

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE DIREITO

RENATA RODRIGUES DOS SANTOS RIBEIRO

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: uma análise do sistema internacional de
proteção a pessoas acometidas de transtorno mental.

São Luís

2020

RENATA RODRIGUES DOS SANTOS RIBEIRO

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Monica Teresa Costa Sousa

São Luís

2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ribeiro, Renata Rodrigues dos Santos.

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL : uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental / Renata Rodrigues dos Santos Ribeiro. - 2020.

72 p.

Orientador(a): Monica Teresa Costa Sousa.

Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2020.

1. Direito Internacional. 2. Direitos Humanos. 3. Saúde Mental. I. Sousa, Monica Teresa Costa. II. Título.

RENATA RODRIGUES DOS SANTOS RIBEIRO

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: uma análise do sistema internacional de proteção a pessoas acometidas de transtorno mental.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovado (a) em: ____ / ____ / _____, às ____:____horas.

Nota: _____ (.....)

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Monica Teresa Costa Sousa (Orientadora)

Examinador (a) 1

Examinador (a) 2

AGRADECIMENTOS

Ao meu Criador, provedor do ar que respiro, da vontade de vencer e de avançar sempre mais. A Ele devoto minha gratidão e todos os créditos de minhas conquistas, pois até aqui, sustentou-me com sua forte mão e acalentou meu coração quando eu pensei em desistir.

A minha rainha, meu modelo de mulher bem sucedida que, com muito amor, carinho e dedicação, conseguiu me proporcionar educação valoral para enfrentar as batalhas da vida. Se ser mãe é isso tudo, dona Rejane excedeu as expectativas, pois todas as vezes que olho para minhas vitórias, vejo quão influenciada fui e sou pelo seu exemplo de mulher guerreira, não muito diferente da minha querida avó materna, Isaura Rodrigues.

Ao meu estimado pai Emanuel, por sempre me incentivar a ser a melhor, por todos os conselhos e “puxões de orelha”, pelo apoio emocional, pelas conversas descontraídas e pelo exemplo de profissionalismo que lhe rendeu consecutivos títulos de melhor repórter esportivo do Maranhão. Não posso negar que minhas habilidades de comunicação foram por ele exploradas desde que eu era pequena.

A minha família por todo suporte afetivo, material e espiritual ofertado, especialmente a minha irmã Yandara Ribeiro; embora separadas pelo Oceano Atlântico, nossos corações e mentes estão sempre interligados, o que foi fundamental para essa jornada acadêmica. A minha tia do coração Lucineide Peixoto, gratidão eterna; faltam palavras para agradecer todo amor e carinho em mim depositados.

Aos meus companheiros de curso, por toda solidariedade e colaboração em cinco anos de graduação: Solange, Kassia, Leonardo, Augusto, Marcos, Raíssa, Saturnino, Danúbia, Sarah, Thales, Lilian, Lohana, Talita e, por derradeiro, mas não menos importante, Manuela Mesquita de Moura. Manu, presente da UFMA para a vida, foste fundamental não apenas para a conclusão deste curso, mas para o desenvolvimento de todas as áreas da minha vida; reconheço que sua amizade em especial ampliou minha visão de mundo, abriu minha mente para ter sonhos grandes e a lutar para alcançá-los.

Aos meus queridos professores Ana Teresa Silva de Freitas, Cassiu Guimaraes Chai, Paulo Sérgio Velten Pereira, Newton Pereira Ramos Neto, Mario de Andrade Macieira, Maria de Jesus Rodrigues Araujo Heilmann, Felipe Costa Camarão, Anamaria Sousa Silva, Maria Tereza Cabral Costa Oliveira, Lívia Maria da Graça Costa Aguiar, Valéria Maria Pinheiro Montenegro, Viviane Freitas Perdigão, Aleksandro Rahbani Aragão Feijó e Roberto Carvalho Veloso, por toda didática e ensinamentos repassados não apenas em sala de aula, mas pelo profissionalismo jurídico que muito bem desempenham fora dos muros da Academia.

A minha estimada orientadora Monica Teresa Costa Sousa, que logo no quarto período do curso, com sua empolgação em sala de aula e brilho no olhar ao lecionar sobre Direito Internacional, fez nascer o desejo de me voltar ao estudo dessa disciplina. Professora Monica, obrigada pelo aceite dessa missão, por todo empenho e paciência em me conduzir de maneira técnica, profissional e com um excelente arcabouço bibliográfico. Seu auxílio tem sido fundamental não somente para a conclusão desta graduação, mas para meu direcionamento de carreira e campo de estudo.

RESUMO

O presente trabalho visa contribuir para o debate acerca da crise global de adoecimento mental, por meio da identificação e análise dos dispositivos legais internacionais de proteção à pessoa portadora de transtorno mental, bem como da Lei 10.216/2001. Para isso, retomam-se os principais conceitos atinentes aos direitos humanos, ao seu contexto histórico de surgimento e escalonam-se os sistemas internacionais de proteção existentes. Outrossim, examina-se a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seus reflexos no ordenamento jurídico brasileiro. Nesta senda, o estudo se volta à evolução legislativa nacional no que tange à saúde mental, sendo necessário, para tal, resgatar marcos históricos como o movimento da Reforma Psiquiátrica, o nascimento e construção do Sistema Único de Saúde e a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, a saber, o caso Damião Ximenes Lopes.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Direito Internacional. Saúde Mental.

ABSTRACT

This work aims to contribute to the debate on the global crisis of mental illness, through the identification and analysis of international legal devices to protect the person with mental disorder, as well as Law 10.216/2001. To this end, the main concepts relating to human rights, their historical context of emergence and the existing international systems of protection are taken up again. The International Convention on the Rights of Persons with Disabilities is also examined and its impact on the Brazilian legal system. In this path, the study returns to the national legislative evolution in terms of mental health, being necessary, for such, to rescue historical landmarks as the movement of the Psychiatric Reform, the birth and construction of the Unique Health System and the first condemnation of Brazil by the Inter-American Court of Human Rights, namely, the case *Damião Ximenes Lopes*.

Keywords: Human Rights. International Law. Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	CAPÍTULO I – A CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO PLANO INTERNACIONAL.....	11
2.1	Contexto histórico do surgimento dos direitos humanos.....	11
2.2	Características dos direitos humanos.....	23
2.3	Sistemas internacionais de proteção.....	25
3	CAPÍTULO II - A PROTEÇÃO INTERNACIONAL ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS.....	29
3.1	A crise global de saúde mental.....	32
3.2	Evolução normativa no plano internacional.....	35
3.3	Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.....	40
4	CAPÍTULO III - A PROTEÇÃO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL.....	45
4.1	A evolução legislativa da saúde mental no Brasil.....	49
4.2	Reforma psiquiátrica brasileira.....	52
4.3	Movimento constitucional do sistema público de saúde e a Política Nacional de Saúde Mental.....	55
4.4	Narrativa do caso Damião Ximenes Lopes.....	60
4.5	O caso na Corte Interamericana de Direitos Humanos.....	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

Surpreendido pela pandemia do coronavírus, atualmente o mundo também enfrenta um inimigo oculto: o adoecimento mental. Da Idade Antiga aos tempos hodiernos, os transtornos de ordem psíquica sempre estiveram presentes na história da humanidade. Por vezes, interpretados como manifestações malignas, demoníacas ou místico-religiosas; em outros momentos, encarados como sinais de criminalidade, sendo combatidos pelo isolamento social e tratamentos cruéis das mais diversas formas.

Um tema tão atual e pertinente que ainda desencadeia uma série de debates a despeito de qual seria a melhor maneira de tratar a patologia, sem que se violem direitos humanos. Nessa esteira, o presente estudo se propõe a contribuir para a discussão a respeito da proteção aos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e dos mecanismos jurídicos desenvolvidos em nível internacional e nacional para o alcance da plenitude tutelar.

A abordagem de tal temática possui relevância de ordem primariamente humanística, pois violar a integridade psicofísica de outro ser é rebaixá-lo à condição de objeto, ferindo, assim, o tão idolatrado e apregoadado princípio da dignidade da pessoa humana. Necessário se faz fomentar um movimento-estaque, capaz de frear o prognóstico científico da OMS de que a depressão será o transtorno mental mais incapacitante do mundo até o ano 2020.

Assim, considerando o objeto da pesquisa, no que tange à tutela dispensada aos portadores de transtornos mentais, questiona-se: a proteção estendida à pessoa portadora de transtorno mental pelo Estado Brasileiro conforma-se à normativa internacional? Para atender ao questionamento, identificam-se dispositivos legais internacionais, comparados aos modelos assistenciais adotados no Brasil, com esteio, sobretudo, na Lei nº 10.2016/01.

De mais a mais, estruturam-se os principais conceitos e sistemas de proteção internacional de direitos humanos no âmbito da saúde mental; descreve-se a evolução normativa no plano internacional da tutela proporcionada à pessoa portadora de transtorno mental, sob o prisma da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; além do resgate histórico do contexto brasileiro da Reforma Psiquiátrica, ante o panorama da primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos – Caso Damião Ximenes Lopes.

