa assegurar a devida efetivação dos direitos humanos referentes à saúde mental. Interpreta-se que participação da sociedade civil organizada possibilita a proteção dos direitos humanos além do plano conceitual e legal, pois reflete diretamente no plano prático.

Veremos a seguir alguns pontos do histórico jurídico e desdobramentos direcionados que contribuíram para a evolução e consolidação do direito humano fundamental à saúde e à saúde mental no cenário mundial nas últimas décadas. Falaremos também do monitoramento e das recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a temática.

O Direito à Saúde e o Direito à Saúde Mental

Para tratarmos da matéria saúde, nesse segundo tópico, achamos necessário conceituá-la mais uma vez. A melhor definição, na nossa concepção, advém da OMS. Como já citado no primeiro capítulo, a Organização Mundial de Saúde no preâmbulo da sua Constituição, deu um novo viés e aumentou a abrangência do significado da saúde. Segundo a OMS (1946): “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Entendemos que o direito à saúde é uma extensão do direito à vida e, portanto, um direito humano fundamental que se insere na gama dos direitos sociais. Para que os direitos sociais possuam eficácia, é necessário à implantação de políticas públicas, através de legislações específicas e investimento por parte dos Estados. Diante desse panorama, a relevância do Poder Judiciário, dentro do ordenamento jurídico interno dos países, é de extrema importância para dirimir demandas relacionadas ao tema e para garantir o efetivo cumprimento da lei, assegurando esse direito fundamental, ao cidadão.

O direito à saúde, assim como os demais direitos humanos, ganhou visibilidade em decorrência da Segunda Guerra Mundial. Contextualizando o tema, Foucault (2010, p. 167-168), narra o contexto de surgimento do direito à saúde como responsabilidade do Estado:

Em 1942, em plena Guerra Mundial, na qual perderam a vida 40 milhões de pessoas, consolida-se não o direito à vida, mas um direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde. Num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde.

Nesse panorama, podemos visualizar o resultado da evolução dos direitos humanos no campo internacional, a partir do pós-guerra e da consagração da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Observou-se também, os esforços das nações, para tornarem eficazes as garantias dos direitos sociais às suas populações. Nesse estudo, destaca-se o empenho em relação ao direito à saúde mental nos países Brasil e Uruguai. A leitura da saúde pelas lentes dos direitos humanos foi crescente nas últimas décadas do século XX e se consolidou no século XXI. Nesse sentido, entendemos que a saúde é condição basilar para a sobrevivência e desenvolvimento dos indivíduos com dignidade, em sociedade. Sobre o assunto, Sarlet (2001, p. 213) concorda que a saúde é um direito fundamentalíssimo, ao ponto de os países que não o possuem expressamente em suas Constituições, o adotam de forma implícita. Segundo o autor acima citado, um ordenamento jurídico que assegura o direito à vida e à integridade física, naturalmente protege à saúde.

Essa visão ampliada do direito à saúde, como extensão do direito à vida, como se falou anteriormente, se deve muito à Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi essencial para definir a previsão e a necessidade da garantia do direito à saúde. Em seu art. 25, ela declara que um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar da pessoa humana são direitos humanos fundamentais: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, [...]”. Já o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, em seu artigo 12, trata a saúde com uma indicação mais clara e direta: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, define o direito à saúde como:

A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

O direito à saúde é citado novamente, em outras inúmeras convenções e resoluções das ONU, mas para não nos alongarmos no assunto, destacamos a importante recomendação geral nº 14, de 2000, do Comitê dos Direitos Socioeconômicos e Culturais, que foi criado com a finalidade de avaliar o cumprimento do artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais pelos países signatários. Na recomendação geral nº 14 (2000, p. 1-3, tradução nossa¹⁰), a saúde é definida nas seguintes palavras:

A saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de desfrutar o mais alto nível possível de saúde que lhe permita viver com dignidade. A eficácia do direito à saúde pode ser alcançada através de numerosos procedimentos complementares, tais como formulação de políticas de saúde, implementação de programas de saúde desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou adoção de instrumentos legais específicos. [...] O direito à saúde está intimamente ligado ao exercício de outros direitos humanos e depende desses direitos, conforme estabelecido na Declaração Internacional dos Direitos, em particular o direito à alimentação, habitação, trabalho à educação, à dignidade humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, à não tortura, à privacidade, ao acesso à informação e à liberdade de associação, de reunião e de circulação. Estes e outros direitos e liberdades abordam os componentes integrantes do direito à saúde. [...] O direito à saúde abrange uma ampla gama de fatores socioeconômicos que promovem as condições através das quais as pessoas podem levar uma vida saudável e torna esse direito extensivo aos determinantes básicos da saúde, como alimentos e nutrição, habitação, acesso a água potável e saneamento adequado, condições de trabalho seguras e saudáveis e um ambiente saudável.

Nessa recomendação, o direito à saúde pode ser entendido como o direito de bens, serviços e condições necessárias, oportunizadas pelo Estado, para a população poder alcançar o mais alto nível possível de saúde. O Comitê (2000) amplia a interpretação e julga ser necessário para efetivar o direito à saúde o acesso à água potável, condições sanitárias, habitação adequada, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Entendemos que um ponto muito relevante, trazido pela recomendação para dar efetividade ao direito à saúde é a necessidade da participação

10 La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. [...]El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. [...]El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

da população no processo de adoção de políticas públicas. Em conclusão semelhante, Thornicroft e Tansella (2010, p. 70) defendem que: “há a necessidade de assegurar que os serviços reflitam as prioridades dos usuários”. No que tange ao tratamento e atenção à saúde mental, a participação dos pacientes e da sociedade civil organizada é necessária para influenciar as decisões de políticas públicas.

A recomendação de nº 14 também traz em seu escopo, obrigações legais específicas para os Estados¹¹, como por exemplo: a obrigação de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, essa última se subdividindo nas obrigações de facilitar, proporcionar e promover. A obrigação de realizar o direito à saúde, segundo o Comitê dos Direitos Socioeconômicos e Culturais, significa que os países signatários do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais precisam adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à plena realização dos direitos humanos, criando condições efetivas e materiais para que as pessoas possam usufruir o direito humano fundamental à saúde. Nesse mesmo sentido, Thornicroft e Tansella (2010, p. 25) em relação ao tratamento da saúde mental, em comunidade, corroboram:

A lógica da desinstitucionalização e a justificativa para transferir os pacientes de longa permanência dos grandes hospitais psiquiátricos baseiam-se em mudanças sociológicas, farmacológicas, administrativas e legais.

Avaliamos que o conteúdo sobre o direito à saúde, contido na Recomendação de nº 14, deve servir de referência importante para os juristas, para a formulação de políticas públicas e para a sociedade civil dos países que necessitam melhorar a prestação desse direito.

Resta claro que, o direito à saúde além do ordenamento jurídico internacional, também está consagrado nos ordenamentos jurídicos nacionais, implícito ou explícito. O direito à saúde relaciona-se diretamente com o direito à igualdade e com a dignidade da pessoa humana e por esse motivo, entre a saúde e os direitos humanos existem vínculos bastante sólidos. De acordo com Sarlet (2001, p. 95), no panorama do direito constitucional

¹¹ Importante ressaltar que as obrigações geradas pelo Direito Internacional, mesmo possuindo caráter imperativo, ainda dependem muito do voluntarismo dos Estados, pois o Direito Internacional não é dotado da mesma coerção existente no contexto interno dos Estados, mesmo os princípios e normas internacionais sendo aceitos quase que universalmente. Exemplo da força imperativa das recomendações internacionais é o artigo 53 da Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados: “Tratado em conflito com uma norma imperativa de direito internacional geral (*ius cogens*). É nulo um tratado que, no momento de sua conclusão, conflite com uma norma imperativa de Direito Internacional geral. Para os fins da presente Convenção, uma norma imperativa de Direito Internacional geral é uma norma aceita e reconhecida pela comunidade internacional dos Estados no seu conjunto, como norma da qual nenhuma derrogação é permitida e que só pode ser modificada por norma ulterior de Direito Internacional geral da mesma natureza”.

comparado, o direito à saúde está previsto expressamente como direito fundamental, nas constituições do Uruguai, Argentina, Paraguai, Portugal, Espanha, Holanda, Itália, Grécia, França, entre outras. O enfoque da saúde mental baseado nos direitos humanos ocorre quando são levados em consideração os direitos humanos na concepção, na aplicação, na supervisão e na avaliação de todos os tipos de programas e políticas que estabeleçam relação com a saúde. Sobre o assunto, Thornicroft e Tansella (2010, p. 166-167) contextualizam:

Ao usar referências mais claras para orientações éticas, uma maneira de contra-atacar o estigma e a discriminação é atribuir uma ênfase prática muito maior na observação dos direitos humanos em cada aspecto do cuidado em saúde mental. Isso significa aguçar nossa visão sobre injustiças vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais. Pessoas com transtornos mentais em muitos países são tratadas de forma a evitar que exerçam alguns de seus direitos humanos básicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) têm atribuído uma importância crescente à operacionalização dos princípios de direitos humanos nas suas convenções e resoluções. Destacamos nesse estudo, a relevância do principal papel da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é possibilitar a unificação de boas práticas e diretrizes internacionais, para que se torne mais fácil à adoção de políticas públicas e a supervisão por entidades nacionais e internacionais.

A avaliação de indicadores e metas desenvolvidas pelos Estados, no âmbito da saúde mental, é considerada uma ferramenta essencial para avaliar o desempenho dos governos em relação ao seu dever de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde pela OMS e pela ONU. Para adotar metas e desenvolver políticas públicas de saúde, os países precisam coletar dados consistentes. Sobre a coleta de indicadores da saúde mental no mundo, Thornicroft e Tansella (2010, p. 128-129) completam:

O projeto Atlas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi lançado em 2000 para coletar, compilar e disseminar informações a respeito de recursos da saúde mental em diferentes países, e muitos desses dados se referem aos processos. Informações relativas a dezesseis temas são apresentadas por cada um dos 192 estados membros da OMS, por exemplo [...] a presença ou ausência de políticas, programas e leis específicas de saúde mental. O Atlas foi atualizado em 2005, e a validação dos dados foi aprimorada pela incorporação de outras fontes, além das oficiais, nesses países. Dados desses dois marcos temporais permitiram que as tendências fossem analisadas, e as principais descobertas para o período entre 2001-2005 foram que não houve mudanças fundamentais nos recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental; os desequilíbrios regionais sobre a disponibilidade de recursos permaneceram amplamente estáveis; e aumentos modestos ocorreram na comunidade (mais do que nos serviços hospitalares), no número de profissionais de saúde mental e no número de países com políticas de saúde mental, legislação e relação de medicamentos essenciais.

Constata-se que se operaram poucos avanços no cenário do direito à saúde mental ao longo das décadas, mesmo com os esforços das reformas psiquiátricas no mundo. O monitoramento feito por parte da Organização Mundial de Saúde é feito por meio do levantamento das legislações nacionais, documentos relativos a políticas públicas e do orçamento público. Por esse motivo, manter os dados estatísticos sempre atualizados referentes à saúde mental é tão importante para a supervisão dos avanços, possíveis retrocessos, violações, nos países signatários das convenções, tratados e resoluções. Thronicroft e Tansela (2010, p. 51) nos trazem um exemplo do benefício da coleta de dados fidedignos: “dados do senso têm sido utilizados na Inglaterra e na Itália para prever os índices de admissão nos hospitais psiquiátricos e têm se mostrado capazes de prever cerca de 70% da variação desses índices em cada um desses países”. É válido ressaltar também que, avaliar se os governos cumprem obrigações em relação ao direito à saúde, é uma tarefa que cabe também à sociedade civil, ao próprio Estado e aos sistemas de proteção nacional e internacional dos Direitos Humanos.

Em relação à legislação internacional direcionada especificamente aos portadores de transtornos mentais, não podemos deixar de citar, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, celebrada em 1971 e a Resolução 46/119 de 1991, que trata dos “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”. No âmbito do continente europeu, em 2005, houve a assinatura da Declaração de Helsinque entre todos os países da Comunidade Europeia, a OMS e o Conselho da Europa, visando à prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental, seguido pelo Livro Verde de 2005, que visa melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, e, em 2008, foi estabelecido o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar.

Destacamos, no estudo proposto, a Resolução 46/119 de 1991, pois consideramos um marco no campo dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental. A resolução possui 25 princípios e muitos deles tratam do princípio da igualdade de direitos. Exemplo disso ocorre no princípio 1.4 (1991): “Não haverá discriminação sob pretexto de transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o

efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos”. Sobre os princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas por Transtorno Mental e para a Melhoria da assistência à Saúde Mental, de 1991, Thornicroft e Tansella (2010, p. 32-33) comentam:

Os Princípios da Saúde mental se aplicam a todas as pessoas com transtornos mentais, estejam ou não internadas em instituições psiquiátricas, e a todas as pessoas inseridas em serviços psiquiátricos tenham sido ou não diagnosticadas com um transtorno mental. Eles oferecem critérios para a determinação do transtorno mental, proteção e confidencialidade, padrões de cuidado, os direitos das pessoas nos serviços de saúde e a provisão de recursos. O princípio 1 do documento determina o fundamento básico a partir do qual são constituídas as obrigações dos Estados para com as pessoas com transtornos mentais: “todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana” e “devem ter o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. [...] Também estabelece que “todas as pessoas têm direito do melhor cuidado em saúde mental disponível”.

Em relação aos países latino-americanos, foco do estudo, consideramos que suas tratativas, atuais, no cuidado da saúde mental tiveram como referências, (para a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado na comunidade), importantes instrumentos nacionais e internacionais. No nosso parecer, foram de fundamental importância: a Lei italiana de nº 180, de 1978, que instituiu a reforma psiquiátrica democrática, na Itália, e que inspirou a reforma psiquiátrica de muitos países latino-americanos; De modo geral, as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), como bases sólidas importantes para a mudança do paradigma psiquiátrico na América Latina, e de modo mais específico e determinante, as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), que estabeleceu os princípios relevantes para a modernização do cuidado em saúde mental na América Latina, que foram posteriormente revisados pela Carta de Brasília de 2005, e na sequência, o Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2001, intitulado: “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, que recomenda expressamente a adoção de políticas preventivas no trato da doença mental, com ênfase na prioridade do atendimento comunitário. Devido ao Relatório Mundial da Saúde, a OMS declarou o ano de 2001, como o ano internacional da saúde mental e analisou a área da prevenção, a disponibilidade de tratamentos, acessos a cuidados, e, estabeleceu dez recomendações gerais, que cada país poderia adotar de acordo com as suas necessidades e recursos. Posteriormente,

consideramos relevante, a Lei nº 10.216/2001, do Brasil, que instituiu a reforma psiquiátrica no país e foi pioneira na América do Sul. Os marcos legais, internacionais e nacionais, foram essenciais para o novo direcionamento da política de saúde mental na maioria dos países da América Latina. Política pública esta, que ainda precisa avançar.

Sobre o assunto, vale a pena lembrar que, no cenário internacional, nas últimas décadas, temos assistido a luta das reformas psiquiátricas em busca da devolução da cidadania e recuperação dos direitos e garantias fundamentais dos portadores de sofrimento mental. Atualmente, a reforma dos serviços de saúde mental ainda está sendo empreendida em muitos países. Nesse percurso é preciso observar a dimensão jurídica, política e social para enfrentar desafios e, assim, poder gerar as melhores estratégias para a área da atenção em saúde mental. Amarante (2007, p. 103) resume bem o tratamento desumano dado à saúde mental nos dois últimos séculos:

Por mais de duzentos anos, a relação que a sociedade ocidental manteve com as pessoas em sofrimento psíquico foi mais ou menos a mesma: lonas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizados pelo abandono ou pelos atos de violência. O conceito de alienação mental (assim como suas derivações posteriores, doença e transtorno mental) implicou atitudes sociais negativas, de medo e rejeição, devido às concepções dele decorrentes, tais como a periculosidade, incapacidade, irracionalidade, sempre estigmatizantes e discriminatórias. Milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo o mundo. E, apesar das denúncias, das lutas e das práticas inovadoras, ainda existem muitos óbitos em hospitais psiquiátricos e muitas outras situações de violência.

Como o direito à saúde é um dos direitos sociais, é necessário que o Estado desenvolva atividades que possam assegurar à população o desenvolvimento físico, mental e social, na percepção mental da saúde, os direitos sociais a essa parcela da população que sofre com algum transtorno mental, dependem do ordenamento jurídico para sua regulamentação e das políticas públicas para que sua efetivação ocorra. Por esse motivo, possuir legislação específica sobre saúde mental é essencial. As políticas públicas de saúde baseadas na reforma psiquiátrica passam a ser fundamentais para dar efetividade ao direito à saúde. Não basta que os países garantam teoricamente o direito à saúde para os indivíduos, é preciso políticas públicas eficientes para dar efetividade, com ações governamentais e participação popular, para que tal direito seja concretizado. Nesse norte, Thornicroft e Tansella (2010, p. 92) corroboram:

Para a realização completa e bem-sucedida dessas decisões políticas, e sua implementação na base, com frequência, também será necessário um enfrentamento organizado e repetido de um conjunto de grupos interessados, para construir pressão política suficiente, por exemplo, para modernizar as leis em saúde mental.

Entendemos que a desenvoltura e evolução jurídica no cenário das reformas psiquiátricas é importantíssima para garantir os direitos dos portadores de saúde mental, pois a persistência de uma lei defasada, antiga, ou mesmo, a inexistência dela pode gerar uma situação de não garantia de direitos, chegando inclusive a gerar privação de direitos. Nesse sentido Basaglia *et al.* (1994, p. 28) corrobora com nosso entendimento, ao afirmar que a lei pode ser um dos fatores que contribuem para a exclusão social:

A persistência opressora de uma lei injusta, o abandono no qual os internos são deixados pela sociedade, o movimento de exclusão social etc., são os motivos “reais”, discutidos longamente, que contribuem a reduzir o papel da experiência fantasmática vivida em cada pessoa que esteja envolvida na discussão.

A interrelação entre o direito e a saúde mental é complexa e interdisciplinar. O resgate da cidadania dessa parcela da população que teve seus direitos cerceados por muitas décadas deve seguir, necessariamente, os preceitos trazidos pelas Convenções, Relatórios da ONU, da OMS, conferências e convenções internacionais sobre saúde mental, para assim poder haver uma significativa melhora na prestação de serviços de saúde mental. O direito social à saúde mental, a exemplo de todos os outros direitos, precisa de um trabalho coordenado das políticas públicas estatais com o judiciário para que haja a sua efetivação e se evite a exclusão social da parcela de indivíduos que sofre algum tipo de transtorno mental. O dever do Estado para a efetivação das políticas sociais deve possuir caráter efetivo, sendo o direito à saúde um bem garantido internacionalmente, subjetivo e individual, que tem como pilar o princípio da igualdade e da dignidade da pessoa humana, que deve ser um dos principais fundamentos de um Estado democrático. Entendemos que o direito está diretamente ligado e é fator essencial para o sucesso das reformas psiquiátricas no mundo, pois o direito deve atuar como poder disciplinar de normatização, determinando as regras que devem ser seguidas e assim, poder fiscalizar e garantir que esse direito humano fundamental, o direito à saúde mental, seja de fato efetivado.

O direito à saúde mental atinge uma parcela da população que historicamente teve seus direitos negados, usurpados e quase sempre não tiveram acesso a reivindicar esses

direitos. Assim, o direito além de inicialmente possuir o papel de declarar e instituir normas, posteriormente à implantação delas, possui o dever de promover e fiscalizar mudanças institucionais e sociais no que se refere à loucura. A produção de normatização referente à saúde mental deve devolver os direitos e a cidadania aos portadores de transtornos mentais, os transformando em atores sociais e políticos ativos, contemplando toda a integralidade de direitos. Contextualizando o tema, Thornicroft e Tansella (2010, p. 161) complementam:

A falta de interesse em investir na melhoria do cuidado em saúde mental na maioria dos países demonstra que, na prática, pessoas com transtornos mentais são tratadas como se tivessem um valor menor que outras. Um exemplo, de tal diferencial é que leis contra a discriminação, nos países onde existem, são geralmente desenhadas e implementadas em relação às incapacidades físicas e não às mentais.

O cuidado a ser tomado nesse processo, é evitar que em algum aspecto, o ordenamento jurídico mantenha ou promova o discurso manicomial, burlando a concreta efetivação desse direito humano. Para que haja a ampliação da cidadania dessa parcela da população é necessário que o processo de implantação de políticas públicas seja complexo e possua questionamentos e revisões constantes.

Como vimos no primeiro capítulo, o modelo manicomial e asilar ficou conhecido pela extrema violação de direitos humanos dos portadores de sofrimento mental e passou a ser questionado e combatido. Após a Segunda Guerra Mundial, foram empreendidas tentativas para alterar a realidade manicomial com as reformas psiquiátricas. Como pudemos constatar somente com a Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, de fato, se efetivou a ruptura com o modelo asilar psiquiátrico. Na Europa, as primeiras leis internas referentes à saúde mental surgem neste cenário, no pós-guerra. Já a América Latina, no âmbito legal no que se refere à temática, a criação de leis internas direcionadas aos portadores de transtornos mentais é recente ou, muitas vezes, ainda inexistente, pois, muitos países latino-americanos ainda não as possuem.

Entendemos que pilares políticos e jurídicos são necessários para a transformação da assistência psiquiátrica. De acordo com Ligia Giovanella e Paulo Amarante (1994, p. 116) o planejamento de saúde na América Latina surge em decorrência da política norte-americana do presidente Kennedy. Resta claro que a garantia de uma política pública eficaz em relação ao direito à saúde mental, se deve a esforços do Estado e a edição e cumprimento

de leis é uma forma de assegurar esse direito. Nesse sentido, no país considerado como referência na Reforma Psiquiátrica baseado no cuidado em comunidade, a trajetória não poderia ter sido outra a não ser a criação de uma lei, que garantisse a efetivação da reforma. Sobre a experiência de reforma psiquiátrica e sobre a lei italiana que proibiu a existência de manicômios Franco Rotelli (1994, p. 149-150) explica:

Na Itália, há dez anos, foi feita uma lei que proibiu a internação no manicômio - Lei 180, de 13 de maio de 1978 -, e isso foi fruto de um trabalho que havia sido feito anteriormente há dez ou quinze anos, de uma experiência prática que pôde demonstrar que se podia viver muito bem sem o manicômio, Foi com a demonstração prática desta experiência que foi possível viver sem o manicômio. Foi com a demonstração prática desta experiência que foi possível convencer os partidos políticos e as demais forças sociais de que era possível viver sem o manicômio. Vocês sabem que este movimento que determinou transformações práticas tinha também ascendências culturais. Não se tratava, apenas, de humanizar a assistência psiquiátrica [...] A experiência italiana pôde fluir a partir da falência das reformas psiquiátricas nos outros países. Foi possível, graças também a um certo atraso italiano, poder ter como um tesouro outras experiências feitas em outros países e, portanto, da tradução prática da crítica destas experiências se pôde conseguir não cometer os mesmos erros que foram cometidos naqueles países.

Como citado acima, podemos perceber como foi relevante a criação da lei interna italiana para a aplicação prática da reforma psiquiátrica. Thornicroft e Tansella (2010, p. 24) comentam que: “na Itália, o número de leitos psiquiátricos manteve-se estável até 1963, e então diminuiu rapidamente depois da legislação introduzida em 1978”. Interpreta-se que além da criação de lei específica voltada à mudança de paradigma do cuidado da saúde mental em comunidade, é importante também, revisar leis existentes, como por exemplo, o código penal, o código civil, entre outras leis específicas que abordam o tema e estão defasadas. De acordo com Rotelli (1994, p. 151), por muito tempo as leis referentes à saúde mental na Europa eram fundamentadas no preceito da periculosidade: “todas as leis europeias até alguns anos atrás eram fundamentadas na custódia e na periculosidade. Na realidade, estas leis tinham como objetivo e fim a periculosidade e da gestão da periculosidade”. Ou seja, durante décadas, as instituições psiquiátricas foram chanceladas por leis organizadas em função da periculosidade. O aprimoramento dos dispositivos legais, nesse sentido, é recente, pois, ainda é muito comum, que leis mais antigas, principalmente nos países latino-americanos tratem a periculosidade como fator de ligação com os transtornos mentais.

O ponto a se destacar é que relacionar a periculosidade com o transtorno mental,

ainda acontece com grande frequência na América Latina, pois a maioria dos países latino-americanos ainda não possuem leis que versam sobre a temática atual da saúde mental. Exemplo disso ocorre em um dos países foco da pesquisa: O Uruguai, ainda não possui uma lei específica voltada para as questões referente ao tratamento da saúde mental da sua população. Contextualizando o assunto, Amarante (2007, p. 69) defende que os campos jurídico e político precisam reavaliar o tratamento deferido à área a saúde mental:

A loucura/alienação não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil, de não exercício da cidadania [...]. A revisão de toda legislação é o primeiro aspecto, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania [...]. A questão dos direitos humanos assume aqui uma expressão singular. Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece.