Nessa esteira, inevitável abordar o tema do movimento constitucional do sistema público de saúde. Compreender que a saúde no Brasil nem sempre foi gratuita, pois sua fruição era condicionada a contribuições previdenciárias, auxilia no processo de concepção do Sistema

Único de Saúde como uma conquista social.

Fruto de diversas ações populares fundamentadas em ideais democratizadores de acesso aos serviços de saúde, influenciado sobretudo pela Reforma Sanitária da década de 70, o SUS encontrou terreno fértil na Constituição de 1988 através da máxima de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (art. 196, CF/88).

Apesar do comando constitucional, somente na década seguinte foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro e 1990. Dentre outros preceitos, sua base principiológica comporta: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a equidade, o direito à informação, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização da rede de atendimento em virtude da descentralização político-administrativa.

Salienta-se, ainda, o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde, que engloba tratamentos e programas de acesso ao sistema público de saúde, em parceria com a comunidade local, além de incentivos financeiros por meio de benefícios aos portadores de transtornos mentais, tais como: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, o Hospital-Dia, o Programa de Volta para Casa e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

À vista disso e, ante a definição apregoada pela OMS, na qual a saúde consiste em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, tal visão holística sobre o ser humano nos faz perceber a relevância e atemporalidade do tema que será abordado adiante, pois muitos cuidam apenas do físico, esquecendo-se da maneira salutar de tratar a mente, bem como de cultivar bons hábitos de relacionamentos interpessoais, sob pena de adoecimento e sofrimento psíquico quando não observados tais aspectos em conjunto, o que se nota na atual crise global de ordem psicológica.

2. CAPÍTULO I – A CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO PLANO INTERNACIONAL

Partindo-se da premissa universal de que toda pessoa humana tem direito a uma vida digna, mesmo que minimamente, oportuno se faz, para uma primeira discussão, o estabelecimento de marcos históricos internacionais que levaram à propagação dos mencionados ideais humanistas essenciais para a satisfação das necessidades humanas básicas.

Como será pontuado inicialmente, a trajetória dos direitos humanos se deu de maneira paulatina, compassada. Da Antiguidade ao mundo contemporâneo, viu-se ser progressiva a ideia de que ao homem deve ser dispensado tratamento humano, digno, congruente com as máximas universais de solidariedade.

2.1. Contexto histórico do surgimento dos direitos humanos

Note-se que, ainda na Antiguidade, no Egito, havia disseminação de regras morais de convivência saudável, não necessariamente impostas como leis, mas aceitas e cultivadas, substancialmente, por razões religiosas, como a concepção de não fazer mal, nem caluniar o outro, como coloca Elton Emanuel Brito Cavalcante (2018) ao citar o “Livro de Amenemopet”: "Não zombes de um cego, não te burlas de um anão nem faça mal a um coxo."

Já no contexto medieval, tem-se na Carta Magna (1.215) o marco mais importante, haja vista esse documento ser representativo dos anseios da burguesia ascendente, que encontrou nos mencionados 63 artigos a possibilidade de garantir normativamente seus direitos de liberdade (ir e vir), amenização e proporcionalidade das penas pecuniárias, proibição da prisão arbitrária, dentre outros.

Ao adentrarmos a Era Moderna, é inevitável mencionar o Movimento Iluminista. O gradual afastamento das questões religiosas deu espaço para que o centro passasse a ser ocupado pelo homem, num verdadeiro resgate da máxima sofista grega de Protágoras: “o homem é a medida de todas as coisas”. A referida era se findou em 1789, quando, então, eclodiu o movimento da Revolução Francesa, responsável pelo marco da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Derradeiramente, a Idade Contemporânea, a qual marca o fim da mencionada periodização da história, traz em seu bojo o marco inicial para a globalização dos direitos humanos, a saber, o momento pós-guerra que culminou com o surgimento da Organização das

Nações Unidas, em 1945, e da consequente aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948.

No típico movimento cíclico de ir e vir da sociedade, necessário se fez colocar um ponto final em todo tipo de ação de natureza bárbara, cruel e desumana, a julgar pelo holocausto. Assim, trazer à tona a ideia universal de dignidade acima de qualquer diferença étnica, econômica ou social, foi a melhor solução encontrada numa tentativa de “salvar o mundo” e formar um sistema jurídico global de proteção aos direitos fundamentais de todo e qualquer cidadão.

Nos dizeres de MAZZUOLI (2011, p. 805), tal “arquitetura internacional dos direitos humanos” finca como principais antecedentes históricos da gênese do direito internacional dos direitos humanos o Direito Humanitário, a Liga das Nações e a Organização Internacional do Trabalho. Na mesma esteira, pontua PIOVESAN (2011, p. 188):

O Direito Humanitário, a Liga das Nações e a Organização Internacional do Trabalho situam-se como os primeiros marcos do processo de internacionalização dos direitos humanos. Como se verá, para que os direitos humanos se internacionalizassem, foi necessário redefinir o âmbito e o alcance do tradicional conceito de soberania estatal, a fim de permitir o advento dos direitos humanos como questão de legítimo interesse internacional. Foi ainda necessário redefinir o status do indivíduo no cenário internacional, para que se tornasse verdadeiro sujeito de Direito Internacional. Este capítulo pretende revelar que essas noções contemporâneas encontram seu precedente histórico no desenvolvimento do Direito Humanitário, da Liga das Nações e da Organização Internacional do Trabalho.

O Direito Humanitário do século XIX propôs-se a balizar a atuação estatal em períodos de guerra, de maneira a controlar as regras aplicáveis durante os conflitos armados para que não houvesse violações e atrocidades nos moldes hitlerianos contra os civis em geral e também contra os militares que abandonassem o combate (MAZZUOLI, 2011, p.812).

Já a Liga das Nações, que igualmente concorreu para a relativização da soberania estatal, inserta no contexto do pós Primeira Guerra Mundial (1914-1918), conforme explica Flávia Piovesan “representavam um limite à concepção de soberania estatal absoluta, na medida em que a Convenção da Liga estabelecia sanções econômicas e militares a serem impostas pela comunidade internacional contra os Estados que violassem suas obrigações” (apud MAZZUOLI, 2011, p.812) .

Encerrado o conflito armado mundial supra, foi em 1919, com a criação da Organização Internacional do Trabalho, que culminou o movimento normativo humanista, notadamente no que se refere à regulação e estabelecimento de medidas assecuratórias de condições de trabalho dignas, compatíveis com a noção geral de bem estar social, com padrões laborais salutareis.

Em suma, o que se depreende do referido tripé histórico é a relativização da soberania estatal, antes entendida e aceita como absoluta, restringindo-se o direito internacional a reger relações entre estados. Novidade foi o inesperado movimento centrípeto, que abriu margem para intervenções externas no âmbito interno de determinada nação sob a égide da proteção ao ser humano e a todos os direitos que lhe assistem.

Conclui PIOVESAN (2013, p. 190):

...que tais institutos, cada qual ao seu modo, contribuíram para o processo de internacionalização dos direitos humanos. Seja ao assegurar parâmetros globais mínimos para as condições de trabalho no plano mundial, seja ao fixar como objetivos internacionais a manutenção da paz e segurança internacional, seja ainda ao proteger direitos fundamentais em situações de conflito armado, tais institutos se assemelham na medida em que projetam o tema dos direitos humanos na ordem internacional. Vale dizer, o advento da Organização Internacional do Trabalho, da Liga das Nações e do Direito Humanitário registra o fim de uma época em que o Direito Internacional era salvo raras exceções, confinado a regular relações entre Estados, no âmbito estritamente governamental. Por meio desses institutos, não mais se visava proteger arranjos e concessões recíprocas entre os Estados; visava-se, sim, o alcance de obrigações internacionais a serem garantidas ou implementadas coletivamente, que, por sua natureza, transcendiam os interesses exclusivos dos Estados contratantes. Essas obrigações internacionais voltavam-se à salvaguarda dos direitos do ser humano e não das prerrogativas dos Estados. Tais institutos rompem, assim, com o conceito tradicional que situava o Direito Internacional apenas como a lei da comunidade internacional dos Estados e que sustentava ser o Estado o único sujeito de Direito Internacional. Rompem ainda com a noção de soberania nacional absoluta, na medida em que admitem intervenções no plano nacional, em prol da proteção dos direitos humanos. (grifo nosso)

Nesse contexto, tornou-se imperioso o compartilhar estatal da posição de sujeito de direito internacional, condição agora estendida, também, aos indivíduos em geral, não mais meros objetos de tal ramo do direito público. Confluentes os interesses de diferentes estados estrangeiros em proteger o ser humano, assim se solidifica efetivamente o direito internacional dos direitos humanos, com seu surgimento formal no contexto da Segunda Guerra Mundial e consequente criação da ONU, no ano de 1945, entidade responsável por garantir a paz mundial e reduzir as disparidades existentes entre os povos por meio de um consenso geral dos países na busca pelo bem comum.

Concebida a colcha de retalhos, é válido adotar o conceito de Direito Internacional dos Direitos Humanos apregoado por José Antonio Rivera Santivañez (apud MAZZUOLI, p.813, 2011), que define o ramo jurídico como:

a disciplina encarregada de estudar o conjunto de normas internacionais, convencionais ou consuetudinárias, onde são estipulados o comportamento e os benefícios que as pessoas ou grupo de pessoas podem esperar ou exigir dos governos. (grifo nosso)

Quanto ao seu objeto de estudo, representa:

o conjunto de normas previstas pelas declarações, tratados ou convenções sobre direitos humanos adotados pela Comunidade Internacional em nível universal ou regional, aquelas normas internacionais que consagram os direitos humanos, que criam e regulam os sistemas supranacionais de promoção e proteção dos direitos humanos, assim como as que regulam os procedimentos possíveis de serem levados ante ditos organismos para o conhecimento e consideração das petições, denúncias e queixas pela violação dos direitos humanos (MAZZUOLI, p.813, 2011).

Desse modo, o que se entende hoje por Direito Internacional dos Direitos Humanos perpassa pela ideia de um ramo do direito com um conjunto principiológico particular, dotado de independência e originalidade. Em que pese a versatilidade conceitual, todas as definições convergem para a noção de satisfação de necessidades humanas básicas, mesmo que timidamente.

No que pertine ao tema, é válido abordar duas principais teorias de compreensão acerca da origem dos direitos humanos. A primeira, jusnaturalista, compreende que tais direitos já nascem com o homem, de maneira que sua existência se dá de modo sublime, universal, como pensam os teóricos Dalmo Dallari e Fábio Comparato.

Assim, para Thomas Paine (apud BOBBIO, 2004, p. 41):

Para fundar os direitos do homem, Paine oferece uma justificação — e não podia então ser de outro modo — religiosa. Segundo ele, para encontrar o fundamento dos direitos do homem, é preciso não permanecer na história, como fizera Burke, mas transcender a história e chegar ao momento da origem, quando o homem surgiu das mãos do Criador. A história nada prova salvo os nossos erros, dos quais devemos nos libertar. O único ponto de partida para escapar dela é reafirmar a unidade do gênero humano, que a história dividiu. **Só assim se descobre que o homem, antes de ter direitos civis que são o produto da história, tem direitos naturais que os precedem; e esses direitos naturais são o fundamento de todos os direitos civis.** Mais precisamente: “São direitos naturais os que cabem ao homem em virtude de sua existência. A esse gênero pertencem todos os direitos intelectuais, ou direitos da mente, e também todos os direitos de agir como indivíduo para o próprio bem-estar e para a própria felicidade que não sejam lesivos aos direitos naturais dos outros.” Distinguiu três formas de governo: o fundado na superstição, o fundado na força, e um terceiro, fundado no interesse comum, que ele chamava de governo da razão. (*grifo nosso*)

Já a teoria positivista, entende que o próprio homem é quem cria essas normas e as impõe de maneira coercitiva, sendo tais direitos modificáveis à medida em que a sociedade avança e, por conseguinte, altera toda sua dinâmica de atuação, como defendem os juristas Hans Kelsen e Norberto Bobbio. Para o último, “os direitos do homem nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares, para finalmente encontrarem sua plena realização como direitos positivos universais” (BOBBIO, 2004, p. 19).

Quanto à evolução histórica, um aspecto importante a ser destacado no presente estudo diz respeito às várias expressões utilizadas, muitas vezes erroneamente, sobre a temática do direito internacional. Cabe pontuar que, quando se fala em direitos do homem, a saber, direitos naturais, remete-se tão somente à teoria jusnaturalista já abordada, pois se tratam

de prerrogativas universais inerentes à condição de seres humanos, a sua própria natureza, independente de lugar e época, não necessitando estes sequer de qualquer positivação e/ou codificação para garantia de usufruto.

Quanto aos direitos fundamentais, referem-se aos assentes na constituição de cada país, ou seja, aos positivados na ordem jurídica interna de cada estado, de maneira que, no caso do Brasil, encontram-se estabelecidos em cláusulas ditas pétreas e também dissolvidos em toda a Constituição de 1988. Assim, assevera o art. 16 da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 que “a sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição”.

Já o vocábulo dos direitos humanos, traz à tona a noção de direitos e garantias transcritos em convenções e tratados internacionais. Nos dizeres de Mazzuoli (2011, p. 804), são direitos que já ascenderam ao patamar do Direito Internacional Público. Ainda ressalta o autor que a Constituição Brasileira muito bem empregou os termos quando, em seu ar. 5º, §1º, usou a expressão “direitos fundamentais” para se referir aos direitos nela previstos e, no mesmo artigo, porém no §3º, adotou a nomenclatura “direitos humanos” para aludir às normas internacionais.

Ainda há que se tocar no ponto da expressão “direitos humanitários”, conhecidos como os verdadeiros direitos de guerra, destacando-se nesse contexto a figura da Cruz Vermelha, cujo Comitê Internacional assim define o instituto: “é um conjunto de normas que procura limitar os efeitos de conflitos armados. Protege as pessoas que não participam ou que deixaram de participar nas hostilidades, e restringe os meios e métodos de combate”.

No que tange à interpretação dos direitos humanos, são aceitas como válidas para explicação de determinados fenômenos as correntes universalista e relativista. A primeira, apregoa a ideia de que não se levam em consideração os costumes locais para implementação dos direitos humanos, sendo estes concebidos de maneira global, pois se comportam como superiores a toda e qualquer lei e cultura local.

Já a corrente relativista, engendra uma concepção multicultural a respeito dos direitos humanos, de tal sorte que estes devem se submeter à lógica elencada por determinada nação, ou seja, ao conjunto de valores por ela cultivados (a sua moral) mesmo que em prejuízo de tais direitos. Apregoam que a melhor solução seria a imposição de uma só lógica ao mundo inteiro, conforme aponta PIOVESAN (2013, p. 211):

Para os relativistas, a noção de direito está estritamente relacionada ao sistema político, econômico, cultural, social e moral vigente em determinada sociedade. Sob esse prisma, cada cultura possui seu próprio discurso acerca dos direitos fundamentais, que está relacionado às específicas circunstâncias culturais e históricas de cada sociedade. Nesse sentido, acreditam os relativistas, o pluralismo

cultural impede a formação de uma moral universal, tornando-se necessário que se respeitem as diferenças culturais apresentadas por cada sociedade, bem como seu peculiar sistema moral. A título de exemplo, bastaria citar as diferenças de padrões morais e culturais entre o islamismo e o hinduísmo e o mundo ocidental, no que tange ao movimento de direitos humanos. Como ilustração, caberia mencionar a adoção da prática da clitorectomia e da mutilação feminina por muitas sociedades da cultura não ocidental.

Em que pesem as divergências ideológicas acerca da temática, há que se exaltar e cultivar o respeito entre as diferenças, o investimento nas trocas culturais salutares e a consequente aceitação da existência do outro como também titular de direitos e garantias mínimas de condições de vida num contexto global de convivência.

Para a demarcação dos principais momentos históricos atinentes à evolução dos direitos humanos, é imperioso trazer à discussão a renomada obra do jurista Fábio Konder Comparato, a saber, “A afirmação histórica dos direitos humanos”. Nela, o autor demonstra o desenvolvimento progressivo dos institutos jurídicos adversários da violência e exploração humana na realidade dos mais diferentes povos.

Dentre tantos documentos que representaram um marco na história dos direitos humanos, certamente o mais longínquo nos reporta ao ano de 1215 quando, então, a Magna Carta, de maneira inovadora à época, trouxe uma série de medidas de cunho limitativo aos poderes monárquicos, consubstanciando-se hoje no primeiro dispositivo de salvaguarda aos direitos do homem.

No contexto norte-americano, imprescindível a menção do *Petition of Rights* (1628), declaração garantista de direitos e liberdades estendidas aos súditos reais, inovando, por exemplo, ao proibir a prisão de pessoas sem o devido julgamento. Anos depois, em 1679, o *Habeas Corpus Act* endossou a ideia, anulando encarceramentos tidos como abusivos e protegendo, por consequência, o direito de ir e vir da população como um todo.

Mas, foi no contexto da Revolução Gloriosa, que deu origem ao modelo político da monarquia constitucional, que houve a promulgação da Declaração de Direitos (*Bill of Rights* de 1689), documento inspirador para a futura Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, normas que visavam à proteção da liberdade, da vida e da propriedade privada.

Ainda no âmbito histórico dos EUA, viu-se no movimento da Declaração de Independência (1776) outra dinâmica impulsionadora dos direitos humanos essenciais à vida, liberdade e propriedade, além de estimular a prática do devido processo legal e da autonomia religiosa e de imprensa.

O grande marco nessa trajetória coincide com o ano da Revolução Francesa de 1789: a célebre Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, ambos influenciados pelo movimento iluminista propagador dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade.

Há que se destacar, também, a Revolução Mexicana de 1917, notadamente, o documento constitucional dela resultante, que apregou a hoje conhecida função social da propriedade e exaltou direitos dos trabalhadores, como se vê:

A Constituição Mexicana foi fruto de um movimento revolucionário iniciado a partir de 1910, na qual alguns liberais se uniram aos camponeses contra o governo ditatorial de Porfirio Dias, e buscava a proibir a reeleição do presidente, a devolução de terra aos povos indígenas, a nacionalização das grandes empresas e bancos, a consolidação de direitos trabalhistas, reforma agrária e a separação entre a igreja e o estado. Apesar da promulgação da constituição em 1917, isso não significou o fim da revolução que se seguiu por mais vinte três anos. (COMPARATO, 2007, p. 177; PINHEIRO, 2006. p. 107).