Nesse sentido, o judiciário deve, necessariamente, estar andando lado a lado aos processos de desinstitucionalização e desconstrução dos manicômios, para salvaguardar a garantia dos direitos e do exercício da cidadania dos pacientes. Um bom exemplo a se contemplar é a psiquiatria democrática italiana, que possuiu um forte caráter social, ao substituir completamente o manicômio pelos serviços territoriais inseridos na comunidade e ao desconstruir a política e a cultura preconceituosa atinente à loucura que faziam prevalecer nas instituições violências e cerceamento de direitos. Na Itália, assim como em outros países, houve uma tensão na aprovação de leis, no decorrer das reformas psiquiátricas, um conflito entre a psiquiatria e a justiça. A maioria das leis existentes e dos códigos penais até a década de 1970 fazia uma relação direta entre doença mental e periculosidade. Em relação à aprovação da lei específica de número 180, na Itália, Denise Dias Barros (1994, p. 179-180) explica como se deu o processo:

Na Itália, uma lei proibiria, em 1978, novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença mental e a noção de periculosidade social. Atualmente, mesmo durante o tratamento, a pessoa conserva seus direitos e deveres civis. [...]. Tudo isso levou a uma dissolução do nexos causal e imediato entre doença e periculosidade social. As inovações no âmbito psiquiátrico, que em muitos países levaram a assistência psiquiátrica a questionar o custodialismo, abriram novos e múltiplos problemas teóricos e práticos entre a psiquiatria reformada e a justiça penal.

A dissolução do nexo causal entre doença mental e periculosidade não é uma das tarefas mais fáceis. A cultura de relacionar transtorno mental com periculosidade persiste nos dias de hoje precisa ser superada. Nos dias atuais, é necessária uma revisão das leis no campo dos direitos civis, penal, e sociais para combater o estigma, a discriminação, a segregação da pessoa em sofrimento mental. Uma questão importante a se colocar é que na maioria dos países latino-americanos que avançaram na temática das reformas psiquiátricas, mesmo com a evolução na mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado no tratamento em comunidade, ainda predomina a “cultura da loucura”. Nota-se isso nos aparatos administrativos, normativos, disciplinares de muitos países. Exemplo disso ocorre no Brasil. Mesmo com a criação de legislação específica que garante os direitos dos portadores de transtornos mentais, a Lei 10.216/01, constata-se que o Código Civil de 2002, no que se refere à incapacidade civil e o Código Penal de 1940, no que tange à medida de segurança, ainda trazem a falsa relação do transtorno mental com a periculosidade. O que tornam esses dispositivos incoerentes com a legislação específica sobre o direito à saúde mental de 2001. Essa relação da doença mental com a periculosidade foi descrita por Gatti e Traversi (*apud* Barros, 1994, p. 184-185):

[...] todas as pesquisas feitas com amostras suficientemente vastas indicam que entre os doentes mentais não estão presentes porcentagens de infrações violentas, incluindo homicídios, mais elevadas na população em geral [...]. É claro que a relação entre estes dois fenômenos (homicídio e doença mental) é difusamente interpretado de maneira distorcida, com tendência a se sobrepor os dois fenômenos. Isto é facilitado pelo fato do doente mental ser erroneamente considerado como pessoa perigosa e que, por outro lado, existe no homem uma tendência em não reconhecer no homicida motivações que poderiam estar presentes e a procurar, portanto, na interpretação psicopatológica.

Asseveramos que se precisa desmistificar o olhar que vê a maioria dos portadores de transtornos mentais como perigosos. Devolver parte dos direitos humanos e civis negados aos doentes mentais não anula sua condição psiquiátrica debilitada, mas ainda assim é uma forma de resgatar a sua dignidade, para isso, superar o estágio do asilo e da cultura manicomial é apenas o primeiro passo. É interessante notar que, se faz urgente nos países da América Latina a revisão das leis para que os portadores de transtornos mentais não recebam tratamentos diferenciados a depender da legislação. No Brasil, por exemplo, ainda há um viés de tratamento manicomial pela legislação penal que vai

de encontro com a política pública de saúde antimanicomial garantida pela Lei Federal 10.216/01. De acordo com o Código Penal, a desinternação da medida de segurança é condicionada ao laudo de cessação da periculosidade, sendo que muitas vezes, por descaso e abandono do Poder Judiciário e da família, as internações se tornam prisões perpétuas. A não conversação das leis pode ratificar a cronificação dos pacientes, reforçar o estigma social e impossibilitar a reinserção social. Faz-se necessário que as decisões do Poder Judiciário, estejam em congruência com as políticas públicas de saúde dos países, para que os direitos dos portadores de sofrimento mental sejam garantidos. Corroborando com o pensamento, Denise Dias Barros (1994, p. 191) defende que é preciso desconstruir não somente a instituição manicomial é preciso ir além, e desconstruir também ideias e os preconceitos, que fazem parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la. Ou seja, para evoluir do modelo manicomial para o modelo baseado no tratamento em comunidade, é necessário que seja disseminado um novo entendimento sobre o tratamento da “loucura”, em vários segmentos, como por exemplo: assegurar que os funcionários da área da saúde mental, o Poder Judiciário, os políticos, a imprensa, a polícia, membros da família e a sociedade civil, de modo geral, possuam frequentemente informações atualizadas, levando em consideração os últimos desenvolvimentos clínicos e descobertas recentes sobre a temática.

A superação do modelo manicomial, permeado pela exclusão e pela violência institucional, está diretamente relacionada à construção de novas práticas de saúde mental, que variam de país a país. É preciso que os países façam o intercâmbio de suas práticas, identificando e corrigindo seus pontos de fragilidade, para melhorar cada vez mais o percurso a ser percorrido. Esse processo vagaroso, mas progressivo de reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, culminou na condenação do modelo hospitalocêntrico na América Latina, pela Organização Pan-Americana da Saúde, com a Carta de Caracas (1990). Ficou determinado que o modelo manicomial não era mais adequado:

Isolar o doente do seu meio, gerando dessa forma, maior incapacidade social; criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos enfermos; requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e, fornecer ensino insuficiente vinculado com as necessidades de saúde mental da população, dos serviços de saúde e outros setores.

Diante do exposto, é de suma importância ressaltar que o tratamento manicomial e asilar, baseado na exclusão dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, não repercutiu apenas na saúde dos pacientes. Repercutiu nas relações sociais, chegando ao ponto de os ditos “loucos” terem perdido ao longo do tempo os seus direitos civis, políticos e sociais. Nesse contexto, é a partir do direito da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, que o direito à igualdade, o à liberdade e também o direito à diferença e ao respeito à diversidade que se repensou e alguns ordenamentos jurídicos passaram a oferecer uma atenção diferenciada às pessoas em sofrimento mental. Ao longo dos dois últimos séculos, os portadores de transtornos mentais, quando tinham seus direitos segurados nas legislações vigentes da época, esse tratamento conferido a eles era marcado por preconceitos, estigmas, periculosidade e quase sempre eram tratados por um poder disciplinar. Por isso a urgente necessidade de atualização das legislações ou criação de novas leis que versam sobre os direitos dos portadores de sofrimento mental.

O direito precisa garantir a efetivação dos direitos sociais, e um deles é o direito à saúde mental. Resta evidente que o direito à saúde mental, nos dias atuais, está consagrado e possui garantias no ordenamento jurídico internacional e nos ordenamentos jurídicos nacionais, seja implícito ou explícito. Por outro lado, para que haja a efetiva aplicabilidade do direito à saúde mental, precisa-se desenvolver e fiscalizar, constantemente, as dimensões jurídicas, política e social para poder enfrentar desafios e, assim, poder gerar as melhores estratégias e avanços no cenário.

No tópico seguinte falaremos da garantia desse direito humano fundamental nos países Brasil e Uruguai. Faremos uma investigação sócio-jurídica do direito à saúde e do direito à saúde mental nesses dois países, para poder identificar as diferenças legislativas e assim, poder vislumbrar pontos de evolução e pontos de estagnação desse direito no Brasil e no Uruguai, para podermos aprofundar o assunto no próximo capítulo.

O Direito à Saúde Mental no Brasil e no Uruguai

Começaremos esse subtópico ressaltando que o direito à saúde mental é um direito fundamental humano, que deve ser assegurado aos indivíduos. Rodrigo César Rebello Pinho (2000, p. 60) descreve os direitos fundamentais como sendo os direitos considerados:

Indispensáveis à pessoa humana, necessários para assegurar a todos uma existência digna, livre e igual. Não basta ao Estado reconhecê-los formalmente; deve-se buscar concretizá-los, incorporá-los no dia a dia dos cidadãos e de seus agentes.

Vinculados e signatários das recomendações internacionais, Brasil e Uruguai são partícipes de inúmeros protocolos internacionais. Segue abaixo dois exemplos de normas internacionais dos quais, os dois países são signatários, que cancelam a garantia da saúde: O Protocolo de São Salvador, incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto Federal nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999 e ratificado no Uruguai, pela lei de nº 16.519, de 22 de julho de 1994 e, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, incorporado no Brasil pelo Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992, e ratificado no Uruguai pela lei de número nº 13.751 de 11 de Julho de 1969.

É interessante, nesse estudo, citar o conteúdo atinente à temática estabelecido no Protocolo de São Salvador e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Segundo o artigo 10, do Protocolo de São Salvador: “toda pessoa tem direito à saúde, direito este que é entendido como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”. O artigo aponta ainda que, a fim de tornar efetivo o direito à saúde, os países signatários devem reconhecer a saúde como bem público e, adotar as medidas para garantir este direito, como por exemplo, o atendimento primário de saúde, que deve ser colocado ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; A extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; A prevenção e tratamento das doenças; A promoção da educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde e a satisfação das necessidades de saúde dos grupos de risco e que, por sua situação de pobreza, sejam vulneráveis. Já o artigo 12, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais determina que: Os

países devem reconhecer e garantir o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental e para isso devem adotar medidas para assegurar o pleno exercício desse direito, como por exemplo, a criação de condições para assegurar a assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade à toda a população.

O aprimoramento dos dispositivos internacionais influenciou o ordenamento jurídico interno e assim, muitas constituições trazem o direito à saúde, pormenorizados no seu texto legal, como é o caso do Brasil. No Brasil, o direito à saúde foi positivado com a promulgação da Constituição de 1988, sendo que o constituinte outorgou proteção qualificada àquele direito fundamental, ao incluir os direitos sociais no elenco das denominadas “cláusulas pétreas”. Na Constituição brasileira de 1988, o direito à saúde é um direito social. O artigo 196 da Carta Magna do Brasil diz que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em relação ao direito à saúde e a responsabilidade do Estado em promover políticas públicas, no Brasil, André Ramos Tavares (2007, p. 754), declara:

O Estado deve promover políticas sociais e econômicas destinadas a possibilitar o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; Ademais, deve preocupar-se igualmente com a prevenção de doenças e outros agravos, mediante a redução dos riscos (arts. 166 e 198, II). Por fim, o tema relaciona-se diretamente com a dignidade da pessoa humana e o direito à igualdade, que pressupõem o Estado-garantidor, cujo dever é assegurar o mínimo de condições básicas para o indivíduo viver e desenvolver-se.

Outras constituições trazem o direito à saúde subentendido, porém não trazem especificado, como é o caso da Constituição do Uruguai de 1967 que diferentemente da Constituição do Brasil de 1988, não se referencia especificamente a respeito do direito à saúde. A constituição trata no seu artigo 7º do direito à vida (que se entende que o direito à saúde está subentendido) quando diz que, “os habitantes da República têm direitos a serem protegidos no gozo de sua vida”. No artigo 44, a Constituição do Uruguai fala obre a defesa da saúde da população, quando afirma que o Estado será o responsável por legislar sobre todas as questões relativas à defesa da saúde e higiene públicas no país, com o objetivo de promover a melhoria da saúde física, moral e social da população. O artigo 44 diz ainda que,

o estado proporcionará gratuitamente os meios de prevenção e assistência à população carente. Para o presente estudo é de suma importância essa investigação sócio-jurídica do direito à saúde nesses dois países, para poder identificar as diferenças legislativas e assim, poder vislumbrar a materialização desse direito no Brasil e no Uruguai.

Com o estudo comparativo que será feito no próximo capítulo, constataremos que, o Brasil avançou bastante na temática de 1990 até os dias atuais e o Uruguai avançou pouco. É notório que o estigma social em torno da “loucura”, nestes dois países sul-americanos, ainda impede as pessoas com transtornos mentais de desenvolver sua autonomia e verifica-se que as políticas públicas desenvolvidas nos dois países não contemplam de forma satisfatória e plena a melhoria na maneira de perceber da sociedade. É necessário estimular a autonomia dos portadores de transtorno mental nestes dois países e, assim, possibilitar a efetivação dos seus direitos fundamentais à liberdade e à igualdade. O Brasil está mais adiantado que o Uruguai neste aspecto. No Brasil existe lei Federal específica, a lei de nº. 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para a comunidade. Exemplo do que aconteceu na Itália, aproveitar a experiência e falhas do que ocorriam os outros países pode vir acontecer com o Uruguai em relação ao Brasil, que hoje, juntamente com o Chile, segue sendo referência no tratamento da Saúde Mental na América Latina. O Uruguai pode tomar como exemplo a experiência brasileira e filtrar e corrigir erros cometidos, melhorando sua assistência psiquiátrica. Sobre a lei específica sobre saúde mental, no Brasil, a lei de nº 10.216/01, Amarante confirma (2007, p. 70) “a lei aprovada revogou a arcaica legislação de 1934 e significou um avanço considerável no modelo assistencial. Ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira”. A lei Federal brasileira de nº 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção dos direitos dos portadores de sofrimento mental e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental no país, passou mais de doze anos tramitando no Congresso brasileiro e, nos dias atuais, após dezesseis anos de sua vigência, são salutares os avanços no campo do tratamento da saúde mental com enfoque nos direitos humanos.

O Brasil está bem mais avançado na temática do que o Uruguai, entretanto, a partir do momento que o Uruguai se comprometer efetivamente com a causa, possuirá grandes chances de ser mais bem sucedido que o Brasil, devido a seu pequeno território e seu baixo índice populacional. Por causa dessas peculiaridades (o fato de o Brasil ter uma legislação avançada, e o Uruguai ter grandes chances de sucesso em sua aplicação) é que o presente trabalho ganha fundamento e importância. Todo o desenvolvimento da hipótese de trabalho por ora apresentada diz respeito às temáticas abordadas as quais tem como base esse fundamento conjunto. O artigo 6º da Constituição do Uruguai pode vir a cancelar esse intercâmbio social e de serviços públicos, entre os dois países. Segundo Correa Freitas (2013, p. 56, tradução nossa¹²):

A Constituição uruguaia de 1967, que prescreve no segundo parágrafo, o seguinte: “A República buscará a integração social e econômica dos Estados latino-americanos, especialmente no que se refere à defesa comum de seus produtos e matérias-primas. Do mesmo modo, tenderá à efetiva complementação de seus serviços públicos”.

Em relação ao direito à saúde mental no Uruguai, pode-se considerar que ele ainda está em uma fase muito inicial, praticamente embrionária, e que ainda se encontra em estágio de reforma sanitária. O tratamento adequado aos portadores de transtorno mental, baseado em premissas e modelos internacionais, ao se tratar do Uruguai é considerado bem recente. Há de se considerar que somente a partir de 2004, as recomendações internacionais começaram a introduzir as principais mudanças no sistema de saúde voltada à saúde mental no Uruguai. Exemplo disso foi a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), que ocorreu somente em 2007. O Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguaio apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país e é pautado na universalidade, equidade e integralidade do cuidado, na qualidade da atenção e no respeito aos direitos humanos e civis dos usuários. Baseando-se no artigo 6º da sua Constituição da República, o Uruguai deveria se espelhar no tratamento do direito social à saúde mental, no Brasil e fazer um intercâmbio de conhecimentos em relação às políticas públicas bem-sucedidas do Brasil.

¹² La Constitución Uruguaya de 1967, prescribe en el inciso segundo lo siguiente: “La República procurará la integración social y económica de los Estados Latinoamericanos, especialmente en lo que se refiere a la defensa común de sus productos y materias primas. Asimismo, propenderá a la efectiva complementación de sus servicios públicos”.

A maioria das dificuldades na dinamização de serviços na área da saúde mental no Uruguai acontece pelos mesmos motivos que impedem o desenvolvimento de políticas públicas na aérea em muitos países. Acontece pela insuficiência de recursos financeiros e pela falta de profissionais especializados em saúde mental. No Uruguai ainda há um fator especial; existe uma grande diferença na qualidade dos serviços disponibilizados de acordo com a localidade, na zona rural é bem mais escasso, sendo necessária a melhoria dos serviços e a igualdade de assistência entre as zonas urbana e rural para uma melhor coordenação dos serviços. É importante asseverar que a mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo do tratamento em comunidade precisa ser bem fiscalizado, nesse sentido Thornicroft e Tansella (2010, p. 83) explicam:

Ao mesmo tempo, essas mudanças nos serviços podem ser usadas como uma ocasião para fazer cortes no orçamento. [...] Essa é uma questão muito importante, pois onde essa proteção orçamentária não é mantida, é muito comum ver orçamentos de saúde mental perdidos para outros departamentos médicos.

A fiscalização da destinação dos recursos na mudança de modelo de tratamento deve ser feita pelo poder judiciário, pelo poder executivo e pela sociedade civil organizada para evitar também os desvios de recursos, que acontecem com muita frequência em alguns países, como por exemplo, no Brasil.

Segundo Thornicroft e Tansella (2010, p. 139) um dos indicadores de qualidade da saúde mental de um país, no mundo, é a taxa de suicídios, já que é uma medida de resultados bastante usada e útil, pois, existem dados oficiais disponíveis dos últimos 25 anos em muitos países. Os autores apontam ainda que, a fidedignidade dos dados pode variar entre os países e quando esses dados não estão disponíveis é um reflexo do modo menos prioritário que os serviços de saúde mental são encarados em muitos países. Em complemento, segundo o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001, p. 131):

Há indícios convincentes de que a prevenção e o tratamento adequados de certas perturbações mentais e comportamentais podem reduzir os índices de suicídio, sejam essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outros sectores da comunidade geral. A detecção e o tratamento precoces de depressão, dependência do álcool e esquizofrenia são estratégias importantes na prevenção primária do suicídio.

Segundo dados oficiais do Ministério de Saúde Pública do Uruguai em 2011, o país apresentou uma taxa de 16,6 suicídios por 100 mil habitantes, sendo pessoas acima de 65

anos e adolescentes o principal grupo de risco, o número de homens que cometem suicídio foi maior do que o de mulheres e a maior incidência também ocorreu em cidades do interior do país, com mais frequência em regiões rurais e menos urbanizadas. O relatório revelou ainda que o enforcamento é o método mais usado. Esses números colocam o Uruguai em primeiro lugar na taxa de suicídios, ao lado de Cuba, entre os países latino-americanos. Esses dados constataam que há uma má qualidade de prestação de serviços no âmbito da saúde mental no país.

Mesmo com a recente elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde mental, o Uruguai legalizou em 2013, com repercussão internacional, o uso da maconha, com a promulgação da Lei da Maconha (Lei Uruguai n. 19.172 de outubro de 2013). Esse fato exige uma reflexão sobre os cuidados que o impacto dessa lei exigirá no futuro dos serviços de saúde mental, até então não efetivados no país. Legalizar o uso de um psicotrópico, sem possuir uma política pública consolidada e eficiente de saúde mental é uma medida arriscada. Trataremos a questão de forma mais direcionada no próximo capítulo.

No quesito legislação interna, o Uruguai ainda possui uma legislação defasada e atrasada no âmbito da garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental. A lei de 1936, basicamente versa sobre as internações psiquiátricas, responsabilizando as famílias pelo cuidado dos pacientes, sem mencionar, especificações e nada tratando sobre transtornos decorrentes de dependência de substâncias psicoativas, como a maconha. O Uruguai por ser um pequeno país de extensão territorial e ter uma população de cerca de 3,4 milhões de habitantes, possui grandes chances de ser referência na temática da saúde mental e reverter seus péssimos índices relacionados ao tema. Ainda mais se considerar como aliado o Brasil, que pode e muito contribuir com sua experiência até o momento bem-sucedida dentro das possibilidades. Assim, o intercâmbio de experiência entre os dois vizinhos vem a ser um grande suporte ao Uruguai, que ainda encontra os melhores meios de efetivar sua política de saúde mental.

Ao comparar o Brasil e o Uruguai, percebe-se que suas políticas de Saúde Mental se encontram em estágios diferentes de implantação/desenvolvimento, articulação e fortalecimento, mas elas possuem o mesmo horizonte de melhorar a capacidade, acesso,

qualidade dos serviços e programas de atenção às pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, a consolidação legislativa e o pioneirismo brasileiro muito têm a contribuir com a situação atual do Uruguai, que apesar de iniciante na temática e de não possuir legislação específica sobre o tema, possui a vantagem de dispor de uma população pequena, comparada ao Brasil, e assim, há de se crer que o Uruguai possui grandes perspectivas de instituir o direito à saúde mental de forma plena, eficiente e exemplar, podendo servir no futuro, de modelo mundial de sucesso.

A participação de movimentos populares e da sociedade civil, nesse processo, é de extrema importância para a criação e para garantir a aplicabilidade de leis específicas no âmbito da Saúde Mental. Sobre esse aspecto Franco Rotelli (1994, p. 154) corrobora: “é muito importante [...] associações de cidadãos, de familiares e grupos de luta para implantar a lei. Em outras palavras, continua o processo de implementação da lei, através da mobilização de forças sociais”. Como já citamos várias vezes, é de suma importância à participação social na mudança do paradigma hospitalocêntrico para o tratamento em comunidade. Segundo Amarante (2007, p. 73) a dimensão sociocultural é uma das estratégias mais reconhecidas nos processos de reforma psiquiátricas no mundo.

Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

A lei necessariamente deve estar de acordo com as necessidades da população e, portanto, com a garantia da saúde mental para seus cidadãos. Como observamos diversas vezes, o direito não pode ser efetivado sem a prática. E para que exista a prática do direito à saúde mental, a participação da sociedade civil organizada é essencial. Um fato curioso que aconteceu na Itália na implantação da reforma de Basaglia foi que a relação entre as parcerias dos serviços psiquiátricos com a faculdade de Direito foi bastante exitosa. Segundo Rotelli (1994, p. 164) houve, inclusive no início, mais alianças com a faculdade de Direito do que com a faculdade de Medicina. Analisamos que parcerias com todas as áreas da sociedade civil são relevantes para garantir os direitos aos portadores de transtornos mentais.

Nesse tópico, entendemos que, no que se referem ao papel do Poder Judiciário dos países Brasil e Uruguai, acadêmicos, usuários e profissionais precisam entender o processo de Reforma Psiquiátrica como um processo de desinstitucionalização da saúde mental, superando o estigma e o preconceito cultural que rodeiam o tema para questionar o processo social da loucura e, assim, assegurar a cidadania e os direitos sociais aos portadores de transtornos mentais com o acesso a tratamento psiquiátrico qualificado para toda a população nos dois países. Ressaltamos que nesse processo, a participação da sociedade civil é imprescindível. Mesmo com os diferentes estágios entre legislações e políticas públicas dos dois países, acreditamos na possibilidade de troca de experiências exitosas e na evolução da temática em conjunto. Modificar uma cultura de cerceamento dos direitos dos portadores de sofrimento mental é o primeiro passo para que políticas públicas possam ser criadas e possuam sucesso.

No próximo capítulo analisaremos a atual situação das políticas públicas referentes à garantia do direito humano fundamental da saúde mental, nos países Brasil e Uruguai. Utilizaremos com requisito e parâmetro comparativo, as dez soluções recomendadas pela OMS, no Relatório Mundial da Saúde de 2001, para se obter boas práticas em saúde mental. As dez recomendações da OMS se baseiam em dois níveis de evidência. O primeiro é a experiência cumulativa exitosa em muitos países e em diversos níveis de recursos. O segundo nível de indícios advêm de pesquisas científicas disponíveis na bibliografia nacional e internacional. São elas: proporcionar tratamento nos cuidados primários; Disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os utentes; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos; formar vínculos com outros setores; monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa. O próximo capítulo possui o intuito de realizar um estudo comparado da efetivação do direito à saúde mental no Brasil e Uruguai para colaborar com a devolução da cidadania plena e com a recuperação dos direitos e garantias fundamentais dos portadores de sofrimento mental.

ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO URUGUAI

Nesse terceiro capítulo traçaremos uma discussão comparativa, utilizando como parâmetro de análise, as dez soluções para obtenção de boas práticas em saúde mental, recomendadas pelo Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2001, com o intuito de identificar em qual dos níveis históricos da reforma psiquiátrica e do cuidado em saúde mental, propostos pelos autores Thornicroft e Tansella (2010, p. 20): “asilo, declínio do asilo ou desenvolvimento do cuidado em saúde mental descentralizado, baseado na comunidade”, encontram-se os países Brasil e Uruguai e quais suas deficiências e seus avanços na temática.

O estudo pretende também, ao verificar comparativamente, a atual situação das dez recomendações da OMS, contribuir com o intercâmbio de boas práticas e estimular a troca positiva de experiências entre os dois países. Possibilitando assim, uma maior interação sobre o assunto e podendo inspirar certa evolução do direito humano à saúde mental nos dois países sul-americanos. O objetivo principal desse capítulo, ao inquirir comparativamente as dez propostas é deixar claro que boas práticas em saúde mental geram melhores resultados para as pessoas que possuem transtornos mentais e somente com o desenvolvimento de políticas públicas específicas e de um serviço de saúde mental comunitário de qualidade, os direitos dos portadores de transtornos mentais serão devidamente assegurados.

Nesse capítulo restará claro que, para que haja a disponibilização pelos países de um serviço de saúde mental baseado na comunidade de alta qualidade, além da desinstitucionalização, devemos reconhecer barreiras, formular estratégias, para poder enfrentá-las. Thornicroft e Tansella (2010, IX) reconhecem que são algumas barreiras a

serem superadas: “o financiamento insuficiente, a centralização de recursos, as grandes instituições, a inclusão na atenção primária, a escassez de trabalhadores treinados, a visão empobrecida sobre saúde pública entre os líderes da saúde mental”. Pretendemos com o estudo comparativo identificar quais são as barreiras atuais no Brasil e no Uruguai, e no que eles podem se ajudar para melhorar suas políticas públicas em saúde mental.

Avaliamos que a barreira da visão empobrecida sobre saúde pública entre os líderes da saúde mental é uma das principais barreiras, pois gera contradições entre os envolvidos com a saúde mental e freia o desenvolvimento das boas práticas em saúde mental. Muitos ainda defendem a permanência dos hospitais psiquiátricos, por inúmeros fatores, enquanto outros salvaguardam o atendimento comunitário. Sobre esse ponto, entendemos que é necessário superar o asilo, com a adoção de um sistema equilibrado entre uma rede sólida comunitária e unidades psiquiátricas especializadas no hospital geral para a admissão de casos agudos, durante os períodos de crise.

Para que se possa melhor entender o nosso posicionamento, vale lembrar os ensinamentos de Paulo Amarante (2007, p. 83-84) sobre a crise:

No modelo clássico da psiquiatria, entende-se crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Como consequência desta concepção, a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhe fortes medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la, aplicar-lhe eletroconvulsoterapia. Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. [...] uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social.

Amarante comenta e traz à tona a concepção psicossocial dos transtornos mentais e a necessidade de uma das grandes modificações que precisa acontecer no trânsito do modelo manicomial para o antimanicomial, que é a atenção à crise. Identificamos que essa atenção representa um dos aspectos mais difíceis e estratégicos que envolvem inúmeros atores sociais, como por exemplo: familiares, usuários, imprensa, políticos, judiciário, entre outros. Por isso se faz primordial que exista uma rede de serviços de atenção psicossocial, fruto de uma política pública baseada nos direitos humanos, que possibilite que todas as pessoas sejam efetivamente assistidas no âmbito da saúde mental.

Antes de iniciarmos a análise das soluções para boas práticas em saúde mental, propostas pelo Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001), achamos necessário falarmos brevemente sobre a indissociável relação da democracia com o desenvolvimento e a execução do direito humano à saúde mental. Começaremos o capítulo por esse ponto e, em seguida, nos ateremos ao estudo comparado.

Pelo fato do Brasil possuir maior experiência em boas práticas de saúde mental, na maioria do capítulo, aplicaremos, na comparação, exemplos brasileiros à realidade uruguaia. A única exceção a essa metodologia de estudo será em relação à regulamentação sobre a substância maconha e seus derivados no Uruguai, pois nesse quesito, achamos necessário fazermos o caminho inverso.

Utilizaremos como principais fontes de referencial teórico, nesse terceiro capítulo, para embasar os comentários das 10 recomendações da OMS (2001), quatro autores: Graham Thornicroft e Michele Tansella, a nível internacional, Paulo Amarante a nível de Brasil e Nelson de León nível de Uruguai.

Inseparabilidade entre a Democracia e o Direito Humano à Saúde Mental

Iniciamos o capítulo trazendo a indissociável relação entre o desenvolvimento da democracia com a evolução do direito humano, aplicada à realidade da saúde mental. O tema é relevante, pois o recente processo de redemocratização que passou a maioria dos países da América Latina incide e reverbera indiretamente no atraso da responsabilidade do cuidado da saúde mental por parte dos Estados. Por esse motivo, a atenção à saúde mental nos países latino-americanos se encontra muito aquém da realidade empreendida em países europeus, como por exemplo, Inglaterra e Itália.

Para ilustrar a responsabilidade que o Estado democrático de direito possui sobre a garantia do direito humano à saúde, citamos o pensamento da autora uruguaia Mariana Blengio Valdés (2015, p.15, tradução nossa¹³):

¹³ El rol del Estado resulta primordial para asegurar el goce de este derecho humano. No ya como un objetivo programático o a largo plazo, sino como una imperiosa necesidad de promover la debida atención sanitaria resolviendo a través de estrategias y políticas públicas los obstáculos o límites que

O papel do Estado é primordial para garantir o gozo desse direito humano. Não como um objetivo programático ou de longo prazo, mas como uma necessidade imperativa de promover cuidados de saúde adequados, resolvendo através de estratégias e políticas públicas os obstáculos ou limites que são gerados quando têm recursos econômicos limitados.

Em complementação a Valdés, no capítulo anterior aduzimos a evolução histórica internacional do direito à saúde e à saúde mental e, constatamos que, a saúde não é somente uma responsabilidade exclusiva do poder público estatal. É uma conquista e um resultado de um conjunto de fatores interdisciplinares, que envolvem fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, que se amoldam de acordo com as atuais conjecturas do direito internacional e do direito interno. Assim, temos estágios diferentes a depender do país e isso está relacionado ao desenvolvimento do fator democrático. O ideal pretendido seria que o direito à saúde e à saúde mental fosse garantido de forma integral e universal, com equidade e com o equilíbrio entre o poder judiciário e as políticas dos Estados, contando com a importante e fundamental participação da sociedade no aprimorando do exercício da cidadania. Entretanto nos países latino-americanos a caminhada para o pleno cumprimento desses direitos ainda é longa e está associada à materialização da democracia.

A proteção efetiva do direito humano à saúde mental constitui um dos importantes desafios das democracias do século XXI. De acordo com Cançado Trindade (2003, p. 205-206) a democracia se relaciona naturalmente com os direitos humanos. O autor defende que, assim como as bases da internacionalização da proteção dos direitos humanos se estabeleceram há apenas, cerca de cinco décadas, nos dias atuais estamos diante da etapa inicial de um fenômeno de grandes implicações: o da promoção internacional da democracia.

Nesse sentido, entende-se que o processo de internacionalização da proteção dos direitos humanos também se refere ao aperfeiçoamento do exercício da democracia nos países. Em uma sociedade democrática, o ordenamento jurídico só se efetiva com a observância dos direitos humanos. É válido ressaltar que a construção da democracia necessita do pilar societário para se estabelecer. Infelizmente nos países latino-americanos o entendimento cultural que, na maioria dos casos, continua a prevalecer é a ineficiente participação consciente da sociedade civil. Sobre o assunto Cançado Trindade (2003, p. 235-236) complementa:

se generan a la hora de disponer de recursos económicos limitados.

A mentalidade que parece hoje continuar a prevalecer, pelo menos em muitos dos países de nosso continente, é a de encarar as eleições como simples meio para a tomada do poder e o exercício deste como um fim em si mesmo (ao invés de um serviço à comunidade), a ser conservado e aumentado sem controle real eficaz da legitimidade das práticas subsequentes. O poder passa a abrigar práticas escusas e antidemocráticas, abusos de corrupção desenfreada e alimentada pela impunidade, escândalos ameaçando a própria governabilidade, formação e concentração de grandes fortunas nas mãos de poucos (das chamadas “classes dominantes”) em contraste com o empobrecimento crescente de vastos segmentos da população.

A realidade prevalente na maioria dos países da América Latina reflete no atraso em desenvolver políticas públicas eficientes no âmbito da saúde e da saúde mental. Acreditamos que essa mentalidade muito se deve ao recente desenvolvimento da democracia, pois a maioria dos países latino-americanos passou há poucas décadas por longos períodos ditatoriais.

Para compreender a importância do desenvolvimento de políticas públicas por parte dos Estados e a sua correlação com o poder judiciário, achamos necessário trazer o entendimento de Maria Paula Dallari Bucci (2006, p. 39) sobre o conceito de políticas públicas no âmbito jurídico:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados — processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial — visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

A autora chancela nosso entendimento amplo e interdisciplinar de políticas públicas e as trata como objeto de interesse para o direito. Bucci (2006, p. 1-3) defende que estudar as políticas públicas como categoria jurídica abre as ciências jurídicas para interdisciplinaridade, que procura modos de efetivação dos direitos humanos, em especial os direitos sociais. Ou seja, a efetividade dos direitos sociais está necessariamente vinculada ao desenvolvimento das políticas públicas.

Entendemos que as deliberações decorrentes dos acordos e convenções internacionais, nos dias atuais, são consideradas como consensuais nos textos constitucionais e nos textos das políticas de saúde da maioria dos países do mundo e isso refletem nas políticas públicas de saúde mental, entretanto asseveramos que apesar da

maioria dos países da América Latina possuir políticas públicas voltadas para a saúde e para a saúde mental, a realidade encontra-se muito destoante e distante do que versa os planos e legislações sobre a temática. Aumentar a conversação entre teoria e prática, no âmbito da saúde mental, se faz urgente, tanto no Brasil, quanto no Uruguai, países sul-americanos, focos do estudo. É preciso haver uma continuidade entre recomendações internacionais e concretude das experiências de boas práticas no cuidado da saúde mental e, para isso, é necessário uma integração de fatores como: pesquisa, boas prática, experiências bem-sucedidas e gestão dos serviços.

Nessa perspectiva Norberto Bobbio (1992, p. 30) arremata a questão ao defender que não basta proclamar os direitos, mas, sobretudo, é necessário garantir meios para sua efetivação e impedir que eles sejam violados: “não se trata de saber quais e quantos são esses direitos [...]; mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados”. Estudos como esse são importantes para refletirmos como solucionar essa disparidade e muitas vezes, contradição entre a lei e as reais políticas públicas oferecidas à população.

Em relação às reformas psiquiátricas e ao avanço do direito à saúde mental na América Latina, José Miguel Caldas de Almeida (2005, p. 317, tradução nossa¹⁴), comenta essa assimetria entre os avanços das recomendações internacionais e a aplicabilidade da prestação de serviços de saúde mental:

70% dos países da Região tinham uma política nacional de saúde mental e 80% tinham planos de ação nacionais, dos quais mais de 70% foram estabelecidos após 1990. A proporção de países da Região que teve legislação específica em saúde mental aumentou de 22% em 1990 para 30% em 2001. Esses dados mostram que, na formulação de políticas, planos e leis, as iniciativas promovidas durante a década de 1990 permitiram um progresso considerável. [...] No entanto, o progresso na prestação de serviços foi menor. Na maioria dos países, os hospitais psiquiátricos continuaram a ser a estrutura básica do sistema de saúde mental. Mais de 70% dos países tinham menos de 20% de camas psiquiátricas em hospitais gerais. Embora 70% dos países tivessem serviços comunitários, na maioria dos casos eram experiências locais que abrangeu apenas uma pequena parte da população em necessidade. Em 30% dos países, os medicamentos essenciais não estavam disponíveis para os pacientes de cuidados primários.

14 [...] 70% de los países de la Región contaban con una política nacional de salud mental y 80% tenían planes de acción nacionales, más de 70% de los cuales se establecieron después de 1990. La proporción de países de la Región que tenían una legislación específica de salud mental aumentó de 22% en 1990 a 30% en 2001. Estos datos demuestran que, en lo referente a la formulación de políticas, planes y leyes, las iniciativas promovidas durante la década de 1990 permitieron avanzar considerablemente. [...] Sin embargo, los avances en la prestación de servicios fueron menores. En la mayoría de los países, los hospitales psiquiátricos seguían siendo la estructura básica del sistema de salud mental. Más de 70% de los países tenían menos de 20% de las camas de psiquiatría en hospitales generales. Aunque 70% de los países contaban con servicios en la comunidad, en la mayoría de los casos se trataba de experiencias locales que abarcaban solo una pequeña parte de la población necesitada. En 30% de los países, los medicamentos esenciales no estaban al alcance de los pacientes de atención primaria.

Com os dados apresentados por José Miguel Caldas de Almeida, constata-se que apesar dos avanços dos países da América Latina, baseados nas recomendações internacionais sobre saúde mental, os sistemas de saúde continuam possuindo gritantes deficiências em relação à acessibilidade e à qualidade dos serviços disponibilizados no âmbito da saúde mental. Mesmo com a considerável formulação de políticas públicas voltadas à temática e baseadas no novo paradigma de tratamento na comunidade, a aplicação delas ainda é bastante ineficiente e insuficiente. Esse é o ponto, que o estudo destaca que precisa ser trabalhado e aperfeiçoado constantemente. Ainda é frequente a violação dos direitos humanos e a existência de instituições com características asilares. Em muitos países latino-americanos os serviços de saúde mental continuam centrados nos hospitais psiquiátricos, que com o passar das décadas se tornaram instituições “mais humanizadas”, entretanto, ainda continuam com a prevalência de características manicomiais. Um dos fatores que corroboram para que essa realidade ainda se mantenha, nos dias atuais, é a constatação de que as dez recomendações básicas do Relatório Mundial de Saúde, de 2001, da OMS, apesar de transcorrerem 16 anos, ainda não são praticadas em inúmeros aspectos. Exemplo disso é a importante inclusão do tratamento da saúde mental na atenção primária, que tem acontecido de forma muito lenta e parcial nos países latino-americanos.

Ao articular a noção de democracia com a corrupção, pontos citados por Cançado Trindade (2003), trazemos à baila o levantamento realizado, em 2015, pela ONG Transparência Internacional, que mostrou o nível de corrupção das nações, os dois países foco do estudo possuem diferenças gritantes. O Brasil ficou em 76ª colocação, enquanto o Uruguai obteve a melhor colocação entre os países latino-americanos, alcançando a 21ª posição mundial. Partindo desse ponto específico, ratifica-se que o Uruguai, à medida que, se comprometer em desenvolver boas políticas públicas em saúde mental, baseando-se nas recomendações internacionais e nas experiências bem-sucedidas de outros países, possui potencial para estabelecer e manter uma política pública de garantia do direito social à saúde mental, sólida, democrática e promissora.

Partiremos agora, no próximo tópico, para a análise do panorama atual do cuidado da saúde mental nos países Brasil e Uruguai de acordo com as dez recomendações

do Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2001, para a obtenção de boas práticas no cuidado do direito humano à saúde mental. São elas: proporcionar tratamento nos cuidados primários; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os utentes; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos; formar vínculos com outros setores; monitorizar a saúde mental na comunidade e, por fim; dar mais apoio à pesquisa.

Não nos parece que a metodologia de abordar cada recomendação, de maneira equânime, seja a melhor por três motivos: nem todas as recomendações possuem a mesma importância, essa metodologia prolongaria demais o texto em pontos não tão importantes, cortando espaço para alguns outros de maior relevância e algumas das recomendações acabam se cruzando e se repetindo em inúmeros pontos em comum. Sendo assim, nos propomos a analisar a política antimanicomial, como um conjunto de regras e proposições que vêm sendo empreendidas, as últimas décadas, nos dois países: Brasil e Uruguai.

Panorama Atual das Boas Práticas em Saúde Mental no Brasil e no Uruguai

Para embasar e introduzir a análise da realidade do cuidado da saúde mental nos países Brasil e Uruguai, nos dias atuais, achou-se necessário trazer alguns dados sobre a preocupante problemática dos transtornos mentais, neurológicos e dos transtornos causados por uso de álcool e outras drogas e, sobre a necessidade de uma maior alocação de recursos para a área, a fim de evitar inúmeros problemas a médio e longo prazo.

Segundo o Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde da OMS (2010, p. III), que fornece recomendações visando preencher lacunas em saúde mental, na prestação de cuidados em países com recursos limitados, de baixa e média renda:

Quatorze por cento do fardo mundial das doenças é atribuível a esses transtornos e quase três quartos deste fardo ocorre em países de baixa e média renda. Os recursos disponíveis nos países são insuficientes. A vasta maioria dos países aloca menos de 2% de seus orçamentos para a saúde mental, o que leva a uma brecha

no tratamento de mais de 75% nos países de baixa e média renda. Agir faz sentido do ponto de vista econômico. Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas interferem, de maneira substancial, na habilidade das crianças para aprender e na habilidade dos adultos para funcionar na família, no trabalho e na sociedade como um todo. Agir também é uma ação em prol dos pobres. Estes transtornos são fatores de risco para muitos problemas de saúde, ou sua consequência, e com uma enorme frequência se associam à pobreza, à marginalização e ao desfavorecimento social.

Os fatos de quase três quartos de ocorrência de transtornos mentais ocorrem em países de baixa e média renda é alarmante. Em muitos países o argumento da escassez de recursos tem sido utilizado como defesa para cancelar a perpetuação do modelo manicomial hospitalocêntrico. De acordo com Lúcia Rosa (2001, p. 321), ainda é comum que para evitar a situação de rua¹⁵, o modelo asilar ainda figure como um local que representa abrigo e guarda. Contra esse argumento, Thornicroft e Tansella (2010) oferecem uma resposta sólida ao sustentar a ideia de que, apesar de ser muito difícil o aumento dos recursos para a saúde mental, na conjectura atual, na maioria dos países, a transferência de recursos do hospital para os serviços na comunidade é uma possibilidade realista, viável e plenamente funcional. Ou seja, independente da situação de renda do país, ele poderá prestar serviços mais dignos de saúde mental, com viés antimanicomial, e na comunidade.

Thornicroft e Tansella (2010, VIII) sugerem medidas que podem ser adotadas dependendo do nível de recursos dos países. Por exemplo, países de baixa renda podem oferecer pelo menos o cuidado primário em saúde e na retaguarda de especialista, por menor que ela seja; já os países de média e alta renda podem oferecer uma prestação melhor que poderá contar com: serviços ambulatoriais, equipes comunitárias de saúde mental, internação para casos agudos, cuidado residencial de longa permanência na comunidade, e a reabilitação laboral. Um ponto destacável defendido pelos dois autores é a defesa da real possibilidade do cuidado residencial de longa permanência na comunidade, que ocorre com eficiência, em países como Inglaterra e Itália e, que, na atualidade, ainda não é uma prática nos países Brasil e Uruguai, principalmente no Uruguai, que ainda possui uma postura extremamente hospitalocêntrica para os pacientes com transtornos mentais de longa permanência.

15 A autora do estudo faz parte de um projeto de voluntariado na cidade de Teresina, no estado do Piauí - Brasil, chamado "Eu quero ajudar", que distribui alimentação noturna, todos os dias, aos que se encontram em situação de rua. A situação de rua colabora para o aparecimento e agravamento dos transtornos mentais que, por sua vez, podem ser um dos fatores que contribuem para que uma pessoa viva em situação de rua. Apesar de variarem, pois há casos de esquizofrenia e muitos de depressão, a maioria deles é causada e/ou agravada pelo alcoolismo e uso de drogas. Com esse exemplo, se constata a relação entre a pobreza e a falta do cuidado em saúde mental, pois, sabe-se, que pessoas com melhor suporte social têm melhor saúde mental e menos riscos a desenvolver transtornos mentais.

O Manual de Intervenções da OMS (2010, p. III), traz também, como sugestão, alguns princípios gerais de cuidados relacionados com os direitos humanos, que achamos plausível inserir na pesquisa. O Manual sugere que os países com recursos limitados, de baixa e média renda (OMS, 2010, p. 7):

Dê especial atenção aos padrões de direitos humanos nacionais e internacionais. Promova a autonomia e a vida independente na comunidade, e desestime a institucionalização. Preste os cuidados de forma que respeite a dignidade da pessoa, que seja sensível e apropriada à sua cultura, e livre de discriminação baseada em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra origem nacional, étnica, indígena ou social e status econômico ou de ordem de nascimento. Assegure-se de que a pessoa entende o tratamento proposto e que consente informada e livremente com o mesmo. Envolver crianças e adolescentes em decisões relativas ao tratamento de maneira compatível com seu nível de desenvolvimento e dê-lhes a oportunidade de falar sobre suas preocupações com privacidade. Dê especial atenção à confidencialidade, bem como ao direito da pessoa à privacidade. Com o consentimento da pessoa, mantenha seus cuidadores informados sobre seu estado de saúde, incluindo as questões relativas à avaliação, ao tratamento, ao seguimento, e a qualquer efeito colateral possível. Faça a prevenção do estigma, da marginalização e da discriminação, e promova a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e devidos ao uso de álcool e outras drogas, promovendo vínculos sólidos com os setores de emprego, educação, social (incluindo habitação) e outros que sejam relevantes.

Observamos que essas recomendações ainda estão distantes da realidade da maioria dos países da América Latina, inclusive do Brasil e do Uruguai. O Brasil tem avançado no tema bem mais que o Uruguai, mas ambos os países possuem inúmeras deficiências, gerando um descompasso entre as recomendações internacionais e a prática. Uma delas, certamente é a prevalência da abordagem clínica em detrimento da abordagem do serviço em dimensão ampla interdisciplinar do cuidado em saúde mental. Segundo Thornicroft e Tansela (2010, p. IX): “os pacientes não melhoram ou pioram apenas porque recebem uma medicação ou outra, mas porque este tratamento foi prestado em certo cenário de cuidado ou noutro”. Ou seja, o tratamento da saúde mental, na atualidade, deve ser multidisciplinar e reorganizado nos países que ainda possuem a prevalência de um tratamento manicomial. Superar o modelo hospitalocêntrico e desenvolver o cuidado na comunidade não significa apenas uma transposição física do cuidado, significa uma reorientação cultural, de evolução do tratamento em saúde mental. Assim, para que haja o aprimoramento dos dispositivos e dos serviços em saúde mental, entendemos que a aplicação e observância dos dez passos propostos pelo Relatório Mundial da Saúde de 2001, da OMS, é uma grande diretriz para essa melhoria.

Antes de iniciarmos o estudo comparado das dez recomendações para boas práticas em saúde mental, no Brasil e no Uruguai, achamos conveniente ressaltar que além dos transtornos mentais serem responsáveis por um alto índice de carga global provocadora de doenças, o panorama mundial vislumbra o aumento desses números. Segundo o Relatório Mundial da Saúde, da OMS, (2001, p. 29-30):

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas, com perturbações mentais graves, a tarefa de resolverem, como puderem, os seus problemas de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação. Provavelmente haverá aumento do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à desestabilização civil. **As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo (grifo nosso)**. Esse crescente ônus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. [...] Mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (grifo nosso).

Em complementação aos dados apresentados no Relatório Mundial da Saúde, da OMS, de 2001, José Miguel Caldas de Almeida (2005, p. 316, tradução nossa¹⁶) traz dados referentes à América: “A doença mental representa 12% da carga global de doenças no mundo e 24% desse fardo nas Américas. A depressão representa uma grande parte desse fardo e a principal causa de deficiência nas Américas”. Baseado nesses dados, no decorrer do nosso capítulo iremos mostrar que apesar de certa evolução na temática, os dois países possuem um longo futuro a ser trilhado. Por exemplo, pudemos constatar que houve uma significativa redução de leitos psiquiátricos e a criação de serviços de atenção psicossociais, tanto no Brasil, quanto no Uruguai, que são recomendações internacionais, entretanto, não houve um deslocamento responsável da assistência dos hospitais para a comunidade, a atenção primária psiquiátrica não está consolidada, não há unidades psiquiátricas na maioria dos hospitais gerais, entre outras deficiências, que impedem a recuperação psiquiátrica, a devolução da cidadania e da dignidade aos portadores de transtornos mentais.

Acreditamos que trabalhos como esse sejam importantes para refletir sobre a experiência recente vivida pelos dois países, na criação e efetivação de uma rede de

¹⁶ “Las enfermedades mentales constituyen el 12% de la carga global de las enfermedades en el mundo y el 24% de esa carga en las Américas. La depresión representa una gran parte de esa carga y la primera causa de discapacidad en las Américas”.

serviços que seja capaz de assegurar um tratamento de qualidade para a população, no que se refere aos direitos humanos nos cuidados em saúde mental. As políticas públicas de saúde mental do Brasil e do Uruguai precisam ser melhoradas, para que assim, possam reorganizar e criar uma rede de serviços com dimensões éticas, de igualdade, baseada nos direitos humanos internacionais.

Estudo Comparado das Dez Recomendações do Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001) nos Países Brasil e Uruguai

Nosso intuito nesse tópico é avaliar, de modo generalista, as dez recomendações da OMS, nos países Brasil e Uruguai, para concluirmos o que se avançou, o que precisa melhorar, e, em que pontos de suas experiências no cuidado da saúde mental, os países vizinhos podem contribuir um com o outro, depois de passados 16 anos do Relatório Mundial da Saúde de 2001. Como já comentado, não iremos nos ater a todas as recomendações de maneira igualitária, pois nem todas as recomendações possuem a mesma importância e muitas delas se complementam. Nesse sentido, nos propomos a analisar a política antimanicomial que vêm sendo empreendidas, as últimas décadas, nos dois países.