A constituição alemã de Weimar de 1919 representou a conquista de direitos econômicos e sociais, influenciando politicamente a evolução das instituições ocidentais, como acrescenta COMPARATO (2003, p. 115-116):

Apesar das fraquezas e ambiguidades assinaladas, e malgrado a sua breve vigência, a Constituição de Weimar exerceu decisiva influência sobre a evolução das instituições políticas em todo o Ocidente. O Estado da democracia social, cujas linhas-mestras já haviam sido traçadas pela Constituição mexicana de 1917, adquiriu na Alemanha de 1919 uma estrutura mais elaborada, que veio a ser retomada em vários países após o trágico interregno nazifascista e a 2ª Guerra Mundial. A democracia social representou efetivamente, até o final do século XX, a melhor defesa da dignidade humana, ao complementar os direitos civis e políticos - que o sistema comunista negava - com os direitos econômicos e sociais, ignorados pelo liberal-capitalismo. De certa forma, os dois grandes Pactos internacionais de direitos humanos, votados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966 3, foram o desfecho do processo de institucionalização da democracia social, iniciado por aquelas duas Constituições no início do século. (grifo nosso)

Adentrar o ano de 1948 é relembrar a famosa reunião de diversas culturas do mundo, no dia 10 de dezembro, na cidade de Paris, que resultou na almejada Declaração Universal dos Direitos Humanos (influenciada pela criação da ONU em 1945), estabelecendo, pela primeira vez na história, proteção universal aos mesmos. Apesar de conter normas de caráter não vinculante, serviu de inspiração para muitos países na construção de suas leis.

Conforme aponta REZEK (2011, p. 256), por meio desta Declaração, em seus artigos 4º ao 21:

...todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança; a não ser jamais submetido à escravidão, à servidão, à tortura e a penas cruéis ou degradantes; ao reconhecimento de sua personalidade jurídica e a um processo judicial idôneo; a não ser arbitrariamente detido, preso ou desterrado, e a gozar de presunção de inocência até que se prove culpado; a não sofrer intromissões arbitrárias na sua vida particular, na família, no domicílio e na correspondência; à livre circulação e à escolha de seu domicílio; ao asilo quando perseguido por delito político; a uma nacionalidade; ao casamento e à

constituição de família; à propriedade singular e em condomínio; à liberdade de pensamento, convicção política, religião, opinião e expressão, reunião e associação pacíficas; a participar do governo de seu Estado patrial e a ter acesso, em condições igualitárias, à função pública. (*grifo nosso*)

Ainda sobre o tema, acrescenta PIOVESAN (2013, p. 205) como requisito único para a titularidade de direitos dispostos na Declaração Universal de 1948 a condição de pessoa:

A Declaração Universal de 1948 objetiva delinear uma ordem pública mundial fundada no respeito à dignidade humana, ao consagrar valores básicos universais. Desde seu preâmbulo, é afirmada a dignidade inerente a toda pessoa humana, titular de direitos iguais e inalienáveis. Vale dizer, **para a Declaração Universal a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos.** A universalidade dos direitos humanos traduz a absoluta ruptura com o legado nazista, que condicionava a titularidade de direitos à pertinência à determinada raça (a raça pura ariana). A dignidade humana como fundamento dos direitos humanos e valor intrínseco à condição humana é concepção que, posteriormente, viria a ser incorporada por todos os tratados e declarações de direitos humanos, que passaram a integrar o chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos. (*grifo nosso*)

Outro importante registro histórico se refere ao Pacto de São José da Costa Rica de 1969, ou mesmo Convenção Americana sobre Direitos Humanos, ratificado tardiamente pela nação brasileira no ano de 1992. Tal pacto inovou ao proibir a escravidão humana, promovendo liberdade religiosa e de consciência, além de incentivar práticas protetoras do núcleo familiar, como enfatiza REZEK (2011, p. 258):

Ali se discriminam — nos âmbitos civil, político, econômico, social e cultural — direitos individuais situados entre aquela faixa elementar que concerne à vida, à integridade e à liberdade físicas, e aquela outra, de maior apuro, relativa à nacionalidade, à propriedade privada, ao acesso às fontes da ciência e da cultura. Entre um e outro desses planos, trata o Pacto de dispor sobre o princípio da anterioridade da lei penal, e as condições de sua retroatividade; sobre as liberdades de consciência, de expressão e de culto confessional; sobre a proteção da honra e o direito de resposta; sobre os direitos políticos, o de reunião e o de associação; sobre o princípio da igualdade perante a lei; e sobre a proteção devida pelo Estado a seus nacionais e aos estrangeiros encontráveis no âmbito de sua soberania”.

Derradeiramente, no ano de 1998, a Organização Internacional do Trabalho deixou margem de constituição à luta pelos direitos humanos quanto concebeu condições mínimas de dignidade para os trabalhadores. Para Antonio Cassese (apud PIOVESAN, 2013, p. 218):

Imediatamente após a Primeira Guerra Mundial, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi criada e um de seus objetivos foi o de regular a condição dos trabalhadores no âmbito mundial. Os Estados foram encorajados a não apenas elaborar e aceitar as Convenções internacionais (relativas à igualdade de remuneração no emprego para mulheres e menores, à jornada de trabalho noturno, à liberdade de associação, dentre outras), mas também a cumprir estas novas obrigações internacionais” (Human rights in a changing world, p. 172). Na visão de Louis Henkin: “A Organização Internacional do Trabalho foi um dos antecedentes que mais contribuiu à formação do Direito Internacional dos Direitos Humanos. A Organização Internacional do Trabalho foi criada após a Primeira Guerra Mundial para promover parâmetros básicos de trabalho e de bem-estar social. Nos setenta anos que se passaram, a Organização Internacional do Trabalho promulgou mais de uma centena de Convenções internacionais, que receberam ampla adesão e razoável observância” (The age of rights, p. 15). Adiciona Henkin: “Após a Primeira Guerra

Mundial, a preocupação com o indivíduo foi refletida em vários dos programas da Liga das Nações. Pautando-se em precedentes estabelecidos no século XIX, os Estados dominantes pressionaram outros Estados a aderirem a ‘tratados de minorias’ garantidos pela Liga, nos quais os Estados Partes assumiram obrigações de respeitarem os direitos de minorias étnicas, nacionais ou religiosas que habitassem em seu território... Os anos que se seguiram à Primeira Guerra Mundial também viram um considerável desenvolvimento na preocupação internacional com o bem-estar individual, um desenvolvimento que é usualmente desconsiderado e comumente subestimado: o International Labour Office (hoje a Organização Internacional do Trabalho — OIT) foi estabelecido e lançou uma variedade de programas, incluindo uma série de convenções que estabeleceram padrões mínimos de condições de trabalho, dentre outras medidas (Louis Henkin in Henry J. Steiner e Philip Alston, *International human rights in context — law, politics and morals*, p. 128). Para Kirgis: **“A Organização Internacional do Trabalho se tornou um efetivo instrumento para a fixação de condições de trabalho no plano internacional, demonstrando que organizações relacionadas com áreas especializadas de interesse podiam exercer uma considerável influência”** (*International organizations in their legal setting*, p. 6). (*grifo nosso*)

Como visto anteriormente, desde os primórdios, com os ensinamentos filosóficos acerca do bem comum ou mesmo a fonte cristã de lições sobre igualdade, já se esboçava ideias que se aproximavam do que hoje conhecemos por direitos humanos. Chegada a era medieval, com o Iluminismo, inaugura-se um momento ímpar na história que coloca o homem no centro do universo. Por fim, com o fim da Segunda Guerra Mundial, a urgência em encontrar uma solução para as atrocidades cometidas deu espaço para a formalização jurídica consubstanciada na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Esse movimento histórico aqui analisado também é segmentado pela doutrina de Norberto Bobbio, Ingo Sarlet e Paulo Bonavides em torno de dimensões ou gerações de direitos humanos, sendo cada uma delas relacionada a um tipo de conquista diferente, acompanhando sempre os acontecimentos socioculturais da época.

Acerca da nomenclatura, defende LENZA (2015, p. 1142) que a palavra “dimensão” seria mais adequada, tendo em vista que não há um abandono das conquistas anteriores, mas sua incorporação ao que já fora construído, numa espécie de vedação à evolução reacionária.

Sendo assim, o que se chama de primeira dimensão de direitos humanos pertine aos direitos civis e políticos, especialmente no que tange à liberdade individual, à vida (digna, permanecer vivo, vedação à pena de morte), à propriedade (função social), igualdade formal (atuação negativa do estado). Coincide tal período com os ideais liberais clássicos de não intervenção estatal e liberdade meramente formal; em outras palavras, marca a transição de um Estado Autoritário para um Estado de Direito (LENZA, 2015, p. 1142).

Conforme pontua BONAVIDES (2018, p. 563-564):

Os direitos de primeira geração ou direitos de liberdades têm por titular o indivíduo, são oponíveis ao Estado, traduzem-se como faculdades ou atributos da pessoa e

ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característico; enfim, são direitos de resistência ou de oposição perante o Estado.