O Relatório Mundial da Saúde da OMS, (2001, p. XIX) ao prospectar as dez recomendações para boas práticas em saúde mental vislumbrou três cenários de ação para que as dez recomendações pudessem ser colocadas em prática em três tipos de economias, (países economicamente mais pobres, países com renda intermediária e países que possuem mais recursos), assim elas poderiam ser aplicadas e desenvolvidas em diferentes níveis de recursos disponibilizados para a saúde mental:

O Cenário A, por exemplo, aplica-se aos países economicamente mais pobres, onde tais recursos estão completamente ausentes ou são muito limitados. Mesmo nesses casos, podem aplicar-se ações específicas, tais como preparar todo o pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais. Para os países com níveis moderados de recursos, o Cenário B sugere, entre outras ações, o encerramento dos hospitais custodiais para

doentes mentais e outras medidas, no sentido de integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde geral. O Cenário C, para os países que têm mais recursos, propõe aperfeiçoamentos do tratamento em cuidados primários de saúde, acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços de cuidados comunitários que proporcionem 100% de cobertura.

A descrição dos três cenários é importante, porque ao longo do estudo, vamos analisar em qual dos três cenários, os países Brasil e Uruguai se encontram e, em qual dos três níveis de recursos, eles possuem efetiva capacidade de se encontrarem. É interessante notar que, em quase nenhuma das recomendações, os dois países se encontram no cenário “C”, apesar disso, achamos importante incluí-la no estudo, como forma de incentivo.

A primeira recomendação geral e talvez a mais generalista delas, é proporcionar tratamento aos portadores de transtornos mentais em cuidados primários nos hospitais gerais. Consideramos que essa primeira recomendação envolve a participação das outras nove e, por isso, apesar de não ser tão difícil de implantar, consideramos que ela é a mais trabalhosa para funcionar de forma exemplar. Disponibilizar o tratamento da saúde mental no âmbito dos cuidados primários de saúde possibilita o acesso facilitado e ágil a serviços específicos. Para que esses serviços sejam disponibilizados em nível primário, com excelência, é necessário aplicar outras recomendações em conjunto, como por exemplo, formar e capacitar profissionais sobre os novos paradigmas de saúde mental para que possam aplicar intervenções corretas nos serviços gerais de saúde. Tratar a saúde mental nos hospitais gerais também auxilia em outra recomendação que é a redução do estigma enfrentado pelos portadores de sofrimentos mentais e seus familiares.

A OMS (2001, p. 193-194), nas páginas finais do seu relatório, sugere ações nos três cenários (baixo nível de recursos, médio nível de recursos e alto nível de recursos) para cada uma das dez recomendações gerais. No âmbito da primeira recomendação que é proporcionar tratamento na atenção primária, a Organização Mundial de Saúde (2001), sugere para os países com baixos níveis de recursos: reconhecer a saúde mental como componente da atenção primária de saúde; incluir o reconhecimento e tratamento de transtornos mentais comuns nos currículos de formação de todo o pessoal de saúde; proporcionar treinamento de atualização a médicos da atenção primária (pelo menos 50% de cobertura em cinco anos). Para os países com níveis médios de recursos recomenda:

elaborar material de treinamento com relevância local e; proporcionar treinamento de atualização a médicos da atenção primária (100% de cobertura em cinco anos). Já para os países de alto nível de recursos para a saúde mental: melhorar a eficiência no manejo de transtornos mentais na atenção primária de saúde e; melhorar os padrões de encaminhamento.

No Brasil e, principalmente, no Uruguai, ainda não temos uma efetiva e abrangente presença de serviços de saúde mental na atenção primária, apesar do estudo vislumbrar que os dois países possuem, nessa primeira recomendação, capacidade de implantar e fornecer os cuidados sugeridos pela OMS para os países de alto nível de recursos. Entretanto, os dois países precisam expandir o número de enfermarias ou unidades especializadas em saúde mental nos seus hospitais gerais para que essa recomendação possa ser aplicada de fato. Entendemos que essa primeira recomendação visa também evitar internações prolongadas, pois a rotatividade do hospital geral precisa acontecer e ela tende a ser de curta duração, devolvendo os cuidados ao âmbito comunitário.

Durante a investigação comparativa, pudemos perceber que o Uruguai, apesar de ter maior potencial a desenvolver um cuidado em saúde mental, de melhor qualidade do que o Brasil, por diversos fatores já enunciados no segundo capítulo; encontra-se bem atrasado nas recomendações gerais internacionais sobre a temática. Um exemplo que retrata esse atraso, no Uruguai, é a ainda existência de conflitos entre os líderes da saúde mental. Enquanto que, a ferrenha discussão de qual modelo seria mais adequado ao tratamento da saúde mental, se seria o modelo hospitalocêntrico ou se seria o modelo comunitário, está superada no patamar mundial e no patamar brasileiro.

Em concordância com os autores Thornicroft e Tansella (2010, p. XI) entendemos que o ideal é a adoção de um modelo equilibrado entre uma rede comunitária sólida e unidades psiquiátricas em hospitais gerais para a admissão de crises. Os serviços de saúde mental de um país devem refletir as necessidades dos usuários, familiares e cuidadores, ter seu acesso facilitado, prover assistência residencial, inclusive para casos agudos, e adotar intervenções moldadas para necessidades individuais e dirigidas tanto para assistência psiquiátrica, quando para a reabilitação dos usuários. Entretanto, a questão não se encontra consolidada no Uruguai.

Exemplo de defesa do modelo hospitalocêntrico por um líder da saúde mental no Uruguai nos traz os autores Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 68, tradução nossa¹⁷) ao citar a opinião, do então, diretor da *Colonia Etchepare*, Dr. Osvaldo do Campo:

De acordo com Do Campo, uma reforma como a de Basaglia na Itália, envolvendo o fechamento de Vilardebó e Colonia, é impensável por causa do custo. O investimento de capital seria considerável, tornando mais viável a utilização de recursos materiais e humanos existentes para gerar transformações institucionais menos ambiciosas. De acordo com Do Campo, cada paciente da Colonia custa ao Estado cerca de mil dólares por mês. No total, as colônias têm um orçamento de mais de quinze milhões de dólares por ano, distribuídos na rede de fornecedores, vendedores, encargos médicos e profissionais.

Podemos observar na citação acima, uma clara defesa à manutenção do modelo manicomial. Uma defesa da manutenção do hospital psiquiátrico, mais humanizado, mas com características asilares, com o descarte completo do modelo da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, tão bem sucedida e inspiradora em todo o mundo. Em contrapartida e em oposição à opinião do entrevistado, os autores Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 69, tradução nossa¹⁸) descrevem o panorama de um dos hospitais psiquiátricos do Uruguai: “no entanto, a perspectiva é precária, dada a qualidade de vida e as condições materiais das colônias, que não possuem recursos econômicos para dignificar sua população”. É importante ressaltar que, atualmente o Uruguai, apesar de não se encontrar no nível do Brasil na atenção à saúde mental, está em processo de reformulação do seu sistema de saúde. A implantação do *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)* é recente, pois ele foi regulamentado pela Lei de nº 18.211, que entrou em vigor em 2008. Se essa reformulação se der de forma organizada através de políticas públicas e legislação voltada ao cuidado à saúde mental, vislumbra grandes perspectivas de evolução na temática.

O Brasil está um pouco à frente no cuidado da saúde mental da sua população, pois as iniciativas inspiraram-se na Reforma Psiquiátrica Italiana de Basaglia, a partir da promulgação da Constituição de 1988, e da criação do Sistema Único de Saúde. Diversos setores das áreas de saúde pública e dos direitos humanos uniram esforços para romper com o modelo hospitalocêntrico e construir um modelo de cuidados na comunidade. A

17 Según Do Campo, una reforma como la de Basaglia en Italia, que implique el cierre del Vilardebó y la Colonia, es impensable por una cuestión de costos. La inversión de capital sería considerable, por lo que es más factible utilizar los recursos materiales y humanos existentes para generar transformaciones institucionales menos ambiciosas. De acuerdo con Do Campo, cada paciente de la Colonia cuesta al Estado unos mil dólares por mes. En total las colonias tienen un presupuesto de más de quince millones de dólares al año, distribuidos en la red de proveedores, vendedores, cargos médicos y profesionales.

18 “Sin embargo el panorama es precario, dada la calidad de vida y las condiciones materiales de las colonias, que no cuentan con los recursos económicos para mantener dignamente a su población”.

criação, estruturação e desenvolvimento da rede de serviços de atenção em saúde mental de base territorial, funcionam na atualidade no Brasil, com algumas dificuldades inerentes da economia do país, mas a princípio foi pensada e regulamentada para funcionar de acordo com as atuais recomendações internacionais previstas para o cuidado da saúde mental.

Para melhorar a perspectiva da primeira recomendação, no Brasil e no Uruguai, ou seja, proporcionar tratamento nos cuidados primários podemos nos espelhar nas experiências de países que possuem essa prerrogativa bem-sucedida e nos apoiar em materiais disponibilizados pela OMS, como por exemplo, no Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde da OMS de 2010, que oferece recomendações para facilitar o oferecimento de cuidados em serviços de atenção primária e secundária por profissionais de saúde não especializados em locais com recursos limitados. Segundo o Manual (2010, III):

Há uma compreensão amplamente difundida, porém equivocada, segundo a qual as melhorias na atenção em Saúde Mental requerem tecnologias sofisticadas e caras, além de pessoal altamente especializado. A realidade é que a maioria dos transtornos mentais, neurológicos e decorrente do uso de substâncias que resultam em elevada morbidade e mortalidade pode ser manejada por profissionais de saúde não especializados. O que se necessita é aumentar a capacidade do sistema de atenção primária à saúde para ofertar um conjunto integrado de cuidados por meio de capacitação, apoio e supervisão.

Documentos e estudos como o Manual de Intervenções foram desenvolvidos pela comunidade internacional baseados em uma revisão de evidências bem-sucedidas em alguns países e nos direitos humanos internacionais. Eles são úteis na capacitação de profissionais da saúde, no desenvolvimento de políticas públicas pelos gestores e para a informação da população de modo geral.

Passaremos agora para a análise da segunda recomendação do Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001), que é disponibilizar medicamentos psicotrópicos. De acordo com a OMS (2001), os medicamentos psicotrópicos devem ser fornecidos, e estar constantemente disponíveis em todos os níveis de cuidados de saúde. Eles são essenciais em situações que não estão disponíveis profissionais especializados e intervenções psicossociais. Temos aqui um dos maiores problemas referentes ao cuidado da saúde mental no Brasil, pois na maioria das vezes, sempre há carência em disponibilizar medicamentos para a população.

Um dos indicadores primários para medir boas práticas em saúde mental, de acordo com Thornicroft e Tansella (2010, p. 165) é disponibilizar tratamentos farmacológicos básicos na atenção primária. Isso significa que deve haver uma proporcionalidade no serviço de atenção primária em saúde mental, em que um médico ou profissional equivalente esteja disponível para realizar atendimento e tenha a sua disposição pelo menos uma medicação psicotrópica para cada categoria terapêutica: (antipsicótico, antidepressivo, estabilizador de humor, ansiolítico e antiepiléptico). Esses medicamentos precisam estar disponíveis, de preferência, no local que o serviço é disponibilizado.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com o RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). O Ministério da Saúde do Brasil, por meio de publicação de portarias que estabelece os medicamentos e insumos disponibilizados no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar. A RENAME foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Assim, o Brasil possui distribuição gratuita de medicamentos psicotrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Uruguai, o Estado também corrobora com a política de fornecimento de medicamentos psicotrópicos, ao dar suporte à aquisição de medicamentos para a população, exemplo disso é a lei de nº 17.930, de 2005 que incorporou ao sistema de saúde uruguaio os denominados medicamentos de alto custo e, assim, se ajustou aos aspectos relativos à sua estrutura e distribuição. A relação intrínseca entre a disponibilidade de medicamentos e o direito à saúde é descrita por Valdés (2015, p.20, tradução nossa¹⁹):

O direito humano aos cuidados de saúde inclui o direito humano ao acesso aos medicamentos. As recomendações do Comitê de DESC incluídas na Observação Nº 14 acima referida sobre a disponibilidade de medicamentos nos sistemas de saúde, ordena “fornecer-lhes condições adequadas, formas farmacêuticas apropriadas sob a marca de qualidade e com preços acessíveis para indivíduos e para a comunidade”. [...] É por isso que é importante que os Estados tenham um bom sistema de controle e um quadro regulatório seguro e de qualidade para medicamentos dentro de uma política pública efetiva e participativa.

¹⁹ El derecho humano a la atención sanitaria comprende el derecho humano al acceso a medicamentos. Las recomendaciones del Comité DESC incluídas en la Observación No. 14 que antes mencionamos relativas a la disponibilidad de los medicamentos en los sistemas de salud, ordena “disponer los mismos en condiciones adecuadas, formas farmacéuticas apropiadas bajo la impronta de la calidad y con precios accesibles para los individuos y la comunidad”. [...] De ahí la importancia que los Estados tengan un buen sistema de control y un marco regulatorio seguro y de calidad de los medicamentos en encuadrada en una política pública eficaz y participativa.

Tanto no Brasil, quanto no Uruguai, o Ministério da Saúde de ambos os países, é o responsável por controlar e fiscalizar o uso ilegal de substâncias químicas controladas. Por lei, nos dois países, os medicamentos psicotrópicos são equiparados aos entorpecentes e a sua venda é controlada, porque, usados abusiva ou indevidamente, podem causar dependência. Apesar de muitas vezes faltar medicamentos para quem realmente necessita deles, como no caso do Brasil, é inegável o paradoxal abuso no consumo de medicamentos psicotrópicos em todo o mundo. É necessário fazer o controle desses medicamentos, para evitar o problema da automedicação, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos. No Uruguai, a crescente demanda e consumo indiscriminado de medicamentos psicotrópicos é um tema preocupante. Segundo Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p.115, tradução nossa²⁰) o consumo no Uruguai tem crescido exponencialmente, tanto a automedicação, como também os psicotrópicos prescritos pelos psiquiatras. Eles nos trazem os seguintes dados:

Na década de 1990, o Uruguai tornou-se um dos países com maior porcentagem de vendas ansiolíticas na região; 40 por cento da população consome sedativos, em particular entre 49 e 69 anos. De acordo com dados da terceira Pesquisa Nacional de Prevalência de Uso de Drogas realizada pela Junta Nacional de Drogas e pelo Instituto Nacional de Estatística no Uruguai, mais de 85 mil pessoas se automedicam com antidepressivos e ansiolíticos, obtidos em farmácias, e mais de 890 mil tomaram drogas psicoativas alguma vez.

Observamos que há uma via de mão dupla, tanto no Brasil quanto no Uruguai. Enquanto cresce desmedidamente a automedicação de psicotrópicos na população, faltam medicamentos nos hospitais, para os casos reais de urgência. Exemplo disso, de acordo com Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 67) foi relatado em 24 de julho de 2000, quando funcionários da *Colonia de Etchepare* denunciaram ao jornal *La República*, a situação grave que se encontrava o hospital psiquiátrico. Segundo a reportagem faltavam constantemente medicamentos, cobertores, entre outros artigos necessários. No Brasil não é diferente. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e os ainda existentes hospitais psiquiátricos sofrem constantemente com a falta de medicamentos. Os autores Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 111) apontam ainda que, em 1995, a ONG *Mental Disability Rigths Internacional (MDRI)*, apresentou um informativo sobre a situação do Uruguai em relação

20 Em la década de los noventa Uruguay se convirtió en uno de los países que registraban mayor porcentaje de venta de ansiolíticos en la región; 40 por ciento de la población consume sedantes, en particular entre los 49 y los 69 años. Según datos de la tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas realizada por la Junta Nacional de Drogas y el Instituto Nacional de Estadística, en Uruguay, más de 85 mil personas se automedican con antidepresivos y ansiolíticos, obtenidos en farmacias o en ferias, y más de 890 mil tomaran psicofármacos alguna vez.

aos cuidados com a saúde mental da sua população. O informe constatou maus tratos de forma generalizada, o uso exclusivo de psicofármacos e eletrochoques no tratamento dos pacientes, falta de profissionais especializados e recomendou aprofundar estratégias alternativas e comunitárias de tratamento. Em 1995, o Brasil já se encontrava um passo a frente, ao não utilizar mais os eletrochoques como forma de tratamento indiscriminada.

Segundo aconselha o relatório Mundial da Saúde da OMS (2001, p. 193), é recomendado para países com baixo nível de recursos: assegurar a disponibilidade de cinco medicamentos essenciais em todos os contextos de atenção de saúde; para os países com médio nível de recursos: assegurar a disponibilidade de todos os psicotrópicos essenciais em todos os contextos de atenção de saúde e para os países com alto nível de recursos: proporcionar acesso mais fácil a psicotrópicos mais novos em planos de tratamento públicos ou privados. Aduzimos que tanto o Brasil, quanto o Uruguai encontram-se no contexto dos países com baixo nível de recursos, mas que poderiam certamente, com uma melhor gestão dos cuidados em saúde mental, se encontrarem no contexto dos países com médio nível de recursos.

Para que essa realidade seja modificada é necessário melhorar a gestão da disponibilização de medicamentos psicotrópicos, para isso é aconselhável: Realizar diariamente o controle do estoque dos medicamentos psicotrópicos nos hospitais gerais e nos locais especializados para aperfeiçoar o uso dos mesmos, evitando que eles falem, evitando perdas por vencimentos, entre outros prejuízos; realizar um estudo mensal com o levantamento de dados de consumo em cada unidade, para efeito de fixar quantidades; fazer campanhas educativas para promover o uso racional dos medicamentos psicotrópicos e evitar o uso indiscriminado; fazer a fiscalização para conferir a quantidade de medicamentos, para a reposição ocorrer conforme a utilização; entre outras estratégias.

Passaremos agora, ao estudo comparado, da terceira recomendação do Relatório Mundial da Saúde de 2001, da OMS, que é proporcionar cuidados na comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001, p. 187-188):

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários, que respondam a todas as necessidades dos doentes que eram da responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para os cuidados comunitários requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação a nível da comunidade, juntamente com a prestação de apoio, em face de crises, e proteção na habitação e no emprego.

De acordo com Thronicroft e Tansella (2010, p. 6-8), cuidado na comunidade significa prestar serviços perto de casa, que oferece um conjunto de cuidados efetivos em saúde mental para uma população definida, em proporção ao seu sofrimento ou risco e em colaboração com outros setores locais. Os autores asseveram que, o desenvolvimento histórico do conceito de cuidado na comunidade tem se desenvolvido de quatro maneiras: o cuidado fora das grandes instituições psiquiátricas, a oferta de serviços especializados em saúde mental fora dos hospitais psiquiátricos, o cuidado prestado na comunidade e a normalização da vida cotidiana dos portadores de transtornos mentais.

A OMS (2001, p. 193) recomenda para os países com baixo nível de recursos: tirar das prisões às pessoas com transtornos mentais; diminuir a quantidade de hospitais psiquiátricos e melhorar a atenção dentro deles; desenvolver unidades psiquiátricas em hospitais gerais e; proporcionar dependências para atenção na comunidade (pelo menos 20% de cobertura). Para os países com médio nível de recursos, a OMS recomenda: fechar os hospitais psiquiátricos carcerários; iniciar projetos sobre integração da atenção em saúde mental na atenção de saúde geral e; proporcionar dependências para atenção na comunidade (pelo menos 50% de cobertura). Por fim, para os países com alto nível de recursos é recomendado: fechar os hospitais psiquiátricos restantes; desenvolver dependências residenciais alternativas; proporcionar dependências para atenção na comunidade (100% de cobertura) e; proporcionar atenção individualizada na comunidade a pessoas com transtornos mentais graves.

Enunciamos que o Brasil se encontra em um contexto que mescla as sugestões dos países de baixo e médio nível de recursos, e conseguiu iniciar a desenvolver um dos pontos sugeridos para os países de nível alto de recursos que é desenvolver dependências residenciais alternativas. Já o Uruguai, encontra-se no contexto dos países de baixo nível de recursos. O Brasil, nessa terceira recomendação, que é o cuidado na comunidade, apesar de muitas brechas está bem desenvolvido na temática e consideramos que o país evoluiu em um bom ritmo, entretanto, o Uruguai possui recursos e capacidade de se encontrar no contexto dos países de médio nível de recursos, mas precisa melhorar nesse quesito.

No Brasil e no Uruguai, nos últimos anos, houve uma redução considerável de leitos psiquiátricos. Segundo Amarante (2007, p. 107) houve uma redução de mais de 40 mil leitos hospitalares, no Brasil, com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de ressocialização na comunidade, de centros de convivência, entre outros dispositivos. Já no Uruguai, segundo Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 55), na segunda metade do século XX a Colonia Etchepare e o Hospital Vilardebó chegou a possuir uma população de cinco mil pessoas, levando a taxa de pacientes internados em hospitais psiquiátricos no Uruguai, para 18 pacientes para cada 10 mil habitantes, considerada uma das mais altas taxas do mundo. Ainda de acordo com os autores Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 68) em 2002, o número de internados decresceu para 476 pessoas na Colonia Etchepare e 479 no Hospital Santín Carlos Rossi. Muitos pacientes saíram da situação asilar. Mas, infelizmente, tanto no Uruguai, quanto no Brasil, a redução de leitos psiquiátricos sem a devida expansão de uma rede de serviços comunitários, não resolveu a situação de pacientes que perderam o contato familiar e permanecem vivendo em situação precária, em situação de rua e, muitas vezes, desumanas. Os dois países precisam, com urgência tratar a saúde mental na atenção primária e expandir unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Em relação ao cuidado na comunidade, o Brasil, ao longo das últimas décadas implantou serviços de atenção psicossociais na comunidade, com leitos de suporte, onde portadores de transtornos mentais podem ser internados por um breve espaço de tempo. De acordo com Amarante (2007, p. 85-87), alguns desses serviços são: os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS funcionam,

pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana. O objetivo dos CAPS, segundo o Ministério da Saúde brasileiro (2004, p. 13) é “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. O horário e funcionamento dos CAPS dependem do tipo do Centro. Por exemplo, os CAPS III, funcionam durante os sete dias da semana, durante 24 horas e oferecem atendimento à crise. Os leitos dos CAPS III diferem dos encontrados nos hospitais psiquiátricos, pois são oferecidos em salas abertas com possibilidade de acompanhamento.

Um dos gargalos do cuidado da saúde mental no Brasil é encontrar parceiros na sociedade civil que possam participar dos serviços de atenção psicossociais para reintegrar o portador de transtorno mental na comunidade. Nesse sentido, entra a intersetorialidade das boas práticas em saúde mental. Amarante (2007, p. 88) defende que não bastam reorganizar o modelo assistencial, se precisam alcançar as práticas sociais:

Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados, etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

O ideal seria que as políticas de cuidado em saúde mental ocorressem na prática, como são idealizadas no papel. Tanto o Brasil, quanto o Uruguai estão distantes de alcançar o tratamento baseado em “rede” sugerido por Paulo Amarante. Achemos importante destacar outra medida de cuidado na comunidade praticada no Brasil. Em nossa opinião, é o serviço na comunidade, que hoje em dia, é um dos serviços mais eficazes para resgatar a dignidade do portador de transtorno mental. Por meio da portaria ministerial de nº 106 de 2000, foram criados os serviços residenciais terapêuticos, que são residências comuns, alugadas em imobiliárias pelo Estado, sem nenhuma identificação como serviço de saúde

mental, destinados a internos de hospitais psiquiátricos que residiram nessas instituições por um período de, no mínimo, dois anos. A medida de implantação desse serviço vem contribuindo para que ex-internos de hospitais psiquiátricos, passem a ter uma vida em sociedade e reverta o processo de cronificação imposto pelo modelo asilar. Para que os ex-moradores de hospitais psiquiátricos se mantenham, é fornecido pelo Estado, através do programa “De volta para casa” um subsídio para auxiliar a reabilitação psicossocial, no valor de um salário mínimo, por meio da lei de nº 10.708 de 2003.

No Uruguai, observamos uma realidade mais distante da reabilitação psicossocial, do que ocorre no Brasil. Consideramos que a política de saúde mental do Brasil encontra seu marco na constituição do Sistema Único de Saúde e atualmente sustenta-se em preceitos legais que engloba um amplo espectro de regulamentos sobre a reabilitação dos portadores de transtornos mentais e dispositivos substitutivos do modelo manicomial praticado no hospital psiquiátrico. O Uruguai passa por um momento de modificação de propostas e projetos em relação ao cuidado da saúde mental da sua população. De acordo com os autores Techera, Ismael *apud* Borges (2009, p. 22, tradução nossa²¹) “A saúde mental é uma das prioridades do Ministério da Saúde Pública para o período de cinco anos 2010-2015 e, como consequência..., a articulação dos diferentes projetos que participam do campo estudado é uma tarefa fundamental”. Apesar de o Ministério da Saúde do Uruguai ter priorizado a temática entre 2010 e 2015, houve poucos avanços até 2017.

No Uruguai, assim como no Brasil as políticas públicas de atenção à saúde mental tiveram um considerável avanço com o fim das ditaduras militares e com a conjectura política de reabertura democrática dos anos 80. Em 1986, resultado de mobilizações de segmentos sociais, foi criado, no Uruguai, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). Segundo Nelson de León *et al.* (2013, p. 19, tradução nossa²²) o novo plano tinha como objetivos: “A atenção primária em saúde, a criação de equipes de saúde mental em hospitais gerais, a descentralização do serviço para todo o interior do país, a criação de centros de reabilitação”. O que se destaca e se pode observar nos dias atuais, é que o estabelecimento

21 “La salud mental se ubica como una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública para el quinquenio 2010-2015 y, como consecuencia [...], la articulación de los distintos proyectos que participan del campo estudiado es una tarea clave”.

22 “La Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación”.

do cuidado na comunidade não acompanhou de forma sincronizada a redução de leitos, denominada por de León, como “*desmanicomialización forzosa*”. Nelson de León *et al.* (2013, p. 20, tradução nossa²³) explica como o processo deveria ocorrer:

O desaparecimento do “modelo de asilo” deve ser acompanhado da programação de um novo design de cuidados que possa sustentar e fornecer os serviços necessários e adequados para a nossa população. Deve se concentrar no uso da hospitalização brevemente; em psicoterapia, com ênfase na integralidade dos cuidados; para favorecer o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial e a implementação de uma abordagem comunitária; na educação não só do usuário, mas também da família, dos trabalhadores da saúde e da comunidade em geral.

Apesar da mudança do modelo hospitalocêntrico não ter acompanhado como deveria a criação de dispositivos comunitários no Uruguai. O principal objetivo da desinstitucionalização é a criação de uma rede de serviços comunitários de atenção à saúde mental. É consolidado o entendimento que, tanto no Brasil, quanto no Uruguai, o direito à saúde mental deve ser garantido por uma gama de serviços de base territorial articulada e integrada com diversos setores da sociedade, para que possa desenvolver a elaboração coletiva de soluções direcionadas às peculiaridades de cada país, e assim, poder enfrentar a complexa e dinâmica demanda do cuidado da saúde mental e promover a autonomia e cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Por outro lado, em relação aos avanços que o Programa Nacional de Salud Mental de 1986 do Uruguai, Nelson de León *et al.* (2013, p. 22, tradução nossa²⁴), nos enumera:

Embora o Programa Nacional de Saúde Mental de 1986 tenha feito progressos importantes, a mudança no modelo de cuidados nunca foi desenvolvida por falta de recursos e disposição política. As décadas posteriores foram caracterizadas por governos com uma forte marca neoliberal, onde os recursos destinados à saúde em geral e à saúde mental, em particular, eram muito pequenos. Em meados da década de 90, houve algumas mudanças nas estruturas de assistência, incluindo o encerramento do Hospital Psiquiátrico Musto, a criação de algumas equipes multi-

23 La desaparición del “modelo asilar” debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicossocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general.

24 Si bien el Programa Nacional de Salud Mental de 1986 estableció avances importantes, en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política. Las décadas posteriores se caracterizaron por Gobiernos de fuerte impronta neoliberal, donde los recursos destinados a la salud en general y a la salud mental en particular fueron muy reducidos. A mitad de la década de los 90 se operan algunos cambios en las estructuras de Asistencia, entre ellos el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, la creación de algunos equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental; intensificándose los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimientos psiquiátricos sin dispositivos de inclusión social y atención intermedia. Este proceso se intensificó y agravó con la crisis del 2002, aumentando los procesos de desafiliación y marginalización de personas con padecimientos psiquiátricos, manifestándose iguales carencias en las acciones dirigidas a la prevención, la promoción y la atención de la salud mental. El 2005 constituye nuestro pasado reciente y un cambio importante a nivel de las políticas públicas dirigidas a la salud en general y mental en particular. El gobierno de izquierda promovió la participación a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) del Programa de Salud Mental, a los efectos de construir lineamientos participativos dirigidos a la Salud Mental, tanto desde las prestaciones específicas a desarrollar, como desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales, legislativos, y de DDHH concernientes a la problemática.

disciplinares de saúde mental da comunidade; intensificando os processos de desinstitucionalização de pessoas com condições psiquiátricas sem dispositivos de inclusão social e cuidados intermediários. Este processo foi intensificado e agravado pela crise de 2002, aumentando os processos de marginalização de pessoas com doenças psiquiátricas, apresentando deficiências iguais em ações voltadas para prevenção, promoção e cuidados de saúde mental. 2005 constituiu nosso passado recente e uma grande mudança no nível de políticas públicas voltadas para a saúde geral e mental em particular. O governo de esquerda promoveu a participação através do Comitê Consultivo Técnico Permanente (CATP) do Programa de Saúde Mental, a fim de elaborar diretrizes participativas para a Saúde Mental, tanto dos benefícios específicos a serem desenvolvidos como das perspectivas relacionadas aos aspectos culturais, legislativos e de direitos humanos relativos ao problema.

De modo geral, mesmo com a atenção dada pelo novo sistema de saúde do Uruguai, o Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), entre os anos 2010-2015 e as propostas do Plano Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1986, a aplicação dessas prerrogativas acontecem de forma tímida. Segundo Techera, Ismael *apud* Borges (2013, p. 33, tradução nossa²⁵) as razões para isso se devem a “A falta de apoio econômico, organização e treinamento de recursos humanos não atende os objetivos que o plano é proposto”. Corroborando com o pensamento dos autores Techera (2013, p. 33), acreditamos que a preocupação e o enfoque direcionado ao cuidado da saúde mental pelo novo sistema de saúde uruguaio servem como pontapé inicial para a criação de dispositivos comunitários, em substituição ao modelo hospitalocêntrico ainda predominante no país. Para finalizarmos as considerações a respeito da terceira recomendação do Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001), que é o cuidado na comunidade, é relevante trazer a reflexão de Nelson de León (2013, p. 92, tradução nossa²⁶):

Para possibilitar as mudanças do modelo de asilo para a abordagem comunitária - além da vontade política - o mesmo deve ser feito com base no desenvolvimento da pesquisa em saúde mental, na produção de conhecimento e na tomada de realidade a partir de onde os processos ocorrem. E para ser sustentável, a organização e participação dos usuários com uma Lei de Saúde Mental que os garante é indispensável.

O autor sugere soluções que precisam ser aplicadas no Uruguai para que o cuidado na comunidade possa se efetivar. Veremos mais adiante a importância e algumas particularidades dessas sugestões.

25 “La falta de apoyo económico, de organización y de formación de recursos humanos hace que no cumplan las metas que el plan se propone”.

26 Para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario –además de voluntad política– los mismos deben realizarse basados en el desarrollo de la investigación en salud mental, en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. Y para que sean sostenibles resulta indispensable la organización y participación de las/os usuarias/os con una Ley de Salud Mental que los garantice.

É fatídico que ambos os países possuem problemas com o reduzido número de estratégias de apoio social ao cuidado dos portadores de transtorno mental fora dos hospitais psiquiátricos. Há falhas nas estruturas físicas, escassez de recursos financeiros e uma notória falta de participação dos atores sociais. Nos serviços substitutivos comunitários existentes, tanto no Brasil, quanto no Uruguai, faltam medicamentos, o número de atividades reabilitadoras é reduzido e quando não são interrompidas, não evoluem, indicando a fragilidade das políticas públicas de saúde mental.

Sabemos que a reforma psiquiátrica é uma reforma social e por esse motivo, é complexa e vagarosa. Mesmo assim, os dois países foco do estudo, possuem condições de estarem em patamares melhores do que se encontram hoje. Neste sentido, é necessário enfrentar inúmeros desafios para que haja a reintegração social, a garantia de direitos e a devolução da cidadania aos portadores de transtornos mentais. É preciso fortalecer e implantar uma política de saúde mental mais eficaz no atendimento à população.

Partiremos agora a quarta recomendação do Relatório Mundial da Saúde para obtenção de boas práticas no cuidado da saúde mental, que é educar o público. De acordo com a OMS (2001, p. 188):

Devem ser lançadas, em todos os países, campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os obstáculos ao tratamento e aos cuidados, aumentando a consciência sobre a frequência das perturbações mentais, a sua suscetibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e o respeito pelos direitos humanos das pessoas com tais perturbações. As opções de cuidados disponíveis e os seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de tal forma que as respostas da população em geral, dos profissionais, dos media, dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam os melhores conhecimentos disponíveis. Isso já é uma prioridade em diversos países e em várias organizações nacionais e internacionais. Uma campanha de sensibilização e educação do público bem planeada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar a utilização dos serviços de saúde mental e conseguir uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.

Consideramos a imprensa um dos principais aliados nesse processo de renovação psiquiátrica. A imprensa tem o poder de desmistificar a situação dos portadores de transtornos mentais e desvincular o termo periculosidade, culturalmente associado aos quadros mais graves, isso porque a imprensa tem o poder de informar a população e de manipular a opinião pública. Nesse aspecto, Basaglia *et al.* (1994, p. 34-35) fala da relevância da

opinião pública: “o fato que a opinião pública continue a ser pesadamente preconceituosa com os internos constitui um limite gravíssimo à liberdade da qual gozam os internos no interior da cerca manicomial”. A mídia, as redes sociais, os filmes, entre outros meios de comunicação moldam e exercem um grande papel na perspectiva que o público possui sobre os portadores de transtornos mentais. Tanto no Brasil, quanto no Uruguai, ainda prevalece, na mídia, reações negativas em relação aos portadores de transtornos mentais, onde a periculosidade presumida é noticiada, em detrimento das inúmeras vertentes que poderiam ser noticiadas a respeito. A *cartilha de direito à saúde mental*, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos direitos do Cidadão (2012, p. 20), nos traz a informação teórica de que a grande maioria dos portadores de transtorno mental não apresenta comportamento que coloca em risco a sua vida ou a vida de outras pessoas. Além de, a proporção de pessoas que cometem crimes entre os portadores de transtorno mental ser menor que a proporção de pessoas que cometem crimes na população em geral. E, atualmente, não existe consenso na literatura médica sobre as relações entre doença mental e criminalidade.

A educação do público precisa ser interdisciplinar, e fazer uma conexão entre diversos setores da sociedade, como por exemplo, envolver políticos, familiares, a formação e atualização de profissionais, não somente da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros), mas também profissionais de diversas áreas, como: profissionais do direito, educadores físicos, assistentes sociais, entre outros segmentos.

A criação de oportunidades de contato com portadores de transtorno mental com a mídia vem ocorrendo, mesmo que timidamente, no Brasil e no Uruguai. Por exemplo, houve uma mobilização de todos os conselhos de psicologia nos estados brasileiros, em janeiro de 2017 para difundir o cuidado da saúde mental, em uma campanha chamada “*Janeiro Branco*”. A iniciativa surgiu na cidade de Uberlândia/MG, em 2014, e teve a adesão de todos os estados em 2017. A campanha²⁷ tem por objetivo chamar a atenção da sociedade brasileira para a importância dos diálogos envolvendo temas da saúde mental. No Uruguai, destacamos uma atividade realizada no Centro Diurno do Hospital

²⁷ Mais informações sobre a campanha nacional brasileira, *Janeiro Branco*, se encontra no site: janeirobranco.com.br.

Vilarbebó, que se chama, Radio Vilardevoz, que difunde informações sobre a problemática do tratamento atual da saúde mental. A rádio foi importante para gerar interesse público, entretanto os meios de comunicação, de forma geral no Uruguai, assim como no Brasil continuam sendo sensacionalistas quando se trata de transtornos mentais e não assumem uma responsabilidade social sobre a temática. Campanhas como Janeiro Branco, que teve espaço em diversos meios de comunicação no Brasil, são fundamentais para informar a população sobre a problemática crescente da saúde mental.

Em relação às recomendações nos três cenários de atuação do Relatório Mundial da Saúde, a OMS (2001, 193) recomenda as seguintes estratégias para os países com baixo nível de recurso: promover campanhas públicas contra o estigma e a discriminação e; apoiar organizações não governamentais na educação do público. Para os países de médio nível de recursos: usar os veículos de comunicação de massa para promover a saúde mental, fomentar atitudes positivas e ajudar a evitar transtornos. Já para os países de alto nível de recursos: lançar campanhas públicas para reconhecimento e tratamento de transtornos mentais comuns. Indicamos que o Brasil, atualmente encontra-se, em caráter embrionário, no segundo cenário, nos países com médio nível de recursos. E que o Uruguai ainda encontra-se, também em caráter embrionário, no primeiro cenário, de países com baixo nível de recursos, entretanto, possui capacidade para encontra-se no segundo cenário.

Segundo Alberto Rodríguez Díaz (2013, p. 205, tradução nossa²⁸) é necessário uma mudança cultural para que os meios de comunicação assumam a responsabilidade social com o direito à saúde mental:

Essa mudança cultural pode levar a mídia a assumir essa responsabilidade social, que não deve vir a ser imposta pelo estado, como existe em alguns sistemas, mas por sua própria consciência social. Compreenda que a informação só será completa e correta quando, além de ser confiável e irrefutável, está cercada por todo o contexto em que foi registrada e depois comentada por especialistas ou jornalistas devidamente treinados para fazê-lo é o ponto de partida de um jornalismo socialmente responsável e adequadamente enfrentado.

28 Este cambio cultural es el que puede llevar a que los medios asuman esta responsabilidad social, que no debe llegar como imposición estatal, como existe en algunos sistemas, sino por propia conciencia social. Entender que la información sólo será completa y correcta cuando, además de ser fidedigna e irrefutable, esté rodeada de todo el contexto en que se ha registrado y luego comentada por especialistas o periodistas debidamente capacitados para hacerlo es el punto de partida de un periodismo socialmente responsable y debidamente encarado.

Entendemos que a mudança cultural deve ser estimulada pelos setores diretamente envolvidos com o cuidado da saúde mental de cada país. A produção de informativos, manuais, cartilhas, campanhas nacionais, que seja distribuído aos meios de comunicação é um possível passo a ser dado. Pode-se, também, organizar seminários para grupos e organizações de forma segmentada para cada profissão, onde possam ser explicados e discutidos as principais mudanças de paradigma no tratamento da saúde mental. Outra possibilidade é desenvolver estudos e monitorar divulgações e matérias sensacionalistas em relação aos portadores de saúde mental e pedir direito de resposta ou retratações dos meios de comunicação. Algumas ações como as acima citadas geram efeitos positivos no tratamento da imprensa com boas práticas em saúde mental.

Passaremos agora para a quinta recomendação da OMS (2001), que é envolver as comunidades, as famílias e os utentes. De acordo com o Relatório Mundial da Saúde (2001 p. 188):

As comunidades, as famílias e os utentes devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Isso deve resultar num melhor dimensionamento dos serviços face às necessidades da população e na sua melhor utilização. Além disso, as intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais e das suas famílias.

Compactuando com o pensamento de Thornicroft e Tansella (2010, p. 44) é imprescindível o envolvimento de todos os interessados, pois quanto maior for à discussão, mais provável é que políticas públicas sejam cuidadosamente pensadas e cada país formule as melhores soluções para sua população. Os principais envolvidos a serem incluídos nas discussões são: usuários dos serviços, familiares/cuidadores, profissionais, outros grupos prestadores de assistência, por exemplo, ONGs, formuladores de políticas, grupos de defesa e planejadores de serviços e gestores. Segundo Thornicroft e Tansella há outra razão para que todos os atores sejam envolvidos nas discussões sobre serviços de saúde mental. Eles defendem que caso um grupo seja excluído, muito possivelmente, ele irá contrariar o que foi decidido pelos outros grupos. E essa prática pode atrasar ou dificultar a implantação ou desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado da saúde mental. O envolvimento e a organização de todos os interessados são importantes para gerar pressão política para, por exemplo, exigir a modernização das leis em saúde mental.

Ouvir os usuários e familiares é fundamental para a tomada de decisões individualizadas para cada caso específico e para a melhoria das práticas em saúde mental. Nenhum especialista e analista do serviço seria mais bem qualificado do que o próprio usuário. Os familiares, os cuidadores e o próprio paciente são o principal recurso a ser trabalhado pelos profissionais da saúde mental.

Partilhando do nosso entendimento, Benedetto Saraceno, no prefácio do livro *Boas práticas em saúde mental comunitária* (2010, VII) defende que deslocar o cuidado do hospital para a comunidade, necessariamente envolve os usuários do sistema. O então diretor do departamento de saúde mental e abuso de substâncias da Organização Mundial da Saúde, explana que os usuários devem ser parceiros no cuidado da saúde mental. O planejamento deve ser negociado, renegociado e ter o envolvimento dos usuários e familiares. Assim o serviço comunitário deve ser dinâmico, interativo e derivado de negociações. Thornicroft e Tansella (2010, p. 110) sugerem o caminho a ser seguido na relação profissional da saúde mental e paciente:

O primeiro passo no estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional e o indivíduo é tentar desenvolver uma parceria na qual ambos trabalhem juntos para identificar os problemas a serem enfrentados e acordar um plano de cuidado. De outra maneira, isso pode ser visto como profissionais oferecendo o tipo de cuidado que eles gostariam de receber e os papéis fossem trocados. Tais relações têm sido classificadas em três correntes: o modelo paternalista, em que o médico decide o que fazer; o modelo da informação, no qual o paciente decide após o médico explicar as opções; e o modelo compartilhado, em que médico e paciente decidem juntos que ações tomar.

Tanto o Uruguai, quanto o Brasil ainda priorizam o modelo paternalista, com o desenvolvimento tímido do modelo da informação, entretanto, os dois países possuem plena capacidade de desenvolver o cuidado da saúde mental, aplicando o modelo compartilhado.

Em relação às três possibilidades de cenários vislumbradas pela OMS, as recomendações para os países com baixo nível de recursos são: apoiar a formação de grupos de ajuda mútua; financiar planos para organizações não governamentais e iniciativas de saúde mental. Para os países com nível médio de recursos, a OMS recomenda: assegurar a representação de comunidades, famílias e usuários nos serviços e na formulação de políticas. Já para os países com alto nível de recursos indica: fomentar iniciativas de

sensibilização. Aduzimos que o Brasil encontra-se de forma não consolidada no segundo cenário, de países com médio nível de recursos, mas sem ter passado de forma eficaz pelo primeiro cenário, pois entendemos que não há um apoio sólido do governo para formação de grupos de ajuda e há pouco financiamento de planos para organizações não governamentais e iniciativas de saúde mental. Exemplo disso é o recorrente atraso de repasses financeiros para as comunidades terapêuticas, que são conveniadas com o governo na recuperação de toxicômanos. Entendemos que o Uruguai tenta iniciar uma participação de comunidades, famílias e usuários nos serviços e na formulação de políticas. Mas também sem passar pelo primeiro cenário. Exemplo disso foram a participação de familiares, usuários, atores técnicos e políticos, desde o ano de 2005, na elaboração da redação do anteprojeto de uma nova lei em saúde mental.

De acordo com Amarante (2007, p. 73) a participação da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica no Brasil foi fundamental:

A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, [...] a partir dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

No Brasil foi instituída uma data para celebrar a luta antimanicomial. O dia nacional da luta antimanicomial é celebrado dia 18 de maio e em todo o país se realiza atividades para promover o debate sobre o cuidado da saúde mental. No Brasil observamos a existência de blocos carnavalescos, televisões comunitárias, rádios, eventos, festivais nacionais, grupos musicais, grupos teatrais, associações, cooperativas e muitas outras iniciativas que produzem a quebra do estigma, do preconceito e são voltadas para o debate da saúde mental. Essa dimensão sociocultural, apesar de existir é pouco conhecida pelos não usuários dos serviços de saúde mental.

No Uruguai, foi instituído o dia 14 de outubro, como o Dia Nacional da Saúde Mental, quatro dias após, o dia estabelecido pela OMS para a celebração mundial, que ocorre dia 10 de outubro. Observamos que no Uruguai existe uma menor quantidade de grupos de

familiares e grupos de usuários organizados e dispostos a melhorar as práticas de saúde mental no país, comparado ao Brasil. Carlos Caldeyro (2013, p. 191) nos apresenta alguns deles, como por exemplo, o Grupo de la Esperanza; a Comisión de Salud Mental, del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada; a Federación Caminantes; a associação civil CIPRES, a Asociación ASUMIR; entre outras. Entendemos que se faz necessário expandir a atuação de usuários, familiares e utentes no Uruguai e melhorar o desempenho da atuação das inúmeras estratégias brasileiras para que os dois países possam dialogar melhor com a sociedade sobre boas práticas em saúde mental.

Passaremos agora a análise da sexta recomendação da Organização Mundial da Saúde para boas práticas em saúde mental. A OMS, (2001, p. 188-189) sugere como sexta recomendação de caráter geral, estabelecer políticas, programas e legislações nacionais para possibilitar a melhoria do cuidado da saúde mental:

A política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem fases necessárias de uma ação significativa e sustentada. E devem basear-se nos conhecimentos atuais e na consideração dos direitos humanos. A maioria dos países terá de elevar o nível atual das suas verbas para programas de saúde mental. Alguns que recentemente elaboraram ou reformularam as suas políticas e leis registraram progressos na implementação dos seus programas de cuidados em saúde mental. As reformas da saúde mental devem fazer parte das mais amplas reformas do sistema de saúde. Os planos de seguros de saúde não devem discriminar pessoas com perturbações mentais, a fim de proporcionar um maior acesso ao tratamento e reduzir o ônus dos cuidados.

Podemos articular essa noção com a proposta do Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (OMS, 2005), que traz em seu escopo inúmeros exemplos de experiências e de trechos de leis e outros meios legais de diferentes países, como o intuito de demonstrar e informar o que têm sido feito em diferentes situações na área da saúde mental, direitos humanos e legislações. O livro não pretende ser uma recomendação ou modelo a ser imposto. Ele funciona mais como uma compilação de exemplos, assemelhando-se mais a um informativo. O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação objetiva (2005, p. XXIII): “ ajudar os países na concepção, adoção e implementação de legislação em conformidade com os padrões aceitos internacionalmente e com a boa prática em direitos humanos”.

Independentemente do estágio que, se encontre um dado país, no cuidado em saúde mental, entendemos que sempre é possível melhorar políticas públicas, programas de saúde mental e as legislações dos países para que os serviços de saúde mental oferecidos promovam e protejam os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. Sobre a principal função de uma legislação específica em saúde mental, o Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (2005, p. 1) explica: “o objetivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos”. Precisa-se ter em mente que possuir uma legislação específica em saúde mental, não significa, necessariamente, resguardar os direitos dos portadores de saúde mental, pois se ela não possuir aplicabilidade por meio de políticas públicas eficientes, ela não será capaz de proteger esses direitos. Sobre a temática, achamos importante trazer a definição completa de Techera, Ismael *apud* Borges (2013, p. 25, tradução nossa²⁹) sobre as políticas públicas em saúde mental:

As políticas públicas em saúde mental podem ser definidas como o quadro jurídico, conceitual e ideológico que define as estratégias e o modo de atendimento às chamadas doenças mentais. A sua construção em um nível macro depende dos atores políticos (governamentais) e legais que são responsáveis pela elaboração e aplicação de leis. As políticas de saúde podem ser consideradas como o conjunto de regras, códigos, leis e até mesmo a Constituição da República que regula o funcionamento do sistema de saúde. Os agentes de saúde públicos e privados são aqueles que gerenciam e implementam políticas públicas. O Ministério da Saúde Pública (MSP) é o órgão governante com maior responsabilidade pelo desenvolvimento e gestão de políticas com visão ética e filosófica sobre a concepção do homem e sua saúde. É também um provedor de saúde, através de seus hospitais e suas diversas instalações de saúde. As políticas são o reflexo de uma sociedade e sua cultura em um determinado momento histórico. Outros atores também são fundamentais na determinação das políticas públicas em saúde, como é o caso dos cientistas, econômicos e, infelizmente, em menor grau, dos usuários e suas famílias.

Ainda de acordo com o Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (2005, p. 1): “75% dos países de todo o mundo possuem legislação de saúde mental, apenas metade (51%) tiveram leis aprovadas depois de 1990, e praticamente um sexto (15%) possuem legislação que remonta aos anos pré-1960”. Ou seja, estamos diante

29 Las políticas públicas en salud mental las podríamos definir como el marco jurídico, conceptual e ideológico que define las estrategias y la forma de dar atención a las llamadas enfermedades mentales. Su construcción en un nivel macro depende de actores políticos (gubernamentales) y jurídicos que son los encargados de la redacción y de la aplicación de las leyes. A las políticas en salud las podríamos considerar como el conjunto de normas, códigos, leyes y hasta la propia Constitución de la República que reglamenta el funcionamiento del sistema de salud. Los efectores de salud públicos y privados son los que gestionan y llevan a la práctica las políticas públicas. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el órgano gubernamental rector y con mayor responsabilidad en la elaboración y gestión de las políticas con una visión ética y filosófica sobre la concepción del hombre y de su salud. Asimismo es también prestador de salud, por medio de sus hospitales y sus variadas dependencias de salud. Las políticas son el reflejo de una sociedad y de su cultura en un momento histórico determinado. Otros actores también son fundamentales en la determinación de las políticas públicas en salud, es el caso de las corporaciones científicas, económicas y, desafortunadamente, en un grado menor de los usuarios y sus familiares.

de uma situação que em muitos países, a lei referente à saúde mental está desatualizada e, muitas vezes, é paradoxal, pois ao invés de salvaguardar, retira os direitos de pessoas com transtornos mentais. Isso ainda ocorre em um dos países foco do estudo. No Uruguai, a lei que organiza a assistência psiquiátrica é a lei de nº 9581, denominada de Lei de Assistência a Psicopatas e datada de 1936. Temos uma defasagem clara de nomenclatura e data. A nomenclatura da lei sugere uma nítida referência à estigmatização dos portadores de transtornos mentais. Completando o pensamento, Techera *et al.* (2013, p. 21, tradução nossa³⁰) acrescenta: “nossa legislação deve estar atualizada e em consonância com a evolução do direito internacional, particularmente no que diz respeito às liberdades civis e aos direitos humanos”. Em 2007 houve o desenvolvimento do anteprojeto de uma nova lei de saúde mental. Sobre o assunto María Judit Kakuk (2013, p. 80, tradução nossa³¹) explana:

Em 2007, a *Comisión Asesora Técnica Permanente* do M.S.P. Subgrupo n.º 1 Legislação e Direitos Humanos foi iniciado um anteprojeto de lei sobre saúde mental, com a participação, entre outros, de quem escreve este artigo. Em primeiro lugar, buscamos legislação comparando o respeito, bem como os padrões legais nacionais e internacionais nesta área. [...] É por isso que é necessário impor uma obrigação indiscutível por meio de uma norma legal.