Já a segunda dimensão, no contexto da evolução do estado liberal para o estado social, bem como da Revolução Industrial Europeia do século XIX, deu margem às conquistas sociais, econômicas e culturais, exaltando sobretudo a noção de igualdade substancial, com a promoção de direitos à educação, saúde, bem estar social, trabalho, dentre outros, o que demandou uma atuação positiva por parte do Estado para a efetivação da chamada justiça distributiva (LENZA, 2015, p. 68).

Quanto à 3ª dimensão, manifesta na conjuntura internacional de avanços técnico-científicos, ocupa-se da conquista de direitos coletivos e difusos, ou seja, transindividuais, materializados pela prática da solidariedade e fraternidade entre os povos, dos ideais de paz social e, porque não, de um mundo ambiental melhor para nele se viver, com qualidade de vida e conservação do patrimônio histórico e cultural.

A teoria de Karel Vasak, nos dizeres de BONAVIDES (2018, p. 569), identifica tais direitos de 3ª dimensão em rol taxativo, qual seja: “o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, o direito ao meio ambiente, o direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e o direito de comunicação”.

Com a 4ª dimensão, em meio ao cenário de progressos no campo da engenharia genética, propõe Norberto Bobbio a necessidade de criação de direitos de proteção ao risco decorrente da manipulação do patrimônio genético. Após adventos globais tecnológicos da clonagem, engenharia genética e bioética, fez- necessário elencar meios de proteção ao ser humano diante da desenfreado avanço high-tech.

Por fim, a 5ª dimensão de direitos humanos fez um resgate da paz, do entendimento duradouro entre os povos. Porém, Paulo Bonavides (1998, p. 593) compreende “que o direito à paz deva ser tratado em dimensão autônoma, chegando a afirmar que a paz é axioma da democracia participativa, ou ainda, supremo direito da humanidade”.

Estreitando o contexto histórico para a esfera brasileira, não se pode olvidar da conjuntura da Reforma do Poder Judiciário no ano de 2004, quando, então, ocorreu a elevação dos tratados internacionais atinentes aos direitos humanos ao patamar de equivalência às emendas constitucionais.

Ressalte-se, ainda, que em fevereiro de 2000, houve a assinatura, por parte do Brasil, do chamado Estatuto de Roma, tratado internacional responsável pela criação do Tribunal Penal Internacional (TPI). Tal ato representou um marco para a adoção de uma postura renovada da nação frente à jurisdição internacional garantidora de direitos humanos.

Assim, foram substancialmente ampliados os direitos fundamentais previstos tanto pela ordem jurídica interna quanto pela internacional (Piovesan, 2000, p. 106).

Outro avanço extraordinário decorreu do reconhecimento, pelo Estado Brasileiro, da competência jurisdicional da Corte Interamericana de Direitos Humanos, nos termos do Decreto Legislativo nº 89, de 03 de dezembro de 1998.

Em que pese a dignidade da pessoa humana já ser fundamento da República Federativa do Brasil em seu art. 1º, I da Constituição de 1988, a introdução do §3º no artigo 5º na mesma representou a mola propulsora para a ratificação, pelo estado brasileiro, de diversos tratados internacionais sobre direitos humanos. Segundo MAZZUOLI, praticamente foram incorporados todos os mais significativos pertencentes ao sistema global de proteção dos direitos humanos:

São exemplos desses instrumentos (já incorporados ao Direito Brasileiro) a Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio (1948), a Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951), o Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados (1966), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), o Protocolo Facultativo Relativo ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979), o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1999), a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional (1998), o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Referentes à Venda de Crianças, à Prostituição Infantil e à Pornografia Infantil (2000), o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo ao Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados (2000) e, ainda, a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção, conhecida como Convenção de Mérida (2003). Isto tudo sem falar nos tratados sobre direitos sociais (v.g., as convenções da OIT) e em matéria ambiental, também incorporados ao Direito Brasileiro e em vigor no país.

Outra alteração e avanço legislativo acerca do tema, refere-se à federalização dos crimes cometidos contra os direitos humanos. Antes da Reforma do Judiciário de 2004, a União não gozava dessa competência para processar e julgar tais crimes. Dessa forma, quando da ocorrência de qualquer violação e afronta aos direitos humanos em território nacional, será a União a única responsável, no plano internacional, para dirimir possíveis conflitos, sendo a ela permitido suscitar, perante o Superior Tribunal de Justiça, quando necessário, incidente de deslocamento de competência para a Justiça Federal, nos moldes da EC 45/2009:

Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar:

(...)

V-A as causas relativas a direitos humanos a que se refere o § 5º deste artigo;

(...)

§ 5º Nas hipóteses de **grave violação de direitos humanos**, o **Procurador-Geral da República**, com a finalidade de **assegurar o cumprimento de obrigações decorrentes de tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil seja parte**, poderá suscitar, perante o **Superior Tribunal de Justiça**, em qualquer

fase do inquérito ou processo, **incidente de deslocamento de competência para a Justiça Federal.**" (*grifo nosso*)

Segundo entendimento da Associação Nacional dos Procuradores da República - ANPR (apud LENZA, 2015, p. 1207):

...é a União, na qualidade de ente federado com personalidade jurídica na esfera internacional, que tem o poder de contrair obrigações jurídicas internacionais em matéria de direitos humanos, mediante a ratificação de tratados. Consequentemente, a sistemática de monitoramento e fiscalização de tais obrigações recai na pessoa jurídica da União. Deste modo, por coerência, há de caber à União a responsabilidade para apurar, processar e julgar casos de violação de direitos humanos, uma vez que, por comandos internacionais, obrigou-se a fazer valerem tais direitos em todo o território nacional. Daí a imperiosidade de se atribuir à Justiça Federal competência para o julgamento das violações mais sérias aos direitos humanos.

Dito isto, para que seja deslocada a competência estadual para federal, com fundamento na inédita decisão proferida no IDC 2 (Caso Manoel Mattos), condiciona o STJ (apud LENZA, 2015, p. 1208) tal medida à satisfação dos seguintes requisitos:

existência de grave violação a direitos humanos; risco de responsabilização internacional decorrente do descumprimento de obrigações jurídicas assumidas em tratados internacionais; incapacidade das instâncias e autoridades locais em oferecer respostas efetivas. (*grifo nosso*)

Entenda-se por grave violação aos direitos humanos, para exemplificar, os seguintes crimes contra os direitos humanos, assim considerados pela ANPR (apud LENZA, 2015, p. 1210):

tortura; homicídio doloso praticado por agente de quaisquer dos entes federados no exercício de suas funções ou por grupo de extermínio; crimes praticados contra as comunidades indígenas ou seus integrantes; homicídio doloso, quando motivado por preconceito de origem, raça, sexo, opção sexual, cor, religião, opinião política, idade ou quaisquer outras formas de discriminação, ou quando decorrente de conflitos fundiários de natureza coletiva; uso, intermediação e exploração de trabalho escravo ou de crianças e adolescentes, em quaisquer das formas previstas em tratados internacionais.

Neste sentido, reafirmam-se as palavras de Flávia Piovesan (apud MIRANDA, 2010, p. 51):

Se qualquer Estado Democrático de Direito pressupõe o respeito dos direitos humanos e requer a eficiente resposta estatal quando de sua violação, a proposta de federalização reflete, sobretudo, a esperança de que a justiça seja feita e os direitos humanos respeitados.

Assim, demarcados os principais pontos concernentes à linha histórica do tempo em que surgiram e se desenvolveram os direitos humanos em nível internacional e nacional, insta caracterizar o instituto, demonstrando suas particularidades, bem como a relação que mantêm entre si, como se verá alhures.

2.2. Características dos direitos humanos

No que pertine à caracterização dos direitos humanos, é imprescindível citar a universalidade, imprescritibilidade, inalienabilidade, irrenunciabilidade, historicidade, vedação ao retrocesso, inexauribilidade, inviolabilidade, essencialidade, efetividade, relatividade, complementaridade e concorrência; aspectos a seguir pormenorizados.

O atributo da universalidade quer dizer que tais direitos se destinam, de maneira indiscriminada, a todo e qualquer ser humano, podendo serem intentados tanto local quanto internacionalmente. Segundo Manoel Gonçalves Ferreira Filho (apud LENZA, 2015, p. 1146):

...a ideia de se estabelecer um rol de direitos em favor de indivíduos, de direitos que seriam superiores ao próprio poder que os concedeu ou reconheceu, não é nova. Os forais, as cartas de franquia continham enumeração de direitos com esse caráter já na Idade Média...

Com relação à imprescritibilidade, estabelece o artigo 185 do Código Civil Brasileiro de 2002 que, uma vez violado o direito, nasce para o titular a pretensão, que se extingue pela prescrição. Porém, tal regra não se aplica aos casos atinentes aos direitos humanos, tendo em vista que prerrogativas dessa natureza não podem ser sobrestadas pelo não uso.

Assim, pontua LENZA (2015, p. 1146-1147):

prescrição é um instituto jurídico que somente atinge, coarctando, a exigibilidade dos direitos de caráter patrimonial, não a exigibilidade dos direitos personalíssimos, ainda que não individualistas, como é o caso. Se são sempre exercíveis e exercidos, não há intercorrência temporal de não exercício que fundamente a perda da exigibilidade pela prescrição.