Segundo o site de notícias, El Observador, em 14 de dezembro de 2015 o projeto de lei de saúde mental foi remetido ao Parlamento para aprovação. O mesmo site, em 11 de outubro de 2016, noticiou que o senado uruguaio aprovou projeto de lei em saúde mental. É interessante notar que o Uruguai está buscando desenvolver uma legislação atualizada, que garanta os direitos dos portadores de transtornos mentais e a implantação dela deve se dar em breve espaço de tempo. Entretanto, em concomitância, com a criação de uma legislação específica que substitua a conhecida Lei dos Psicopatas de 1936, é necessário desenvolver e principalmente colocar em prática programas e políticas públicas para a obtenção de boas práticas em saúde mental que não destoem da teoria versada na lei. O Uruguai poderá desenvolver pesquisas sobre as falhas, ainda hoje existentes, na aplicação da lei específica voltada à saúde mental brasileira, com o intuito de não cometer erros similares.

³⁰ Nuestra legislación debe actualizarse y ajustarse a los avances del derecho internacional, en particular en lo referente a libertades civiles y derechos humanos”.

³¹ En el año 2007, en la Comisión Asesora Técnica Permanente del M.S.P. subgrupo n° 1 Legislación y Derechos humanos, se comenzó a redactar un anteproyecto de ley de salud mental, con la participación, entre otros, de quien escribe este artículo. En primer término buscamos legislación comparada el respecto, así como normas jurídicas nacionales e internacionales en la materia. Por eso, se impone la necesidad de que cobren obligatoriedad indiscutible mediante una norma legal.

O Brasil, em relação à sexta recomendação do Relatório Mundial da Saúde de 2001, instituiu a Lei Federal de nº 10.216 de 2001, que regula os serviços referentes às práticas de cuidado em saúde mental. A lei é fruto de movimentos sociais, que contou com a participação de usuários dos serviços, familiares e profissionais insatisfeitos com a realidade do cuidado à saúde mental no Brasil. A lei conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira, prevê e garante, juridicamente, a inclusão do portador de sofrimento mental como titular de direitos fundamentais como à igualdade, a dignidade da pessoa humana, à prestação do direito à saúde de forma adequada. A legislação condena o modelo manicomial ao considerar que a internação, deve ser sempre de curta duração, em hospitais gerais, visto que, necessariamente vinculada aos momentos de crise, e quando os serviços comunitários não forem suficientes. Possui como principal finalidade a reinserção social do paciente na sociedade.

Após 16 anos da vigência da Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental e sobre a reformulação do modelo assistencial, são inegáveis os avanços no campo da saúde mental no Brasil. Diversos serviços baseados no cuidado da saúde mental na comunidade foram criados refletindo os princípios da reforma psiquiátrica. Foram implantados vários dispositivos, novas formas de lidar com a “loucura”, concretizando uma consciência antimanicomial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são exemplo disso. Os CAPS, além de prestar serviços de tratamento, possui a finalidade de integrar os usuários as suas respectivas famílias à comunidade. É um serviço de saúde aberto e comunitário³² do Sistema Único de Saúde (SUS) de cuidado intensivo e personalizado criado para substituir o modelo hospitalocêntrico, baseado em internações psiquiátricas.

Nesse norte, vale relembrar a conceituação de reforma psiquiátrica por Paulo Amarante (1998, p. 87), que a considera como um processo de formulação crítica e prática de transformação do modelo clássico da psiquiatria. Resta claro que a Lei Federal 10.216/01 foi resultado dessa formulação crítica, entretanto, apesar de ser considerada uma conquista no âmbito do cuidado da saúde mental brasileira, ainda se faz necessária uma melhoria

32 É o serviço baseado na atenção diária, disponibilizado em vários locais da cidade, com o intuito de prestar serviços de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, persistentes e demais quadros, de forma personalizada, próximo à residência dos pacientes.

de diálogo com outros ramos, como por exemplo, com o jurídico. Apontamos que ainda são necessárias reformulações consistentes na legislação cível, penal e administrativa brasileira, para que impulsionem novas práticas no âmbito de boas práticas no cuidado da saúde mental, para que os direitos dos portadores de transtornos mentais sejam efetivamente garantidos. Exemplo da atual falta de diálogo entre as leis brasileiras nos traz Lauro Ericksen (2017, p. 2) ao defender que a institucionalização da loucura é uma das causas da crise do sistema penitenciário do Brasil:

A institucionalização da loucura e da insanidade levou, ainda que parcialmente (não é a única causa, ressalte-se), à crise do sistema carcerário brasileiro, e de forma mais abrangente, do problema da segurança pública. Outrossim, intentar-se-á desenvolver o argumento exposto, sugerindo que parte da legislação que trata sobre o assunto é disforme, lacônica e contraditória.

Por que se faz necessário uma legislação nacional para garantir o direito à saúde mental, se esses direitos são assegurados internacionalmente? Entendemos que a legislação interna é necessária para que diante de conflitos ou de descumprimentos do Estado em desenvolver políticas públicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde mental, o cidadão possa recorrer ao Poder Judiciário para assegurar e garantir o direito à saúde mental.

A OMS, em relação à sexta recomendação geral sugere (2001, p. 193) para os países de baixo nível de recursos: revisar a legislação com base no conhecimento atual e na consideração dos direitos humanos; formular os programas e a política de saúde mental e; aumentar as verbas para atenção em saúde mental. Para os países de médio nível de recursos aconselha: criar políticas sobre drogas e álcool nos níveis nacionais e subnacionais e; aumentar as verbas para atenção em saúde mental. Já para os países de alto nível de recursos, a OMS propõe: assegurar a equidade no financiamento da saúde mental, inclusive os seguros.

Aduzimos que o Brasil encontra-se no cenário dos países com médio nível de recursos, apesar das dificuldades para aumentar as verbas para atenção em saúde mental, pois o SUS, em todo o território brasileiro, se defronta com a má qualidade de gestão de recursos para desenvolver as ações e serviços de saúde mental para toda a sociedade. Já o Uruguai, apesar de se encontrar no início da implantação do cenário de países com baixo

nível de recursos, com a revisão da legislação de 1936 e com a formulação de programas e políticas de saúde mental, possui capacidade de recursos para encontrar-se pelo menos no cenário dos países de médio nível de recursos. Um fator que precisa ser destacado em relação à criação de legislação específica, políticas públicas e programas de saúde mental no Uruguai, é a legalização em 2013, do uso da maconha, com a promulgação da Lei da Maconha (Lei de nº 19.172 de outubro de 2013). Parece-nos bastante paradoxal, o Uruguai legalizar um psicotrópico, sem ao menos ter alcançado, em relação à sexta recomendação do Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2001, o panorama recomendado para os países de médio nível de recursos. Ou o Uruguai, evolui exponencialmente no cuidado da saúde mental da sua população, ou terá sérios problemas em um futuro próximo. Carlos Caldeyro (2013, p. 192, tradução nossa³³) corrobora com nosso pensamento, ao constatar que: “este assunto está além do meu conhecimento, mas dou um fato que explica suas terríveis consequências: atualmente no Hospital Vilardebó há mais internações por dependência de drogas do que pacientes esquizofrênicos”. A ideia mais inovadora e efetiva na prática a ser comparada entre os dois países, no contexto da saúde mental, é a questão da legalização do consumo da maconha no Uruguai e seu impacto na saúde e no tratamento da saúde mental do país, em longo prazo. Se quiséssemos, o terceiro capítulo poderia se deter única e exclusivamente sobre esse ponto. Apesar de o tema ser muito interessante, sobre muitos pontos de vista, inclusive na possível relação com o alto número de suicídios nesse país, ela não será tão discutida, pois o objetivo do estudo é gerar uma discussão do panorama geral das 10 recomendações.

Metodologicamente, o estudo comparado, até então se ateve a aplicar a perspectiva de transpor a experiência brasileira à realidade uruguaia. No entanto, nesse quesito da regulamentação sobre a substância maconha e seus derivados o caminho a ser adotado é inverso. Aduzimos que a regulamentação sobre a substância maconha e seus derivados, bem como a importação, exportação, plantação, cultivo, colheita, produção, aquisição, armazenamento, comercialização, distribuição e o consumo no Uruguai se deu devido a uma das maiores preocupações das sociedades, o narcotráfico, que reverbera em temas como insegurança, violência, corrupção e principalmente na economia. Muitos estudos

³³ “Este tema escapa a mis conocimientos, pero doy un dato que explica sus terribles alcances: actualmente en el Hospital Vilardebó hay más internados por drogadicción que pacientes esquizofrênicos”.

evidenciam problemas que circundam o tema drogas como sendo produtos do modelo proibicionista, sem atentar para as possíveis consequências do consumo das substâncias.

Podemos articular essa noção com o fato da maconha ser associada com o desenvolvimento de psicoses. O principal componente psicoativo da maconha é o tetrahydrocannabinol (THC), que pode causar efeitos psicóticos. Segundo o livro *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social* (2016, p. 168), o uso da maconha pode causar: desmotivação generalizada, dificuldades de aprendizado, memorização, problemas de socialização, a diminuição da concentração e reflexos. No caso de adolescentes, pode afetar o desenvolvimento cerebral e psíquico. Em relação à gestação pode gerar intoxicação. Sabemos que isso não acontece apenas com a maconha, e que o uso continuado de qualquer outra substância psicoativa traz riscos à saúde e pode induzir psicoses. O ponto que merece ser refletido, nesse contexto, é que o mundo estando em colapso, em relação à saúde mental, é preocupante a aprovação da lei que regulamenta o uso da maconha, em um país como o Uruguai, que não possui políticas avançadas no cuidado da saúde mental da sua população.

Quando o Uruguai anunciou a aprovação da regulamentação da maconha, o então presidente da JIFE (Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes), Raymond Yans, imediatamente se opôs à lei. Yans argumentou que a medida violava a Convenção sobre Drogas de 1961, que possuía a adesão do Uruguai. Em sessão da Assembleia Geral da ONU em Nova York, ele defendeu que a lei uruguaia prejudicaria todo o sistema de controle internacional de drogas mundial. Yans também acusou o Uruguai de negligência em relação a preocupações de saúde pública e declarou que esperava que as autoridades do Uruguai entendessem que a medida era um erro, que não era o caminho correto para tratar de assuntos relacionados ao controle de drogas³⁴.

Contraditoriamente, um dos objetivos e a justificativa principal do projeto de Lei, expresso no primeiro artigo, é a melhoria da saúde pública da população (tradução nossa³⁵):

³⁴ <https://noticias.terra.com.br/mundo/america-latina/onu-legalizacao-da-maconha-no-uruguai-e-uma-atitude-de-piratas,ade1ef812bfd2410VgnCL-D200000ec6eb0aRCRD.html>

<http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2013/12/lei-uruguaia-sobre-maconha-bviola-tratados-internacionais-diz-onu.html>

³⁵ *Declaréense de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.*

Declara-se de interesse público ações destinadas a proteger, promover e melhorar a saúde pública da população através de uma política destinada a minimizar os riscos e reduzir os danos causados pelo consumo de cannabis, promovendo informações, educação e prevenção adequadas, sobre as consequências e efeitos nocivos ligados a esse consumo, bem como o tratamento, reabilitação e reintegração social de usuários problemáticos de drogas.

A questão que circunda o primeiro artigo da lei, é que há uma gigantesca diferença entre declarar e efetivar os meios necessários para garantir a saúde do indivíduo mediante políticas necessárias a fim de diminuir os riscos e os danos causados pela maconha de forma a orientar o indivíduo; e para aqueles que já sofrem problemas com a maconha, ou seja, o dependente químico seja fornecido pelo Estado, tratamento diferenciado para que possa ser reabilitado e inserido na sociedade.

É evidente que a legalização da maconha no Uruguai traz uma inovação no ordenamento jurídico de cunho internacional, por ele legalizar uma substância entorpecente que causa efeitos psicoativos, porém, os efeitos dessa regulamentação são maiores do que a produção da dependência ou do abuso em consumir a substância. É interessante notar que, de acordo com Stephanie Pereira de Aguiar (2016, p. 35), no Brasil, dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2012, nos revelam que a maconha é a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira, pois 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha ao menos uma vez. Pesquisa realizada no mesmo norte, feita pelo Observatório Uruguaio de Drogas do Governo do Uruguai publicou em 2012 a quinta edição da “*La Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Hogares*” pesquisa que faz um levantamento sobre o uso de drogas no país. O estudo constatou que 20% das pessoas com idades entre 15 a 65 usaram maconha em algum momento de sua vida. Quanto à questão da dependência química, 16,6% dos consumidores no ano de 2011 mostram sinais de dependência da maconha. Revelando que de cada cem pessoas que fizeram uso maconha, sete têm uso dependente da substância.

Resta claro que a lei Uruguia possui em seu escopo a pretensão de diminuir os riscos e os danos trazidos pelas drogas, além de preconizar ações informativas, educacionais, de tratamento e reinserção social, entretanto, entendemos que a regulamentação da maconha em um país, como o Uruguai, que começa a dar seus primeiros passos no cuidado da saúde

mental baseado nos novos paradigmas internacionais, e ainda possui lei desatualizada sobre o assunto, de 1936, teve como principal motivação para a sua aprovação o tráfico de drogas que movimentava milhões no país. Consideramos que a aprovação da lei pouco se atentou aos riscos à saúde mental da população que poderá sofrer grandes prejuízos em longo prazo. O projeto é focado fortemente na liberalização e na regulação da maconha, mas acreditamos que ele não está focado nos objetivos em termos de saúde pública. Sendo assim, defendemos que a regulamentação de qualquer substância que venha a ser prejudicial à saúde mental de uma determinada população, precisa possuir meios eficientes de prevenir e tratar os prejuízos à saúde em primeiro lugar, para depois se pensar em prejuízos financeiros. Se o cuidado da saúde mental não se tornar prioridade e não for melhorado exponencialmente no Uruguai, a economia trazida aos cofres públicos com a aprovação da Lei da maconha no Uruguai pode vir a não se tornar economia, quando o país de deparar com sua população doente. Entendemos que, na atual situação disponibilizada ao cuidado da saúde mental brasileira, onde o sistema de saúde público não consegue tratar dependentes de álcool e outras drogas ilícitas com eficiência, a regulamentação da maconha no Brasil, não seria, em sentido duplo, um bom negócio.

Ainda sobre a sexta recomendação, asseveramos que é fruto do aperfeiçoamento de medidas legais nacionais que depende, em grande parte, a garantia da proteção internacional dos direitos humanos. Sabemos que legislação específica, políticas públicas e programas de saúde mental não prosperam se perpetradas de forma isolada ou desconectadas da realidade social de cada país. Por esse motivo, o Uruguai, após a regulamentação da maconha, mais do que nunca, precisa aperfeiçoar as estratégias para obter boas práticas em saúde mental.

Como vimos nos capítulos anteriores, à maioria das legislações voltadas à saúde mental eram redigidas objetivando isolar pacientes perigosos da sociedade, ao invés de defender e promover os direitos dos portadores de sofrimento mental. Aduzimos que a promulgação e execução de legislação específica representa um dos mecanismos mais importantes para garantir o direito à saúde mental e os tratamentos adequados e apropriados aos portadores de transtornos mentais.

Segundo o Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação da OMS (2005, p. 2-3) a legislação específica sobre saúde mental é um meio muito importante para reforçar as metas e os objetivos da política de um país:

Quando abrangente e bem concebida, uma política de saúde mental tratará de questões críticas como: estabelecimento de instalações e serviços de saúde mental de alta qualidade; acesso a atenção de qualidade em saúde mental; proteção dos direitos humanos; direito dos pacientes ao tratamento; desenvolvimento de sólidas proteções processuais; integração de pessoas com transtornos mentais à comunidade; e promoção da saúde mental em toda a sociedade. Política e legislação são dois métodos complementares para melhorar a atenção e os serviços de saúde mental, mas, a menos que também haja vontade política, recursos adequados, instituições funcionando corretamente, serviços de apoio comunitário e pessoal de boa formação, a melhor política e a melhor legislação terão pouca importância.

Em resumo, todas as políticas públicas, e programas voltados para a saúde mental de uma população, prescindem de apoio político para garantir que a legislação seja corretamente respeitada e aplicada. A lei 10.216 de 6 de abril de 2001, do Brasil infelizmente não é totalmente executada e respeitada por falhas de políticas públicas e por ainda existirem incoerências com a legislação civil e penal. A atuação política é fundamental para possíveis reajustes que a legislação possa precisar durante o passar dos anos e com o surgimento de novas formas de lidar com a saúde mental, visto que é uma área que está em constante processo de evolução. Podemos concluir que a legislação específica de saúde mental e as políticas públicas e programas de saúde mental estão estreitamente ligadas e são imprescindíveis.

Passaremos agora a análise da sétima recomendação geral da OMS, que é preparar recursos humanos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001, p. 189):

A maioria dos países em desenvolvimento precisa aumentar e aperfeiçoar a formação de profissionais para a saúde mental, que aplicarão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidados primários de saúde. Falta na maioria dos países em desenvolvimento, um número adequado daqueles especialistas para preencher os quadros dos serviços de saúde mental. Uma vez formados, esses profissionais devem ser estimulados a permanecer nos seus países, em cargos que façam melhor uso das suas aptidões. Essa formação de recursos humanos é especialmente necessária para países que dispõem atualmente de poucos recursos. Embora os cuidados primários ofereçam o contexto mais vantajoso para os cuidados iniciais, há uma necessidade de especialistas para prestar toda uma série de serviços. Em condições ideais, as equipes especializadas em cuidados de saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar juntos tendo em vista os cuidados e a integração total dos doentes na comunidade.

Preparar recursos humanos na seara da saúde mental é uma tarefa abrangente, pois envolve inúmeras áreas profissionais. Ressaltamos também, que apesar de necessária, a falta de profissionais especializados não deve ser uma brecha para tratamento desumano e degradante dos portadores de transtornos mentais.

Segundo o Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação da OMS (2005, p. 18) há uma atuante movimentação em âmbito internacional das associações de profissionais de saúde mental para garantir os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. Exemplo disso é a emissão de diretrizes para normas de comportamento e prática profissionais na Declaração de Madri adotada pela Assembleia Geral da Associação Psiquiátrica Mundial em 1996.

A preparação de recursos humanos e o treinamento de profissionais estão diretamente associados a uma moderna legislação em saúde mental. Por exemplo, ao instituir uma nova legislação, sem o treinamento adequado de profissionais especializados em saúde mental, pode ocorrer a continuação de práticas antigas e costumeiras na prestação do tratamento, frustrando e desobedecendo a novos paradigmas adotados pela legislação garantidora dos direitos humanos dos portadores de sofrimento mental. Ou seja, sem treinamento e formação de profissionais, o pleno envolvimento da legislação pode ficar prejudicado.

Preparar os recursos humanos é essencial para garantir desenvolvimento do cuidado da saúde mental na comunidade. Os profissionais de saúde mental são fundamentais para a efetiva atenção à saúde mental no âmbito dos serviços especializados de saúde mental, na atenção à saúde em geral e na comunidade. Sem um treinamento e a disponibilização de informações adequadas aos profissionais que muitas vezes estão acostumados com o modelo hospitalocêntrico, é impossível modificar a atenção à saúde mental.

Em relação às recomendações para os três cenários de recursos financeiros, a OMS (2001, p. 193) sugere para países com baixo nível de recursos: Formar psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos. Para os países com médio nível de recursos, recomenda: Criar centros nacionais de treinamento para psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos e

assistentes sociais psiquiátricos. Já para os países com alto nível de recursos aconselha: Formar especialistas com aptidões para tratamento avançado.

Apontamos que o Brasil, na sétima recomendação, se encontra no cenário de países de alto nível de recursos, pois vem a algum tempo tentando colocar em prática um bom treinamento para profissionais da saúde mental e incluir o cuidado da saúde mental nas equipes da saúde da família nas comunidades. Além de um bom treinamento em saúde mental é importante que as equipes recebam apoio matricial para conduzir os casos de saúde mental de forma mais adequada. O apoio matricial é o modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada, visando à integralidade e à resolubilidade da atenção da saúde mental, por meio do trabalho interdisciplinar. Segundo Amarante (2007, p. 98), os profissionais da saúde mental devem fornecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, visando que estas consigam lograr êxito em suas intervenções, evitando o encaminhamento de pessoas aos níveis mais complexos de cuidado.

Apesar do Brasil se encontrar no terceiro cenário, ainda é necessário melhorar as políticas públicas e programas relacionados à saúde mental, para que sua legislação específica seja devidamente respeitada e a preparação de recursos humanos funcione como deveria funcionar. Ainda encontramos também resistências de aperfeiçoamento e mudanças de condutas de uma parcela de profissionais que conviveram durante muitos anos com o modelo hospitalocêntrico.

No Uruguai, entendemos que a concepção multidisciplinar e a formação de recursos humanos nas diversas áreas profissionais para atuar no campo da saúde mental é mais tímida do que no Brasil. Por exemplo, no Uruguai, a grande maioria dos estudos e pesquisas sobre a temática da saúde mental são encontrados nas revistas e em escritos de psiquiatria. Apesar de pouco se estudar, em ambos os países, o tema em áreas como a do direito, no Brasil há um maior desenvolvimento de estudos interdisciplinares. Por esse motivo, entendemos que, o treinamento abarca, muito pouco, outros segmentos profissionais no Uruguai. Observa-se com maior incidência, o treinamento para psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos. Assim, aduzimos que o Uruguai se encaixa no primeiro cenário, de países com baixo nível de recursos, entretanto, possui potencial e recursos para se encontrar no cenário de países com alto nível de recursos.

Ainda sobre a recomendação sete do Relatório Mundial da Saúde (2001), da OMS, que é preparar recursos humanos, Thornicroft e Tansella (2010, p. 149) argumentam: “Em extensão muito maior que a maioria das outras áreas da medicina, os serviços de saúde mental dependem muito mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos”. Por esse motivo, é fundamental assegurar que os currículos dos profissionais ligados à saúde mental sejam constantemente revisionados levando em consideração os últimos desenvolvimentos clínicos e descobertas de pesquisas. Ressaltam a necessidade de inclusão de vagas para treinamento para todas as disciplinas relevantes, durante o desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental.

Faremos agora a análise da oitava recomendação da OMS (2001) para boas práticas em saúde mental, que é formar vínculos com outros setores. Entendemos que essa recomendação está diretamente relacionada à anterior, que é preparar recursos humanos, sendo assim, focaremos na correlação com a elaboração de legislação específica.

O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação da OMS (2005, p. 129) nos traz de forma clara a necessidade de formação de vínculos com outros setores para a elaboração de uma legislação específica em saúde mental:

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

O Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001, p. 189) defende que outros setores, além dos da saúde devem ter um envolvimento atuante na melhoria da saúde mental, como por exemplo: a educação, o trabalho, a previdência social, o direito, organizações não governamentais. A OMS (2001, p. 194) recomenda para os países com baixo nível de recursos: Iniciar programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho; Incentivar

as atividades de organizações não governamentais. Para os países com médio nível de recursos, a OMS sugere: Fortalecer programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho e para os países com alto nível de recursos, propõe: Proporcionar dependências nas escolas e locais de trabalho para pessoas com transtornos mentais; Iniciar programas de promoção da saúde mental baseados em evidências, em colaboração com outros setores. Consideramos que tanto o Brasil, quando o Uruguai, transita entre os cenários A (baixo nível de recursos) e B (médio nível de recursos), pois desde a década de 80, os dois países passaram a contar com a saúde mental nos currículos das universidades e a reestruturar o cuidado dos portadores de transtornos mentais pelos profissionais da área da saúde. Entretanto, a recomendação de incentivar as atividades de organizações não governamentais não é tão visível em nenhum dos dois países.

Podemos articular essa noção com a reflexão de Techera, Ismael *apud* Borges (2013, p. 26, tradução nossa³⁶):

Em suma, temos um árduo debate à frente que ainda devemos como uma sociedade. Para entender o político como um campo em que os diferentes setores sociais são articulados para “autogoverno”, deve nos levar, no caso da saúde mental, a pensar sobre o passado de nossas práticas e concepções sobre “loucura” como eles determinam o presente e o que devemos fazer para transformá-los.

Partilhados da opinião dos autores acima citados, ao entender que o campo político, de fato, deveria ser o principal local de articulação e formação de vínculos de diversos setores sociais para debater a saúde mental. Propomos uma extensão à oitava recomendação da OMS, ao entendermos que a colaboração entre países e a troca de experiências positivas entre eles é fundamental para formação de vínculos e deve ser evidenciada nessa recomendação. Deveria ser priorizadas como estratégia de melhoramento da saúde mental, ações de colaboração sub-regionais entre países vizinhos, que promovessem o intercâmbio de boas práticas e, que, as ações não se restringissem apenas a áreas fronteiriças. Ações em áreas fronteiriças ocorrem sobre diversos temas entre Brasil e Uruguai, mas não há nada em específico sobre saúde mental.

O intercâmbio de experiências positivas entre países no campo da saúde mental os possibilitam descobrir os pontos fortes e fracos dos serviços de saúde mental locais e a

³⁶ *En definitiva, tenemos por delante un arduo debate que aún nos debemos como sociedad. Entender lo político como campo en el que se articulan los distintos sectores sociales para el “gobierno de sí”, debe llevarnos, en el caso de la salud mental, a pensar cuál es el pasado de nuestras prácticas y concepciones sobre la “locura”, cómo determinan el presente, y qué debemos realizar para transformar las mismas.*

reformular as políticas públicas e programas de ações para o aprimoramento do cuidado na comunidade. Thornicroft e Tansella (2010, p. 76-77) defendem que é importante que essa troca de experiências seja entre países similares e não a lugares com altos recursos, pois se o sistema de saúde mental escolhido for muito diferente da realidade do país que absorverá a experiência, pode gerar desapontamentos e desestimular os envolvidos. Por outro lado, entendemos que a troca de experiências é positiva sobre todos os aspectos, pois ao entrar em contato direto com boas práticas é possível aprender e vislumbrar adaptações a nível local. Apesar de não existir um modelo pronto, uma resposta certa, de como implantar serviços de saúde mental, boas experiências de um determinado país devem ser vistas como sugestões que podem ajudar outros países.

Enfatizamos que o melhor guia para apontar se um determinado sistema de prestação de serviços em saúde mental está na direção correta, ainda é o *feedback* dos portadores de transtornos mentais e de seus familiares, além da queda de alguns índices como da incidência de depressão e do número de suicídios. Boas práticas em saúde mental são aquelas que dão autonomia os usuários do sistema. Nesse sentido, entendemos que é fundamental a conversação sobre as práticas que vem sendo empreendidas, entre Brasil e Uruguai sobre saúde mental.

Passaremos agora a análise da nona recomendação do Relatório Mundial da Saúde da OMS, que é monitorizar a saúde mental na comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001, p. 189):

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com estes problemas e a qualidade dos cuidados que recebem, como algumas medidas mais gerais da saúde mental das comunidades. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e a detectar mudanças na saúde mental, em resultado de eventos externos, tais como catástrofes. A monitorização é necessária para verificar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental e, além disso, fortalecer os argumentos a favor da dotação adequada de recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades.

Monitorar a saúde mental na comunidade nada mais é do que verificar resultados. Verificar resultados no âmbito da saúde mental é mais complicado do que em outras áreas da medicina. Ainda não há consenso, até o momento, sobre quando se considera a

recuperação de um transtorno mental. De acordo com Thronicroft e Tansella (2010, p. 138-139) estudos recentes têm utilizado um conjunto de medidas padrão denominado anos de vida ajustados pela incapacidade (AVAI), para avaliar o impacto nacional e internacional das doenças mentais. As desordens depressivas são responsáveis sozinhas por cerca de 12,15% dos anos vividos com incapacidade e à mortalidade. Entretanto uma outra medida de monitoramento bem útil, apesar de muitas vezes não serem fidedignas, é a taxa de suicídio de um país. Sobre esse indicativo, o Brasil, segundo o Relatório Global para Prevenção do Suicídio (OMS, 2014), ocupa o 113º lugar no mundo e 8º na América Latina em taxas de suicídio. No entanto, há uma questão preocupante, devido ao território possuir dimensões continentais, as taxas são distribuídas desigualmente. Atualmente, elas são mais baixas no Norte e Nordeste do país e, muito mais altas, na região Sul. Já o Uruguai, de acordo com matéria do site El Observador, de 12 de fevereiro de 2017, o Uruguai segue sendo líder em suicídios nas Américas (2017, p. 1, tradução nossa³⁷):

Um uruguaio cometeu suicídio a cada 13 horas em 2015. Foram 643 pessoas no ano, o que significou que se registrou o maior nível de suicídios (17,7 por 100 mil habitantes) desde 2002 (20,6), ano em que a maior crise financeira da história recente do Uruguai fraturou o país de forma econômica e social [...] Nove uruguaio tentaram o suicídio por dia durante 2015. “A tentativa aqui e no resto do mundo é o principal preditor de um futuro suicídio”, disse o especialista. No total, havia 3.337 pessoas que tentaram se suicidar nesse ano, colocando o Uruguai no topo da América.

Apontamos que o Uruguai apresenta números preocupantes de suicídio. O país lidera os números de suicídio em nível da América do Sul e apresenta os valores mais altos quando se trata de jovens. Chamamos atenção para esse indicador de saúde mental, pois, mesmo o Uruguai tendo constatado um aumento constante e significativo nas taxas de suicídio durante as últimas décadas, aprovou a regulamentação da maconha.

De acordo com Verónica Filardo e Víctor Borrás (2015, p. 264-265), o suicídio ocupa o primeiro lugar nas mortes por causas externas, seguido por acidentes de trânsito e homicídios no Uruguai. Apesar do crescente e alarmante aumento de suicídios no Uruguai, o país possui poucos estudos e pesquisas que forneçam informações sólidas para estimar

37 Un uruguayo se suicidó cada 13 horas en 2015. Fueron 643 las personas en el año, lo que determinó que se registrara el mayor nivel de autoeliminaciones (17,7 cada 100 mil habitantes) desde 2002 (20,6), el año en que la mayor crisis financiera de la historia reciente de Uruguay fracturó económica y socialmente al país.[...] Nueve uruguayos intentaron auto eliminarse por día durante 2015. “El intento es aquí y en el resto del mundo el principal predictor de un futuro suicidio”, señaló la especialista. En total, fueron 3.337 las personas que trataron de auto eliminarse ese año, lo que coloca a Uruguay en el primer puesto en América.

as causas de comportamentos suicidas. Estudos internacionais indicam que transtornos mentais como a depressão possuem maior impacto no aumento dos números de suicídios, além da utilização de drogas.

Resta claro, que se considerarmos a medida de resultados, taxas de suicídios, podemos concluir que a prestação de serviços em saúde mental no Uruguai encontra-se inferior aos serviços de saúde mental disponibilizados no Brasil. Os resultados dos serviços de saúde mental podem ser aferidos pela gravidade dos sintomas dos usuários dos serviços, impactos sobre os cuidadores e familiares, satisfação com os serviços disponibilizados, qualidade de vida, necessidades dos usuários e familiares satisfeitas e não satisfeitas, além da redução de taxas como a de suicídio, de desemprego entre os portadores de transtornos mentais, e do número de potenciais usuários dos serviços em situação de rua.

Em relação à nona recomendação, a OMS, (2001, p. 194) sugere como medidas a serem adotadas pelos países com baixo nível de recursos: Incluir os transtornos da saúde mental nos sistemas de informações básicas de saúde e; Investigar grupos populacionais de alto risco. Para os países com médio nível de recursos preconiza: instituir a vigilância de transtornos específicos na comunidade (por exemplo, depressão) e para os países com alto nível de recursos, a OMS aconselha: Desenvolver sistemas avançados de monitorização da saúde mental e; Monitorizar a efetividade dos programas preventivos.

Enunciamos que tanto o Brasil, quanto o Uruguai encontram-se na mesma situação no que diz respeito à nona recomendação do Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001). Os dois países mesclam as sugestões para os países de baixo e médio nível de recursos, pois eles têm incluído os transtornos da saúde mental nos sistemas de informações básicas de saúde e tentam de forma embrionária estabelecer uma vigilância de transtornos específicos na comunidade (por exemplo: depressão), entretanto, a parte referente à pesquisa nos países vizinhos é insuficiente e, assim observamos que não há investigação adequada dos grupos populacionais de alto risco. Esses grupos incluem: imigrantes, moradores de rua, expostos a riscos ambientais (desastres), ou fatores biológicos (perda de entes queridos).

Passamos a analisar comparativamente a última recomendação das dez feitas no

Relatório Mundial da Saúde de 2001: dar mais apoio à pesquisa. De acordo com a OMS (2001, p. 190):

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental, a fim de melhorar a compreensão das perturbações mentais e de desenvolver intervenções mais eficazes. Tais pesquisas devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um maior conhecimento dos fatores que influenciam a origem, evolução e resultado das perturbações mentais. É urgente o fortalecimento da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento.

As investigações sobre saúde mental ainda encontram grandes obstáculos no Brasil e no Uruguai, principalmente pelos seguintes fatores: falta de recursos, falta de uma infraestrutura apropriada para desenvolver pesquisas e falta de coleta de dados fidedignos. O estigma em relação aos transtornos mentais e a obsoleta existência de hospitais psiquiátricos, sem acesso facilitado à comunidade, nos dois países, também colaboram para entraves nas pesquisas da área.

Em relação décima solução proposta pela OMS (2001), começaremos relatando a atual situação da pesquisa referente à saúde mental, no Uruguai, segundo Techera, Ismael *apud* Borges (2013, p. 31, tradução nossa³⁸):

Estamos atrasados na pesquisa e no desenvolvimento de conhecimentos ligados à saúde mental. É necessário capitalizar os avanços nacionais e internacionais nesta área; O estado deve garantir e apoiar esses avanços visando todos os profissionais de saúde e aqueles que trabalham na comunidade. Isso poderia ser canalizado (embora não só) pela Universidade da República. A fim de ter uma imagem clara do estado do nosso sistema de saúde mental, seria necessário contar com o apoio de especialistas internacionais, independentes e treinados para realizar um estudo detalhado de todo o sistema; nos forneceria material muito importante para projetar as reformas necessárias. Para que a reforma no sistema de saúde mental seja efetiva, é necessário estabelecer um plano de ação que leve em consideração um cronograma de implementação e um orçamento que corresponda às necessidades do novo plano.

Corroborando com a explanação acima, no Uruguai não existem estudos científicos consolidados sobre a temática da saúde mental. Muitos se atêm à história, outros não seguem critérios unificados de avaliação que permitam corrigir estratégias que vem

38 Estamos atrasados en la investigación y desarrollo de conocimiento vinculado a la salud mental. Es necesario capitalizar avances nacionales e internacionales en la materia; el estado debería asegurar y apoyar estos avances apuntando a todos los profesionales de la salud, y a quienes trabajan desde la comunidad. Esto podría ser canalizado (aunque no únicamente) por la Universidad de la República. Para tener una visión clara del estado de situación de nuestro sistema de salud mental, sería necesario contar con el apoyo de especialistas internacionales, independientes y capacitados para realizar un estudio detallado de todo el sistema; nos brindarían un material muy importante para proyectar las reformas necesarias. Para que la reforma en el sistema de salud mental se efectivice es necesario que se establezca un plan de acción que tenga en cuenta un cronograma de ejecución, y un presupuesto que se ajuste a las necesidades del nuevo plan.

sendo implantadas. Para que estratégias bem-sucedidas sejam implantadas, no futuro, é necessária uma revisão constante de práticas desenvolvidas no presente. Para que isso aconteça é imprescindível o desenvolvimento de pesquisas.

Ainda sobre a necessidade da garantia de pesquisas no âmbito da saúde mental, Nelson de León (2013, p. 92, tradução nossa³⁹) arremata defendendo a indispensável participação dos usuários através de lei específica:

A fim de possibilitar as mudanças do modelo de asilo para a abordagem comunitária - além da vontade política - devem ser realizadas com base no desenvolvimento da pesquisa em saúde mental, na produção de conhecimento e na tomada de realidade a partir de onde os processos ocorrem. E para ser sustentável, a organização e participação dos usuários com uma Lei de Saúde Mental que os garante é indispensável.

No Brasil a pesquisa em saúde mental vem aumentando nos últimos anos de maneira substancial. A produção científica e acadêmica reverbera em congressos, revistas, livros de várias áreas, como psicologia, psiquiatria, ciências sociais, direito, entre outras. Observamos que o que precisa ser melhorado no Brasil em relação à pesquisa em saúde mental é a articulação entre pesquisa e prática, a necessidade de incluir os usuários nas pesquisas, para que a academia e a prática se direcionem no mesmo sentido e assim, possa juntas combater o estigma social e possam contribuir para a efetivação de boas práticas. Nesse aspecto Jair de Jesus Mari, no prefácio do livro *Boas práticas em saúde mental comunitária* (2010, p. XIV):

Entre nós, como fenômeno típico dos últimos anos, parecemos estar diante de [...] dois campos de práticas e saberes distanciados por um profundo oceano de desconfianças recíprocas. Neste livro, ao contrário e de modo claríssimo, o campo de preocupação dos autores, seu ambiente, é tanto público como universitário, expressando uma continuidade admirável entre a discussão acadêmica e a concretude de experiências de boas práticas no sistema público, especialmente no Reino Unido. Recomenda-se com ênfase a integração entre pesquisa, prática clínica e gestão/ organização das redes de serviços.

Asseveramos que tanto o Brasil quanto o Uruguai necessitam construir mecanismos permanentes e consolidados de avaliação de práticas, processos e resultados dos serviços de saúde mental. Precisam identificar seus gargalos, superar suas limitações e criar um

39 Para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario – además de voluntad política – los mismos deben realizarse basados en el desarrollo de la investigación en salud mental, en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. Y para que sean sostenibles resulta indispensable la organización y participación de las/os usuarias/os con una Ley de Salud Mental que los garantice.

plano de ação para transformar suas dificuldades e criar uma cultura sólida de avaliação e monitoramentos dos serviços de saúde mental.

A OMS (2001, p. 194) recomenda para os países com baixo nível de recursos: Realizar estudos em contextos de atenção primária sobre prevalência, evolução, resultados e impacto dos transtornos mentais na comunidade. Para os países com médio nível de recursos sugere: Instituir estudos de efetividade e efetividade/custo para manejo de transtornos mentais comuns na atenção primária de saúde. Já para os países com alto nível de recursos aconselha: Ampliar as pesquisas sobre as causas dos transtornos mentais; Realizar pesquisas sobre prestação de serviços e; Investigar indicadores sobre prevenção de transtornos mentais.

Indicamos que os dois países foco do estudo se encontram em caráter embrionário, no cenário A, de países com baixo nível de recursos, pois, como foi discutido na recomendação de número um, Brasil e Uruguai não consolidaram ainda, de modo efetivo, a atenção primária como um local de acesso e tratamento dos portadores de transtornos mentais. A principal dificuldade nas reformas psiquiátricas dos dois países é a inclusão de serviços e o cuidado da saúde mental na atenção primária de saúde. Segundo Amarante (2007, p. 98-99) no caso da saúde mental, no contexto da atenção primária, a ideia de complexidade é invertida:

No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicações sedativas, contenção de leito, isolamento, etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem.

Encerramos o terceiro capítulo com o intuito de gerar a seguinte reflexão: a OMS em seu relatório Mundial da Saúde de 2001, estabeleceu dez recomendações básicas para obtenção de boas práticas em saúde mental. Ao analisar comparativamente cada um delas, no contexto atual dos países Brasil e Uruguai, podemos observar que houve avanços, mas que esses avanços são considerados ínfimos, ao que poderia ter se realizado nesses 16 anos. Resta claro que, os dois países possuem recursos para estar pelo menos um nível acima do recomendado, do que efetivamente se encontram.

Utilizamos durante todo o estudo, os ensinamentos de Thornicroft e Tansella (2010), como um manual prático de cunho internacional, mas existem inúmeros guias de práticas bem-sucedidas e recomendações internacionais que podem auxiliar os países latino-americanos a descobrir os pontos fortes e pontos fracos dos seus serviços de saúde mental e assim, poderem criar ou readequar planos de ação para o aprimoramento do cuidado dos portadores de sofrimento mental. Tanto o Brasil quanto o Uruguai precisam internalizar e atuar em prol da máxima que, em se tratando de saúde mental, a prática clínica e a pesquisa devem andar juntas e serem mutuamente benéficas. Os autores Graham Thornicroft e Michele Tansella (2010, p. 4) apontam que: “o modelo médico isolado (sem levar em consideração os fatores sociais, psicológicos e econômicos) é insuficiente para compreender a complexidade total das desordens mentais, suas causas e consequências”.

Comprometemos-nos ao final desse capítulo enquadrar, na perspectiva dos três contextos históricos de cuidado da saúde mental, definidos Thornicroft e Tansella (2010, p. 20-28) os países Brasil e Uruguai. Após a análise comparativa das dez recomendações da OMS, concluímos que o Uruguai, atualmente, ainda se encontra, predominantemente, no segundo período (1950 – 1980), correspondente ao declínio do asilo, que possui como algumas principais características: negligência de asilos; redução de número de leitos; aumento do papel da família; as disciplinas de psicologia clínica, terapia ocupacional e trabalho social evoluem; cresce os sistemas de avaliação dos tratamentos e a psicoterapia; foco no controle farmacológico e na reabilitação social; poucos pacientes graves retirados dos hospitais psiquiátricos.

Já o Brasil, majoritariamente e, com muitas deficiências a serem superadas, encontra-se no terceiro período (a partir de 1980), correspondente ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental descentralizado, baseado na comunidade. O terceiro período do contexto histórico em saúde mental possui como algumas principais características: substituição de asilos por serviços menores; redução do ritmo de diminuição de leitos psiquiátricos; mais equipes comunitárias de saúde e valorização do trabalho de equipe multidisciplinar na saúde mental; surgimento da psiquiatria baseada em evidências e relacionada a fatores sociais; surgimento da preocupação com o equilíbrio entre o controle dos pacientes e a independência dos mesmos.

Além da efetivação de políticas públicas, de legislação específica consolidada e de programas de saúde voltados à saúde mental, é evidente que, o Brasil e o Uruguai, necessitam melhorar os resultados para os portadores de sofrimentos mentais. Entendemos que o ponto de partidas para a efetivação de todas as recomendações internacionais em nível de boas práticas em saúde mental é a relevante priorização do usuário do serviço de atenção, a ter a palavra central no que se refere ao planejamento, à avaliação, a melhorias e a todos os outros aspectos do cuidado, para que eles possam ser considerados parceiros em totalidade das boas práticas em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo evidenciamos a evolução das reformas psiquiátricas que ocorreram no mundo, com enfoque na italiana, que colocou em prática a transição da fase do declínio do asilo para a fase da saúde mental baseada no cuidado na comunidade. Constatamos também, o resultado da mobilização internacional em torno do Direito Internacional dos Direitos Humanos que foram consagrados a partir da Declaração dos Direitos do Homem de 1948. Dentre os esforços para garantir a eficácia dos direitos sociais, destacou-se, a necessidade de efetivação do direito à saúde e do direito à saúde mental.

Nesse norte, observamos durante o estudo, o tratamento destinado aos portadores de transtornos mentais ao longo da história mundial. Compreendemos as consequências do asilamento para a vida dos portadores de sofrimento mental e para as sociedades. Constatamos que o modelo manicomial, institucional, que muito se assemelhavam às prisões perpétuas correspondeu a um não lugar, a uma produção de cultura que se traduzia em discriminação, separação, distanciamento dos físico e social dos ditos normais.

Nesse contexto, é notório que a mudança de paradigma no tratamento da saúde mental, do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado no tratamento em comunidade, prezando pelo respeito aos direitos humanos, que está sendo empreendida em muitos países da América Latina, não é uma tarefa que se opera em um curto prazo. É um processo que envolve vários atores da sociedade, envolve mudanças culturais internalizadas, superação de preconceitos e quebra de estigmas. Para que esse processo seja bem-sucedido, no Brasil e no Uruguai, é necessário um planejamento eficaz, com intervenção, investimentos, gerenciamento e pesquisas.

É interessante notar que em muitos países os portadores de transtornos mentais não possuem boa qualidade de vida. Uma dos fatores é a marginalização econômica, que influencia a marginalização social, por meio de discriminação e ausência de proteção jurídica que possa garantir seus direitos e evitar tratamentos impróprios. Um grande exemplo de

ausência de proteção legal é a privação de liberdade de portadores de transtornos mentais por longos períodos em hospitais psiquiátricos, muitas vezes superando a pena que lhe seria justa, sem o devido processo legal, o que ainda acontece no Brasil e, principalmente no Uruguai. O Brasil apesar de possui a lei 10.216/01, que veda inúmeras violações aos direitos humanos e o Uruguai, mesmo não possuindo e, se encontrando, em fase de elaboração de lei específica no âmbito da saúde mental, ambos os países possuem requícios do modelo de tratamento psiquiátrico determinado pelas internações que se assemelham a prisões perpétuas, reforçando o preconceito e o estigma.

Com a análise realizada nos capítulos, foi possível compreender que, os direitos sociais necessitam da intervenção estatal para a mitigação dos conflitos. No caso brasileiro, os direitos sociais são previstos no preâmbulo da Constituição de 1988. No caso do Uruguai, apesar da Constituição não apresentar os direitos sociais de forma expressa, como fez a Constituição brasileira, esses direitos podem ser encontrados de vários artigos, possuindo os dois países, portanto, igual garantia constitucional.

A análise comparada dos desafios enfrentados pelo direito humano à saúde mental no Brasil e no Uruguai é importante para entender o processo de construção sócio-jurídica do acesso e da materialização desse direito nos dois países, para incentivar e vislumbrar possíveis melhorias. As deficiências atuais, no processo de reforma psiquiátrica, que vêm acontecendo nos países Brasil e Uruguai, foram exemplificadas na análise das dez recomendações gerais para boas práticas em Saúde Mental do Relatório Mundial da Saúde de 2001, da Organização Mundial da Saúde. Cabe reafirmar a importância da perspectiva ética, política e teórica de fundo desse estudo. Nesse sentido, as indicações traçadas aqui para o melhoramento do cuidado da saúde mental na comunidade, podem ser bastante úteis para o debate teórico e para o planejamento de novas políticas públicas, programas e práticas profissionais de saúde mental compatíveis com as bem-sucedidas experiências internacionais, com o intercâmbio de experiências e, com as recomendações do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

Temos claro que várias das indicações gerais da OMS, adotadas pelo Brasil e pelo Uruguai, ainda precisam ser consolidadas e evoluir. Entendemos que até o presente

momento a reforma psiquiátrica dos dois países, tenta priorizar a substituição do modelo hospitalocêntrico para o modelo do cuidado baseado em comunidade. Entretanto, nenhum dos dois países está preparado para assumir a gigantesca demanda e responsabilidade sobre os “transtornos mentais comuns” em serviços de atenção básica, de base ambulatorial, disponibilizados em local próximo à moradia da população, como por exemplo: distúrbios alimentares, diagnósticos duplos, desordens afetivas, ansiedade, depressão e serviços especializados para idosos, adolescentes e crianças.

Desse modo, temos uma longa jornada histórica pela frente tanto no Brasil, quanto no Uruguai. Ressaltamos mais uma vez que, o Uruguai apesar de consideramos que ainda se encontra na fase do declínio do asilo, ao passo que, o Brasil encontra-se na fase da saúde mental baseada no cuidado na comunidade, o Uruguai, por possuir um baixo índice populacional e por ser um país de pequenas dimensões, a partir do momento que priorizar a pauta da saúde mental, possui grandes chances de melhorar substancialmente o cuidado e desenvolver abordagens metodológicas bem-sucedidas.

Nesse sentido, acreditamos que trabalhos como esse, ao trabalhar a perspectiva ética, política, teórica e social da saúde mental, nos dois países vizinhos, tem relevância e pode gerar contribuições nessa discussão, ao incentivar o interesse em desenvolver novas pesquisas nos dois países. Acreditamos também que estudos como esse, seja relevante no incentivo de estabelecimento de novas diretrizes e na avaliação atual da implantação do melhoramento de serviços, no monitoramento dos mesmos e na criação de novos. Além do intercâmbio de práticas entre Brasil e Uruguai.

Nessa perspectiva, reafirmamos a importância de estimular projetos sociais criados ou propostos pelos usuários dos serviços de Saúde Mental. É a satisfação dos usuários e seus familiares que determinarão o quão o sistema de saúde mental e garantias dos direitos estão sendo satisfatórios ou não, no campo das políticas públicas e programas sociais, a serem desenvolvidos no Brasil e no Uruguai. Nesse âmbito, cabe a nós, acadêmicos, profissionais, gestores, militantes, identificar essas novas indicações e alimenta-las para que sejam criadas novas políticas públicas e que elas não destoem entre teoria e prática. Em outras palavras, o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e no Uruguai precisa

priorizar os usuários dos serviços de saúde mental, para que eles passem da condição de objeto e pacientes de intervenção psiquiátrica para sujeitos políticos. A partir do momento que os usuários passarem a ter papel principal nas reformas psiquiátricas no Brasil e no Uruguai, haverá além de transformações das práticas de cuidado e atenção, uma real garantia e contemplação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos portadores de transtornos mentais e, assim, os usuários passarão de fato a possuir a condição de sujeitos de direitos.