Como limite ao princípio da autonomia privada, tem-se a inalienabilidade, à vista de seu conteúdo econômico-patrimonial, como característica fundamental dos direitos humanos. Para MAZZUOLI (2011, p. 807-808):

...os direitos humanos são inalienáveis, na medida em que não permitem a sua desinvestidura por parte de seu titular, não podendo ser transferidos ou cedidos (onerosa ou gratuitamente) a outrem, ainda que com o consentimento do agente, sendo indisponíveis e inegociáveis.

Quanto à irrenunciabilidade, refere-se à possibilidade apenas do seu não exercício, jamais da renúncia. Cauciona MAZZUOLI (2011, p.807) que “a irrenunciabilidade se traduz na ideia de que a autorização de seu titular não justifica ou convalida qualquer violação do seu conteúdo”.

No que diz respeito à historicidade, tem-se que os direitos humanos surgiram de modo lento e gradual, com caráter histórico de berço cristão, sendo fruto de inúmeras batalhas travadas em busca de liberdade e igualdade até os dias atuais. Nos dizeres de Norberto Bobbio (1998, p. 9):

...que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

O exemplo das cláusulas pétreas muito bem delinea o que seria a característica da vedação ao retrocesso, na medida em que o artigo 60, §4º da Constituição de 1988 veda a qualquer proposta de emenda à Constituição tendente a aboli-las. Assim, a marcha processual garantista de direitos humanos deve ser sempre progressiva e agregadora, nunca aniquilante de conquistas já estabelecidas.

Assevera MAZZUOLI (2011, p. 808):

...os Estados estão proibidos de retroceder em matéria de proteção dos direitos humanos. Assim, se uma lei posterior revoga ou nulifica uma lei anterior mais benéfica, essa lei posterior é inválida por violar o princípio internacional da vedação ao retrocesso (igualmente conhecido como princípio da “proibição de regresso”). Os tratados internacionais de direitos humanos da mesma forma que as leis internas, também não podem impor restrições que diminuam ou nulifiquem direitos já anteriormente assegurados, tanto no plano interno quanto na própria órbita internacional. Nesse sentido, vários tratados de direitos humanos já contêm cláusulas que dispõem que nenhuma de suas disposições "pode ser interpretada no sentido de limitar o gozo e exercício de qualquer direito ou liberdade que possam ser reconhecidos em virtude de leis de qualquer dos Estados-partes ou em virtude de Convenções em que seja parte um dos referidos Estados", tal como faz o art. 29, alínea b, da Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969.

Ser inexaurível perpassa pela noção de que são infinitos, inesgotáveis tais direitos, de maneira que não há limites para a ampliação dos mesmos, podendo ser originados a cada nova estação social. Essa possibilidade de expansão dos direitos humanos encontra fundamento no artigo 5º, §2º da Constituição de 1988.

Já a inviolabilidade, visa garantir a não violação dos direitos humanos tanto por parte de legislações infraconstitucionais quanto originárias de autoridades públicas, existindo penalidades jurídicas administrativas e civis adequadas ao caso.

Com relação à essencialidade, tem-se na dignidade da pessoa humana seu valor supremo, como acrescenta MAZZUOLI (2011, p. 807):

os direitos humanos são essenciais por natureza; tendo por conteúdo os valores supremos do ser humano e a prevalência da dignidade humana (conteúdo material), revelando-se essencial também pela sua especial posição normativa (conteúdo formal), permitindo-se a revelação de outros direitos fundamentais fora do rol de direitos expresso nos textos constitucionais.

Mediante o desenvolvimento de políticas públicas, é possível dar efetividade aos direitos humanos e fazer valer o respeito aos mesmos, o que garante a materialidade das conquistas até então concebidas.

No que concerne à relatividade, há que se atentar ao detalhe de que os direitos fundamentais não são absolutos, de maneira que o exercício de um poderá implicar,

necessariamente, na limitação de outro, num verdadeiro confronto ou conflito de interesses; ao que se faz necessário, nesses casos, a utilização da razoabilidade, pelo intérprete/magistrado, para um adequado sopesamento nos casos em que a Constituição for omissa a respeito.

Um exemplo que ilustra perfeitamente tal situação seria a transfusão sanguínea em indivíduos adeptos da religião Testemunha de Jeová. Estando o profissional da saúde diante de quadros urgentes ou de perigo iminente, a atuação contrária aos ditames religiosos não configurará, em hipótese alguma, a prática criminosa do constrangimento ilegal capitulada no Código Penal em seu artigo 146, §3º, I, pois, colocados na balança, o direito à liberdade religiosa não pode sobrepujar o direito à própria vida. Frise-se, ainda, que o ordenamento jurídico nacional veda a eutanásia e condena práticas de auxílio ao suicídio.

Quanto à complementaridade, é cediço que os direitos inerentes à pessoa humana não devem ser observados isoladamente, senão em conjunto, pois entre todos não há relação hierárquica, mas de supletividade. Característica essa estreitamente ligada à da indivisibilidade dos mesmos, o que demarca a impossibilidade de interpretação dos direitos humanos de forma única.

Acerca da concorrência, deve ser entendida como o necessário exercício síncrono dos direitos humanos, o que permite que um único indivíduo usufrua de várias prerrogativas cumulativamente.

Salientadas os principais pormenores atinentes aos direitos humanos, necessária se faz a abordagem divisória a despeito dos sistemas internacionais de proteção existentes, notadamente, o global e regionais — americano, africano e europeu; o que se discutirá adiante.

2.3. Sistemas internacionais de proteção

É cediço que o término da Segunda Guerra Mundial provocou uma série de alterações normativas voltadas à proteção do ser humano em sua integralidade, flexibilizando a soberania estatal para permitir intervenções externas em nações com potencial para violar direitos e garantias fundamentais. Como já mencionado, a criação da Organização das Nações Unidas abriu margem para a produção de diversos tratados internacionais protetores da vida humana, tanto de caráter geral como de caráter específico.

Como apontado, o disposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 não possuía caráter cogente, vindo este fenômeno a acontecer apenas em 16 de dezembro 1966, por meio da aprovação, pela Assembleia Geral da ONU, em Nova York, de dois tratados

internacionais distintos, a saber, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, num verdadeiro processo de “juridicização” (PIOVESAN, 2013, p. 240).

Na mesma esteira, acrescenta MAZZUOLI (2011, p. 869):

De qualquer forma, o que é importante saber agora é que **tanto um como o outro pacto surgiram com a finalidade então premente de conferir-se dimensão técnico-jurídica à Declaração Universal de 1948**, tendo o primeiro pacto regulamentado os arts. 10 ao 21 da Declaração, e o segundo os arts. 22 a 28. Ambos esses tratados compõem hoje o núcleo-base da estrutura normativa do sistema global de proteção dos direitos humanos, na medida em que “judicizaram”, sob a forma de tratado internacional, os direitos previstos pela Declaração. A partir desse momento forma-se então a Carta Internacional de Direitos Humanos (International Bill of Human Rights), instrumento que inaugura “o sistema global de proteção desses direitos, ao lado do qual já se delineava o sistema regional de proteção, nos âmbitos europeu, interamericano e, posteriormente, africano”. (*grifo nosso*)

Sendo assim, além da mencionada normativa internacional de proteção aos direitos humanos, há que se destacar, ainda, a existência de mecanismos protecionistas regionais concorrentes e complementares entre si, quais sejam, os sistemas europeu, americano e africano, podendo existir na modalidade geral, de alcance abrangente, ou especial, com enfoque em determinadas categorias e/ou grupos, cada qual com seu próprio aparato jurídico, como aponta PIOVESAN (2013, p. 341):

Cada um dos sistemas regionais de proteção apresenta um aparato jurídico próprio. O sistema interamericano tem como principal instrumento a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, que estabelece a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana. Já o sistema europeu conta com a Convenção Europeia de Direitos Humanos de 1950, que estabeleceu originariamente a Comissão e a Corte Europeia de Direitos Humanos. Com o Protocolo n. 11, em vigor desde novembro de 1998, houve a fusão da Comissão com a Corte, com vistas à maior justicialização do sistema europeu, mediante uma Corte reformada e permanente. Por fim, o sistema africano apresenta como principal instrumento a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981, que, por sua vez, estabelece a Comissão Africana de Direitos Humanos; posteriormente foi criada a Corte Africana de Direitos Humanos, mediante um Protocolo à Carta, em 1998. Note-se que, dos três sistemas regionais, o europeu é o mais antigo e o mais avançado. Ele estabeleceu mecanismo judicial compulsório para apreciar as comunicações individuais, por meio da jurisdição da Corte Europeia de Direitos Humanos (com o Protocolo n. 11, em vigor desde novembro de 1998), que tem apresentado grande êxito na implementação de suas decisões. O sistema mais incipiente é o africano, já que a África revela ainda uma história recente de regimes opressivos e de graves violações aos direitos humanos.

Diante disto, quando da ocorrência de qualquer violação aos direitos humanos, o ofendido poderá buscar auxílio tanto na esfera global quanto no sistema regional. A despeito da coexistência de normativas diversas de proteção ao ser humano, tal regionalização é bem vista pela comunidade internacional, pois permite o fortalecimento das prerrogativas pertinentes à dignidade da pessoa humana ao mesmo passo em que as amplia, o que confere maior eficácia à resolução de problemas no caso concreto.

Em outras palavras, a criação de sistemas regionais de proteção dos direitos humanos conferiu um caráter de especificidade quanto aos problemas recorrentes de cada nação, pois refletem a realidade local - particularizada - e variável de região para região. Outrossim, o espectro diminuído auxilia no processo de negociação da celeuma e facilita a fiscalização intra-territorial.

Na mesma via, aponta Antônio Augusto Cançado Trindade (apud PIOVESAN, 2013, p. 342-343):

O critério da primazia da norma mais favorável às pessoas protegidas, consagrado expressamente em tantos tratados de direitos humanos, contribui em primeiro lugar para reduzir ou minimizar consideravelmente as pretensas possibilidades de ‘conflitos’ entre instrumentos legais em seus aspectos normativos. Contribui, em segundo lugar, para obter maior coordenação entre tais instrumentos em dimensão tanto vertical (tratados e instrumentos de Direito interno) quanto horizontal (dois ou mais tratados). (...) Contribui, em terceiro lugar, para demonstrar que **a tendência e o propósito da coexistência de distintos instrumentos jurídicos — garantindo os mesmos direitos — são no sentido de ampliar e fortalecer a proteção.** (*grifo nosso*)

Adentrando as peculiaridades de cada sistema regional, tem-se por mais antigo o europeu e mais recente, o africano. Ressalte-se que os três mantêm relação com outros agrupamentos locais de atribuições mais amplas que versam somente acerca de tratativas sobre direitos humanos, sendo, no caso europeu, o Conselho da Europa (CE); do africano, a União Africana (UA), e do americano, a Organização dos Estados Americanos (OEA).

No que pertine ao interamericano, comporta como principais documentos jurídicos: a Carta da Organização dos Estados Americanos (1948); a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948); a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana em Matérias de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988).

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos, órgão autônomo da OEA, preocupa-se com o cumprimento, salvaguarda e promoção dos direitos humanos, mediante o recebimento de denúncias relativas a violações de tais direitos, seguido do seu exame minucioso e verificação de procedência das informações para então, nos casos de admissão da queixa, acontecer o possível encaminhamento, ou não, do presente caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos. Portanto, possui função meramente administrativa. Diferente do que ocorre com a Corte, que se constitui em órgão julgador, sem prejuízo do caráter consultivo.

Com relação ao sistema africano, semelhante órgão desempenha papel fiscalizador e fomentador dos direitos humanos: a Comissão Africana do Homem e dos Povos criada pelo artigo 30 da Carta Africana. A diferença entre os sistemas americano e africano reside no momento pós-recebimento da denúncia, pois no último não há uma comunicação direta ao

estado violador de direitos, caso recebida a reclamação, mas um direcionamento da queixa ao órgão supremo da UA, que decidirá pela publicação, ou não, da respectiva advertência.

Por fim, cita-se o sistema europeu, efetivamente instalado após a aprovação da Convenção Europeia de Direitos Humanos em 1954, no mundo pós-Segunda Guerra Mundial. Nos moldes da comparação acima posta, no que concerne ao mecanismo de apresentação de queixas à Comissão Europeia dos Direitos do Homem, tem-se como exigências o preenchimento de requisitos legais para a apresentação da mesma. Caso seja admitida, uma solução amigável entre o Estado violador e o queixoso é tentada primeiramente.

Não logrando êxito a resolução amistosa do conflito, a Comissão elabora um relatório, enviado ao Comitê de Ministros do Conselho da Europa, o qual irá decidir acerca da existência, ou não, de violação, bem como sobre o arbitramento de indenização para o queixoso. Cabe ressaltar que, no intervalo de 3 (três) meses após o envio do relatório ao Comitê, tanto o Estado quanto a Comissão poderão solicitar o encaminhamento do caso ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, que passará, então, a ser o responsável direto pelo julgamento da celeuma.

De mais a mais, no que concerne ao acesso aos sistemas, quanto ao europeu, tem-se a permissão para que qualquer pessoa possa peticionar à corte, também estendida a prerrogativa às Organizações Não-Governamentais (ONG's) e aos demais grupos defensores de direitos humanos; já nos moldes africanos, o peticionamento à comissão é permitido apenas aos estados-parte da UA e às organizações não governamentais.

Como narrado, os sistemas regionais protecionistas de direitos humanos surgiram como uma maneira de melhor organizar em nível local a tutela dispensada em casos de violações concretas, não havendo, entre eles, qualquer espécie de hierarquia. Assim, quando esgotados os recursos internos de determinada nação e/ou em casos de demora injustificada na resolução da lide, é permitido ao cidadão que recorra ao auxílio jurídico internacional em seu respectivo sistema de proteção, na circunscrição de seu território, sem prejuízo a que se utilize do sistema global para tal.

3. CAPÍTULO II - A PROTEÇÃO INTERNACIONAL ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

Realizados os apontamentos gerais acerca dos direitos humanos, em que se abordaram temas como seu contexto histórico de nascimento e desenvolvimento, caracterização, bem como sua divisão no plano internacional e regional, urge conduzir a discussão para o âmbito da relação entre o Direito Internacional e a proteção da saúde mental.

Dentre os variados tipos de deficiência existentes, o presente trabalho delimitou seu campo de investigação à mencionada esfera mental, sendo cabível inicialmente pontuar os principais conceitos norteadores da pesquisa.

Longe de querer esgotar a discussão a despeito dos conceitos desenvolvidos na área da saúde e, considerando que o Direito se constitui em ciência social interdisciplinar, pode e deve dialogar com os demais ramos da ciência, logo, pertinente que se busque na Medicina, psicanálise e psicologia a caracterização dos institutos que aqui serão trabalhados.

Fundamentando o referido, influenciado pelo pensamento do filósofo austríaco Hans Kelsen, no que se refere à obra “Teoria Pura do Direito”, assinala o jurista Agostinho Ramalho Marques Neto (2001, p. 87):

O fenômeno jurídico não existe de modo algum em estado puro. Ele sofre as mais diversas influências das inúmeras dimensões do espaço-tempo social, onde surge e se modifica. Por isso, a ciência do Direito, para compreendê-lo na inteireza relacional de sua existência concreta, não pode prescindir de um enfoque eminentemente interdisciplinar.

Desse modo, primeiramente elucidando o conteúdo do léxico “transtorno”, tem-se que, segundo o dicionário Priberam da Língua Portuguesa:

1. Ato ou efeito de transtornar.
2. Perturbação, alteração, mudança.
3. [Figurado] Contratempo; contrariedade.
4. Incômodo.
5. Desarranjo mental.

“transtorno”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/transtorno> [consultado em 25-02-2020].

Como visto, a palavra supracitada denota qualquer tipo de desequilíbrio, desarmonia; o que, adaptando ao caso em questão, refere-se a indefinidas desordens psíquicas ou, tal qual verificado, a um “desarranjo mental”. Transtorno é, assim, usado para definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem sofrimento pessoal e interferência nas funções que o indivíduo necessita exercer em sua vida, obstando a que se desfrute do conceito holístico de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde - OMS: “saúde é um estado de

completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (2012) aponta algumas definições de saúde mental, sob a ótica do médico psiquiatra Sérgio Luiz Lorusso:

1. Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. (Dr. Lorusso);
2. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

No que tange aos fatores determinantes para o gozo de sanidade mental, múltiplos são os fatores que desencadeiam o adoecimento psíquico; na maioria das vezes, as causas são ditas idiopáticas, desconhecidas, porém, a medicina tem elencado elementos-gatilho para o desenvolvimento dos transtornos mentais que perpassam por dilemas de ordem social, biológica (genética) e psicológica.

Sendo assim, um indivíduo mentalmente saudável é aquele que melhor se adapta às novas mudanças e enfrenta com equilíbrio reverses de cunho discriminatório (preconceitos sobre gênero, raça, condição econômica, etnia) ou mesmo situações de estresse no trabalho que impeçam o usufruir de um estilo de vida saudável e harmonioso em todos os aspectos; em suma, o grande desafio é manter a sensatez diante de situações positivas e também frente às adversidades cotidianas.

Para Espinosa (2000, p. 18), o transtorno mental pode ser entendido como uma alteração fisiológica ou orgânica e psicológica, ou ainda um desequilíbrio emocional causado por fatores externos ou internos. Osvaldo Lopes do Amaral (2011) propõe a seguinte definição:

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado.