Nesse sentido, entendemos que políticas públicas são ações desenvolvidas em prol da efetivação dos direitos fundamentais e, é responsabilidade dos países uma prestação de serviços positiva, entretanto, entendemos que para a realização desse objetivo, a participação popular é essencial e muito relevante. Como é um processo que varia de país a país, é evidente que haja assimetrias de políticas públicas, jurídicas e legislativas que dificultam ações integracionistas entre o Brasil e o Uruguai em relação à saúde mental. Aduzimos que a concretização das políticas públicas de saúde mental está diretamente ligada à efetivação do direito à saúde. Enunciamos também que, quando o direito é convocado a responder questões que envolvem a saúde mental, a situação se torna mais complexa, caso o país não tenha uma legislação atualizada sobre o assunto, pois, como já visto a evolução do direito à saúde é constante e recente.

A aplicabilidade de uma legislação específica e moderna, baseada nos preceitos dos direitos humanos internacionais e em evidências bem-sucedidas de outros países é necessária para prevenir e combater o estigma contra pessoas com sofrimento mental. Combater a discriminação e prezar pelo princípio da igualdade é crucial, pois a discriminação se perpetua de diversas formas e produzem efeitos em diversas searas da cidadania (emprego, educação, moradia, acesso aos tribunais, casamento, direito de dirigir, direito ao voto), limitações que acarretam na incapacidade de participação em sociedade. A lei se faz necessária, para que barreiras impostas ao longo dos séculos, que descriminaram e estigmatizaram os portadores de transtornos mentais possam ser superadas.

No Brasil, com o advento da Política Nacional de Saúde Mental e principalmente da aprovação da Lei nº 10.216/2001 houve uma significativa evolução de políticas públicas

de saúde mental, mas é latente a crise do Sistema Único de Saúde (SUS), nos dias atuais, que se mostra incapaz de ofertar e gerir adequadamente mecanismos públicos de saúde de modo igualitário, como prevê a Constituição Federal de 1988. O Uruguai inicia tardiamente, sua reforma psiquiátrica e possui uma implantação embrionária dos preceitos internacionais sobre os novos paradigmas de tratamento e prevenção da saúde mental.

É notório que tanto Brasil, quanto Uruguai está em fase de modificação e melhoramento da saúde mental, mas precisamos observar e vigiar para que o eixo principal de estruturação da modificação e melhoramento dos dispositivos de tratamento e cuidado no âmbito da saúde mental seja da integralidade da saúde, sua garantia na atenção primária, e sempre na perspectiva dos direitos humanos. A legislação brasileira, ainda que não seja perfeita, está em consonância com a maioria das diretrizes da OMS, e, por isso, é considerada a mais avançada da América do Sul, preenchendo os pressupostos mais elementares dos direitos humanos para os portadores de transtornos mentais. Esse é o principal motivo para ela ser considerada vanguardista.

De forma pioneira, o Brasil, no âmbito da América do Sul, realizando seu compromisso social, ampliou a atenção e assistência aos portadores de transtornos mentais com a Lei Federal de nº 10.216/01, que agasalha nos seus treze artigos, o entendimento de que não cabe à Justiça apenas julgar e esquecer seus jurisdicionados. É preciso garantir a prevenção, o exercício e o acompanhamento dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

A lei é prenunciadora ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, possuindo como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. No seu art. 2º prevê que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, o portador de transtorno mental, seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados na lei. Entre os direitos previstos, destacamos os direitos: de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; De ser tratado 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, e, de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Indicamos que a ausência de políticas públicas de saúde mental, eficazes, é o que resulta na violação dos direitos sociais dos portadores de sofrimento mental. Entendemos que as mudanças de paradigma na prestação de serviços em saúde mental precisam ser pautadas em uma reorientação dos princípios que norteiam o tratamento e o cuidado a serem oferecidos pelos países às pessoas que possuem transtornos mentais. E essas mudanças estão diretamente relacionadas à transformação de padrões e formatos dos serviços sociais e de saúde.

Finalizamos as considerações finais evidenciando a relação entre o exercício da cidadania e a obtenção de boas práticas em saúde mental, que resume o que precisa ser trabalhado em ambos os países para que haja uma melhoria substancial nas políticas públicas, nos programas e na prestação de serviços de saúde mental. A construção da cidadania no âmbito da saúde mental é um processo social complexo. Não basta aprovar leis, pois não se impõe a cidadania às pessoas por decreto. É preciso mudar mentalidades, atitudes, gerar conhecimento e informação⁴⁰ sobre os novos paradigmas para que possamos evoluir na temática.

O estudo, ao verificar comparativamente, a atual situação das dez recomendações da OMS, vislumbrou contribuir com o intercâmbio de boas práticas e estimular a troca positiva de experiências entre os dois países. Possibilitando assim, uma maior interação sobre o assunto e pretendendo inspirar certa evolução do direito humano à saúde mental nos dois países sul-americanos. Foi intuito, também, contribuir para os debates no campo da garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, da conquista de novos direitos e da ampliação da cidadania desse grupo social.

A pesquisa permitiu compreender que o fenômeno em transformação do direito à saúde mental ocorre sob a égide de um processo dialético que não avança, de forma automática. As mudanças ocorridas na realidade social, política, econômica e cultural que hoje impulsionam a reforma psiquiátrica não se se dão da noite para o dia e, necessariamente, acarreta transformações com repercussões na vida do portador de transtorno mental, de sua família e da sociedade.

40 Em relação à geração de conhecimento e informação, a principal dificuldade encontrada pela pesquisadora, no âmbito do Uruguai, foi à falta de interdisciplinaridade das informações referentes à saúde mental no Uruguai com as ciências jurídicas. Por exemplo: Na biblioteca da Faculdade de Direito da Universidad de la República, não havia nenhum material que versasse sobre o direito à saúde mental. Todos os arquivos utilizados no estudo, inclusive os que tratam de leis e de direitos humanos voltados para a temática, foram encontrados nas áreas de psicologia e psiquiatria.

Concluimos que não há mais possibilidade de regresso deste movimento, pois se trata de um processo social, histórico e dinâmico que já alcançou um sentido mais humano. A negação do manicômio já convive com o seu avesso. Os serviços substitutos já são uma realidade e exige a criação e o desenvolvimento de novas formas de cuidar. O desafio é gigantesco. É preciso coragem, competência, audácia, ciência, intercâmbio e garantia dos direitos. É preciso arte, interdisciplinaridade e espírito de união para devolver os direitos dos portadores de transtornos mentais que foram sequestrados ao longo dos séculos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Stephanie Pereira de. **O panorama legislativo e político da maconha na américa do sul: uma revisão bibliográfica.** 2016. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.bdm.unb.br/bitstream/10483/15056/1/2016_StephannePereiraDeAguiar_tcc.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], v. 18, n. 4-5, p.314-326, nov. 2005.
- AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. (Ed.). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____.; GIOVANELLA, Ligia. **O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental.** In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade sócia: a desinstitucionalização como desconstrução do saber.** In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo.
- _____. et. al. **Considerações sobre uma experiência comunitária.** In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. CARMEN LÚCIA ALBUQUERQUE DE SANTANA. (Org.). **População em situação de rua: Assistência social e saúde mental: Problemas sociais.** São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. 314 p. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_ua.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 fev. 2017.

_____. **Convenção de Viena Sobre O Direito dos Tratados**: DECRETO Nº 7.030. Brasília, DF, 14 dez. 2009. Disponível em: <<http://dai-mre.serpro.gov.br/legislacao/convencao-de-viena-sobre-o-direito-dos-tratados-1/>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

_____. **Decreto nº 6.185, de 13 de Agosto de 2007**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=234952&norma=255926>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. **Lei Nº 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Lei 10.708, de 31 de Julho de 2003**. Brasília, DF, 01 ago. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Portaria nº 106**, de 11 de Fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. _____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Editora MS, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudemental>. Acesso em: 2 jan. 2017.

_____. Ministério Público Federal. . **Cartilha direito à saúde mental**. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2012. 38 p. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atualizacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/>. Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. **Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Brasil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasil, 2001.

BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CALDEYRO, Carlos. **Participación, organizaciones sociales y Salud Mental**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.189-192. Montevideo: Udelar, 2013.

CIDH. **Protocolo de San Salvador**. Protocolo adicional à Convenção Americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Caso Ximenes Lopes x Brasil**. Sentença de 04 de julho de 2006. Disponível em:

<http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA USP. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 14 jan 2017.

COMITÉ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Observación general n. 14, 2000**. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponível em: <<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CORREA FREITAS, Ruben. **Derecho Constitucional Contemporáneo**. Tomo I. FCU 4 ed. Montevideo: 2013.

CORRIGAN, Patrick; WATSON, Amy. **Understanding the impact of stigma on people with mental illness**. World Psychiatry. Feb 2002; 1(1): 16–20. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>>. Acesso em: 14 jan 2017.

DE LEÓN, Nelson. et. al. **Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.15-24. Montevideo: Udelar, 2013.

DE LEÓN, Nelson. **Procesos de Reforma en región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.87-93. Montevideo: Udelar, 2013.

DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

DÍAZ, Alberto Rodríguez. **Salud mental: la pata renga en los medios de comunicación masiva**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.201-205. Montevideo: Udelar, 2013.

EL OBSERVADOR (Uruguay). **Senado aprobó proyecto de salud mental: El texto, votado por unanimidad, pasó a Diputados, donde recibirá algunos cambios**. 2016. Disponível em: <<http://www.elobservador.com.uy/senado-aprobo-proyecto-salud-mental-n983599>>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. **Tasa de suicidio es la más alta desde 2002: El año de la crisis sigue registrando el mayor índice de muertes de este tipo**. 2017. Disponível em: <<http://www.elobservador.com.uy/tasa-suicidio-es-la-mas-alta-2002-n1030808>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. **Presentan nuevo proyecto de ley sobre salud mental: El cambio de modelo de atención es “crucial”, según el texto**. 2015. Disponível em: <<http://www.elobservador.com.uy/presentan-nuevo-proyecto-ley-salud-mental-n706763>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

ÉPOCA Com Agência Brasil (Brasil). **Lei uruguaia sobre maconha viola tratados internacionais, diz ONU: A lei foi reprovada pelo órgão das Nações Unidas que fiscaliza o uso de entorpecentes**. 2013. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2013/12/lei-uruguaia-sobre-maconha-bviola-tratados-internacionaisb-diz-onu.html>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ERICKSEN, Lauro. **Psicopatía e cárcere: um elemento fulcral da crise prisional brasileira**. Revista FIDES, v. 15, 2017. [no prelo]

FILARDO, Verónica; BORRÁS, Víctor. Conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay. In: FILARDO, Verónica. **El Uruguay Desde La Sociología XIII: 13ª Reunión Anual de Investigadores del Departamento de Sociología**. Montevideo: Universidad de La República, 2015. p. 257-275. Disponível em: <<http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/>>

wp-content/uploads/sites/3/2015/12/Libro-Uruguay-desde-la-Sociología-131.pdf#page=257>. Acesso em: 30 mar. 2017.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve: Revista Semestral do NU-SOL - Núcleo de Sociabilidade Libertária**, São Paulo, n. 18, p.167-194, 19 out. 2010. Semestral. Primeira conferência proferida, em outubro de 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual UERJ. Tradução Heliana Conde. Disponível em: <<http://www.nu-sol.org/verve/pdf/verve18.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GODINHO, Fabiana de Oliveira. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. Coordenador da Coleção: Leonardo Nemer Caldeira Brant.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ltc, 1988. Tradução Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes.

HUXLEY, Peter; THORNICROFT, Graham. **Social inclusion, social quality and mental illness**. The British Journal of Psychiatry. Abr. 2003; 182 (4): 289-290. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/182/4/289>>. Acesso em: 15 jan 2017.

INTERNATIONAL, Transparency. **CORRUPTION PERCEPTIONS INDEX 2015**. 2015. Disponível em: <<http://www.transparency.org/cpi2015>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

KAKUK, María Judit. **Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.71-84. Montevideo: Udelar, 2013.

KELSEN, Hans. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995. Tradução: Luís Carlos Borges.

ONU. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. **Resolução 46/11. 1991: A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental**. Disponível em: <[file:///C:/Users/Augusto/Downloads/DECLARA%C3%87%C3%83O%20DA%20ONU%20PARA%20O%20CUIDADO%20DAS%20PESSOAS%20COM%20TRANSTORNO%20MENTAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Augusto/Downloads/DECLARA%C3%87%C3%83O%20DA%20ONU%20PARA%20O%20CUIDADO%20DAS%20PESSOAS%20COM%20TRANSTORNO%20MENTAL%20(1).pdf)>. Acesso em 30 jan. 2017.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Teoria geral da Constituição e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2000, v. 17.

PORTAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2017.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROTELLI, Franco. **A Instituição Inventada**. In: NICÁCIO, Maria Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Interesse Público, nº 12, 2001.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

TECHERA, Andrés; apud, Ismael. **Políticas de Salud Mental en Uruguay**. In: DE LEÓN, Nelson (Cord.). **Salud Mental en Debate**. p.25-35. Montevideo: Udelar, 2013.

_____. BORGES, Cristina. **La sociedad del olvido.: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay**. Montevideo: Universidad de La República (csic), 2009. 142 p. ISBN: 9789974006454.

TERRA NETWORKS BRASIL S.A. (Brasil). **ONU: legalização da maconha no Uruguai é uma atitude de “piratas”**. 2013. Disponível em: <<https://noticias.terra.com.br/mundo/america-latina/onu-legalizacao-da-maconha-no-uruguai-e-uma-atitude-de-piratas,ade1ef812bfd2410VgnCL-D2000000ec6eb0aRCRD.html>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Barueri: Manole, 2010. Tradução Melissa Tieko Muramoto.

_____.; Graham; BROHAN, Elaine; KASSAM, Aliya; LEWIS-HOLMES, Elanor. **Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions**. United Kingdom: International Journal Of Mental Health Systems, v. 2, n. 3, 13 abr. 2008. Disponível em: <<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-2-3>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

TRINDADE, Antônio Augusto Caçando. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. 2. ed. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2003. v.1.

URUGUAI. **Constituição da República Uruguaia**. Disponível em: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/constitucion>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

_____. Ministério de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica em Salud. Área de Promoción y Prevención. **Programa Nacional de Saúde Mental. Plano de Implementação de Prestações em Saúde Mental no Sistema Nacional Integrado de Saúde**. Ago de 2011.

_____. **Lei nº 17.930, de 19 de dezembro de 2005**. Orçamento Nacional para o período 2005 - 2009. Montevidéo: 2005. Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3365735.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Lei nº 9.581, de 08 de agosto de 1936**. Organiza a assistência a psicopatas. Ministério da Saúde Pública. Montevidéo: 1936.

_____. **Lei nº 18.211, de 05 de dezembro de 2007**. Sistema Nacional Integrado de Saúde. Montevidéo: 2007. Publicada D.O. 13 dic/007 - Nº 27384. Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9613256.htm>>. Acesso em: 15 mar. 20017.

_____. **Lei 19.172 de outubro de 2013**. Maconha e seus derivados. Controle e regulação do Estado, da importação, produção, aquisição, armazenamento, comercialização e distribuição. Montevidéo: 2013. Disponível em: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor=> Acesso em: 25 de jan de 2017.

_____. **Lei Nº 9.581 de 8 de agosto de 1936.** Organiza a assistência a psicopatas. Ministério da Saúde Pública. Montevideu: 1936.

_____. **Decreto Nº 120/2014.** Regulamenta a Lei 19.172, Maconha e seus derivados. Montevideu: 2014.

VALDÉS, Mariana Blengio. Salud, acceso a medicamentos y bioética. **Revista de Derecho Público.** Montevideo. v. 48, n. 24, p.13-38, dez. 2015. Semestral. Disponível em: <<http://www.revista-derechopublico.com/revistas/48/archivos/blengio48.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Suíça) (Org.). **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados.** Genebra, 2010. 83 p. ISBN: 978-85-5506-014-4. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Suíça) (Org.). **Preventing suicide: a global imperative.** Genebra, 2014. 89 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Sobre a Autora

Mellyssa do Nascimento Costa

Advogada; Graduada em Direito pela Universidade Estadual do Piauí (2011); Graduada em Comunicação Social - Habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal do Piauí (2014); Pós-graduada em Ciências Penais pela LFG/Anhanguera (2015); Participante do XLIII Curso de Derecho Internacional pela Organização dos Estados Americanos - OEA (2016); Pós-graduada em Gestão Pública pela Universidade Federal do Piauí UFPI (2020); Pós-graduada em Licitações e Contratos, com Habilitação para Pregoeiro pelo Centro Universitário Uninovafapi (2022); Mediadora e Árbitra pela Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional Piauí; Membro da Comissão de Mediação, Arbitragem e Conciliação da OAB - Seccional Piauí; Membro Associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - CONPEDI; Membro da Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME; Mestra em Direito das Relações Internacionais e da Integração na América Latina pela Universidad de La Empresa - Uruguay;

Índice Remissivo

A

âmbito 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 29, 44, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 67, 68, 72, 74, 83, 84, 87, 90, 91, 92, 98, 99, 107, 120, 121, 127, 131, 135, 140, 141, 143, 144

assistência 12, 24, 28, 32, 34, 69, 72, 73, 74, 79, 80, 82, 96, 99, 109, 114, 119, 123, 143, 147, 149, 150, 151

assistenciais 14, 21, 26, 33, 36, 51, 53

atenção 8, 11, 12, 15, 16, 19, 21, 27, 29, 31, 59, 62, 66, 70, 77, 81, 84, 87, 88, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 120, 121, 126, 127, 128, 132, 136, 138, 141, 142, 143, 147, 151

C

cidadania 18, 23, 32, 34, 38, 39, 48, 52, 70, 71, 72, 74, 85, 89, 96, 109, 111, 142, 144

cuidado 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 55, 62, 67, 69, 72, 73, 81, 83, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 130, 131, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 149

D

desinstitucionalização 20, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 66, 74, 85, 86, 109, 110, 146

desospitalização 31, 34, 35, 36

desvalorização 47, 52

direito 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 30, 32, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 102, 109, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 125, 126, 128, 129, 135, 139, 140, 142,

144, 147, 150

direitos 6, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 95, 97, 100, 101, 105, 107, 110, 111, 112, 117, 118, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 129, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 150

doença 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 39, 48, 49, 50, 52, 63, 64, 68, 69, 70, 74, 75, 79, 84, 87, 96, 112, 116

doenças 28, 29, 39, 40, 43, 48, 49, 78, 79, 93, 96, 110, 118, 132

E

estigma 17, 20, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 67, 75, 76, 80, 85, 95, 96, 98, 105, 111, 113, 116, 134, 135, 140, 142

G

garantia 11, 12, 13, 14, 16, 19, 25, 52, 54, 55, 61, 62, 64, 71, 72, 74, 77, 78, 83, 84, 85, 88, 92, 111, 125, 135, 140, 142, 143, 144, 145

H

histórico 11, 13, 17, 20, 25, 33, 39, 51, 55, 57, 63, 105, 118, 137, 145

hospitais 12, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 44, 45, 50, 51, 62, 66, 68, 70, 84, 87, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 116, 118, 120, 134, 137, 140

hospital 12, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37,

62, 87, 94, 99, 100, 103, 108, 115

hospitalocêntrico 12, 15, 17, 20, 35, 37, 40, 41, 42, 45, 46, 50, 51, 69, 75, 76, 82, 84, 94, 95, 99, 100, 109, 110, 120, 127, 128, 139, 141

humano 8, 11, 12, 15, 16, 19, 55, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 71, 72, 77, 78, 85, 86, 88, 89, 93, 96, 102, 140, 144, 145

humanos 11, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 26, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 85, 87, 89, 90, 92, 93, 95, 97, 100, 101, 105, 110, 111, 117, 118, 119, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 139, 140, 142, 143, 144, 147

I

internacional 12, 15, 16, 17, 19, 41, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 68, 69, 70, 77, 83, 85, 88, 89, 101, 116, 119, 123, 124, 125, 127, 132, 134, 137, 139

J

jurídico 12, 13, 14, 17, 31, 55, 58, 59, 60, 63, 64, 66, 70, 72, 74, 77, 78, 79, 89, 90, 118, 121, 124, 147

L

legislação 16, 24, 25, 31, 53, 67, 68, 70, 73, 74, 75, 80, 81, 83, 84, 85, 91, 93, 100, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 138, 142, 143

M

manicomial 14, 22, 23, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 49, 72, 75, 76, 77, 87, 94, 95, 100, 108, 110, 112, 120, 135, 139, 148

manicômios 23, 30, 37, 40, 41, 46, 73, 74

mentais 11, 13, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 67, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 105, 106, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147

mental 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151

modelo 12, 13, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 50, 51, 69, 72, 75, 76, 80, 82, 84, 87, 94, 95, 99, 100, 107, 108, 109, 110, 115, 117, 120, 123, 127, 128, 131, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 147, 148

mudança 12, 14, 15, 16, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 51, 69, 73, 75, 82, 84, 105, 109, 110, 113, 114, 139

O

ordenamento 17, 55, 57, 58, 63, 64, 66, 70, 72, 77, 78, 79, 89, 124

P

paradigma 12, 15, 16, 17, 20, 37, 40, 41, 42, 45, 46, 51, 69, 73, 75, 82, 84, 92, 114, 139, 144

percurso 20, 39, 70, 76

políticas 11, 19, 29, 37, 41, 42, 43, 50, 52, 53, 54, 55, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 100, 101, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 131, 138, 140, 141, 142, 144

portador 12, 23, 25, 32, 35, 37, 46, 48, 49, 50, 51, 61, 107, 120, 143, 144

portadores 11, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 61, 68, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 96, 98, 105, 106, 108, 109, 111, 112, 114, 118, 119, 120, 121, 125, 127, 130, 131, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145

prática 16, 20, 21, 23, 24, 30, 33, 34, 37, 38, 39, 41, 43, 53, 67, 72, 73, 84, 91, 94, 95, 97, 107, 114, 117, 119, 120, 122, 127, 128, 135, 137, 139, 141

práticas 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 52, 67, 70, 73, 76, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 93, 96, 97, 102, 107, 111, 114, 115, 117, 119, 120, 121, 123, 125, 127, 129, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 144

preocupação 25, 27, 40, 59, 110, 135, 137

problemática 17, 20, 29, 43, 45, 46, 49, 51, 52, 93, 109, 113

psicologia 12, 112, 135, 137, 144

psicológico 19, 46

psicossocial 11, 12, 15, 16, 19, 31, 32, 41, 87, 106, 107, 108, 109, 147

psiquiatria 12, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 47, 49, 51, 74, 87, 120, 128, 135, 137, 144, 146

psiquiátrica 11, 12, 13, 18, 23, 24, 26, 28, 31, 32, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 45, 53, 62, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 80, 84, 86, 96, 99, 111, 116, 119, 120, 140, 141, 142, 143, 144, 146

psiquiátricas 12, 15, 16, 19, 25, 26, 30, 32, 33, 35, 36,

38, 40, 49, 52, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 83, 84, 87, 91, 96, 99, 105, 106, 107, 110, 120, 136, 139, 142

psiquiátrico 12, 17, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 46, 62, 69, 72, 74, 85, 100, 103, 108, 140, 149

psiquiátricos 12, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 50, 62, 66, 68, 69, 70, 73, 84, 87, 91, 92, 96, 100, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 116, 126, 127, 128, 134, 137, 140

públicas 11, 19, 40, 50, 52, 53, 54, 55, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 97, 100, 101, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 118, 119, 121, 122, 125, 126, 128, 131, 138, 140, 141, 142, 144, 147

Q

qualidade 31, 41, 46, 47, 53, 55, 81, 82, 83, 84, 86, 92, 97, 99, 100, 102, 105, 121, 126, 131, 133, 139

R

reforma 11, 12, 13, 18, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 51, 53, 62, 69, 70, 73, 81, 84, 86, 100, 111, 116, 120, 134, 140, 141, 143, 144, 146

reformas 12, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 52, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 91, 117, 134, 136, 139, 142

reformulação 16, 31, 45, 80, 100, 120

reinserção 12, 16, 32, 34, 47, 48, 76, 107, 120, 124, 143

S

saúde 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66,

67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 150, 151

serviços 12, 13, 21, 26, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 41, 44, 49, 50, 51, 53, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 87, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 105, 106, 107, 109, 111, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 141, 142, 143, 144, 145, 151

sistemas 17, 32, 60, 68, 92, 102, 113, 131, 133, 137

sociedade 12, 15, 24, 25, 27, 29, 30, 34, 37, 40, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 63, 64, 66, 68, 70, 71, 74, 76, 80, 82, 84, 85, 89, 94, 107, 108, 109, 112, 116, 117, 118, 120, 121, 124, 125, 126, 130, 139, 142, 144

sofrimento 16, 17, 19, 20, 23, 30, 31, 32, 35, 37, 39, 43, 46, 47, 48, 53, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 85, 96, 105, 120, 125, 127, 137, 139, 142, 144

T

transtorno 12, 14, 25, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 80, 81, 83, 107, 111, 112, 120, 132, 143, 144, 149

transtornos 11, 13, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 67, 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 105, 106, 108, 109, 111, 112, 113, 118, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147

tratamento 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 59, 62, 66, 68, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81,

82, 84, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 104, 105,
107, 111, 113, 114, 117, 120, 122, 124, 126, 127, 128,
131, 136, 139, 140, 143, 144

V

vida 8, 24, 38, 40, 43, 44, 46, 47, 53, 55, 62, 63, 64,
65, 79, 95, 100, 105, 108, 112, 118, 124, 132, 133, 139,
144, 146



AYA EDITORA

2024