Na classificação realizada pela OMS, o transtorno mental se encontra como integrante do grupo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - décima revisão), o qual especifica os transtornos mentais e de comportamento assim segmentados: orgânicos (como a demência), do humor (como a depressão e o transtorno bipolar), de ansiedade (como as fobias sociais, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de pânico), dissociativos, somatoformes, esquizofrênico, alimentar e os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Dados alarmantes apontam que as pessoas com deficiência constituem a maior minoria do mundo e que este problema guarda relação também com as condições socioeconômicas de um país, já que 20% das pessoas mais pobres do mundo possuem algum tipo de limitação (PIOVESAN, 2013, p. 330):

As pessoas com deficiência constituem a maior minoria do mundo. Estima-se que 20% das pessoas mais pobres do mundo têm deficiência; 98% das crianças com deficiência nos países em desenvolvimento não têm acesso à escola; 30% das crianças de rua vivem com deficiências; e o grau de alfabetização para adultos com deficiência é tão reduzido quanto 3% — e, em alguns países, inferior a 1% para mulheres com deficiência. A respeito, ver From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities, Handbook for Parliamentarians, n. 14, UN, OHCHR, Genebra, 2007, p. 13. (grifo nosso)

Reforçar-se a existência de diversas deficiências, tais como, a física, intelectual ou sensorial, dentre outras, limitando-se este estudo à de natureza mental. Nos moldes da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), nº 13.146, de 6 de julho de 2015, o conceito de deficiência é abordado em seu artigo 2º nos seguintes termos:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (grifo nosso)

Definição esta que se pautou em referências internacionais, mais precisamente, na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, e incorporadas ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Quanto ao conceito de deficiência, entende que o mesmo se encontra em constante evolução e o associa às barreiras encontradas no meio ambiente, senão vejamos:

e) Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Enfatiza, ainda, que, em que pesem as diversas legislações e pactos firmados com fins de proteção à pessoa com deficiência, as pessoas continuam encontrando dificuldades de participação ativa na sociedade e sofrem todo tipo de violação de direitos humanos, o que inclui discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição, o que justifica o presente estudo:

k) Preocupados com o fato de que, não obstante esses diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra

sua participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo.

Sendo assim, reforça a ideia da cooperação internacional como meio para combater toda e qualquer ofensa aos direitos e liberdades devidos a todo ser humano garantidos tanto pela ordem jurídica global quanto pelos sistemas locais, na tentativa de corrigir as situações de desvantagem a que estão expostas essa minoria e reintegrá-las ao meio social fornecendo igualdade de oportunidades nos seguintes termos:

y) Convencidos de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos.

Tecidas as considerações iniciais a respeito dos conceitos adotados pela Medicina para definição dos transtornos mentais e o que seria a saúde mental, bem como sobre as classificações da mencionada deficiência, passa-se a pormenorizar, a seguir, sobre como o mundo adoeceu mentalmente e quais os mecanismos internacionais que amparam esse grupo de pessoas marginalizadas da sociedade.

3.1. A crise global de saúde mental

Para que se entenda o ponto fulcral da atual situação alarmante frente às estatísticas atinentes aos casos de pessoas com deficiência mental no mundo afora, necessário se faz um resgate histórico para melhor compreensão dos variados olhares postos sobre a situação no curso da linha do tempo.

Pontua Piovesan (2013, p. 283) que, quanto aos direitos humanos das pessoas com deficiência, seu contexto histórico compreende quatro fases, a saber:

a) uma fase de intolerância em relação às pessoas com deficiência, em que a deficiência simbolizava impureza, pecado, ou mesmo, castigo divino; b) uma fase marcada pela invisibilidade das pessoas com deficiência; c) uma terceira fase orientada por uma ótica assistencialista, pautada na perspectiva médica e biológica de que a deficiência era uma “doença a ser curada”, sendo o foco centrado no indivíduo “portador da enfermidade”; e d) finalmente uma quarta fase orientada pelo paradigma dos direitos humanos, em que emergem os direitos à inclusão social, com ênfase na relação da pessoa com deficiência e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício de direitos humanos. Isto é, nessa quarta fase, o problema passa a ser a relação do indivíduo e do meio, este assumido como uma construção coletiva. Nesse sentido, esta mudança paradigmática aponta aos deveres do Estado para remover e eliminar os obstáculos que impeçam o pleno exercício de direitos das pessoas com deficiência, viabilizando o desenvolvimento de suas potencialidades, com autonomia e participação. De “objeto” de políticas

assistencialistas e de tratamentos médicos, as pessoas com deficiência passam a ser concebidas como verdadeiros sujeitos, titulares de direitos. (grifo nosso)

Como exposto, num primeiro momento, em razão da influência religiosa, do pouco conhecimento da ciência e do temor criado em torno da questão, essa fase foi marcada pela intolerância e marginalização de pessoas com transtornos mentais, os ditos “loucos”. Assim, tal concepção baseava-se em ideias mágico-religiosas que atribuíam a origem dos transtornos mentais a uma determinada força sobrenatural, verdadeira interferência dos deuses, ou mesmo, possessões demoníacas; não cabendo outra solução senão a prática de exorcismos e supliciação (tortura) para tentar resolver o problema.

Na Grécia antiga, buscou-se a associar a causa dos distúrbios mentais a desequilíbrios somáticos, oriundos dos humores corporais, sendo a melancolia, por exemplo, relacionada a um quadro de tristeza causado pela “bílis negra” do fígado. Segue em Roma com a inovação jurídica de amenizar a responsabilidade das pessoas com deficiência mental frente a ilícitos penais; o embrião das ideias de semi-imputabilidade e inimputabilidade em quadros de insanidade e embriaguez.

Alcançando-se a Idade Média, retornaram as concepções das doenças mentais como manifestações malignas em virtude do predomínio do pensamento religioso da época, o que resultou em inúmeras mortes em fogueiras e torturas, como surras, banhos gelados, sangrias, dentre outras práticas desumanas em nome de uma dita “cura” para o mal ali posto.

Inaugurada a Era do Capital, o movimento industrialista não poderia contar com a “massa improdutiva” representada pelos grupos dos doentes mentais, mendigos e criminosos; assim, a melhor solução encontrada foi o isolamento; excluí-los do mundo da nova ordem mundial foi a alternativa escolhida, plantando-se a semente das ideias manicomiais. O estigma em torno das “anomalias mentais” perdurou até o final do século XVIII.

Apenas em 1789, no contexto de insurgência contra o regime absolutista, e sob os ideais revolucionários de liberdade, igualdade e fraternidade, é que o médico francês Phillippe Pinel protagonizou o movimento da medicina em desenvolver tratamento mais humano às pessoas com transtornos mentais, estimulando o estudo aprimorado sobre tais patologias por meio de observações longas e detalhadas.

Desse modo, outras possíveis causas para as doenças mentais foram surgindo, não mais baseadas em justificativas místico-religiosas, mas na ciência, na pesquisa de tóxicos influenciadores do comportamento humano, definição da esquizofrenia e categorização dos doentes em classes indicativas da gravidade do quadro patológico e predisposição para

desenvolver o transtorno. Dentre as técnicas terapêuticas adotadas à época, encontra-se a hipnose.

Paralela à escola francesa de Medicina, focada no aspecto clínico das doenças mentais, em outra parte da Europa, mais precisamente na Alemanha, uma nova corrente surgiu para explicar o inexplicável: a psiquiatria. Encontrou na figura do médico austríaco Sigmund Freud a liderança do movimento científico que buscou compreender o psiquismo e sua estreita relação com os processos físicos e fisiológicos do corpo humano. O Pai da Psicanálise assim desenvolveu os conceitos de “inconsciente e repressão” para demonstrar suas convicções de que o comportamento humano poderia ser afetado por determinadas emoções atreladas a ideias contidas.

No que tange à terapêutica medicamentosa, é a partir do século XIX que o uso de substâncias, como Haldol, passa a ser difundido no tratamento de doenças do sistema nervoso; porém, foi ao término da Segunda Guerra Mundial, que ganhou grandes proporções. Sobre outras alternativas mais agressivas, destaca-se que, no final dos anos de 1930, as práticas do tratamento de choque e lobotomia foram amplamente disseminadas sem qualquer base teórica, apenas sob o fundamento de testes em animais.

Como visto, foi árdua a trajetória percorrida para que as pessoas com deficiência mental deixassem de ser meros objetos de políticas públicas, como se fossem um “problema” a ser solucionado, para se tornarem verdadeiros sujeitos de direitos num processo de construção coletiva a fim de reinseri-los no meio social e dar-lhes novas formas de acomodação aos grupos em geral.

De modo rápido, na linha do tempo demonstrada, nota-se que não se constitui uma novidade o adoecimento mental; pelo contrário, sempre esteve presente na história da humanidade, porém, em virtude do pouco conhecimento sobre a patologia e, dada sua invisibilidade no que se refere a sinais ou manifestações físicas da doença, diversas medidas desumanas foram utilizadas para tentar solucionar os casos.

Ocorre, contudo, que, por força da hodierna pressão social por resultados rápidos, da precarização ou “uberização” das relações de trabalho, bem como do excesso de informações bombardeadas a todo instante no mundo digital — que também traz consigo novos malefícios, como o *cyberbullying*, o vício em redes sociais, dificuldades de concentração, distorção da realidade, depressão, fobia social, dentre vários outros prejuízos à saúde mental — o número de pessoas acometidas por transtornos de ordem psíquica tem aumentado vertiginosamente.

O Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz — Fiocruz (2008), baseado no estudo publicado pela revista britânica *The Lancet*, aponta ainda como outros fatores para a crise global de saúde mental alterações nas condições demográficas, disparidades socioeconômicas e, inclusive, aspectos ambientais, notadamente no que concerne a mudanças climáticas, como se vê:

Múltiplas transições enfrentadas pela população global também estão relacionadas ao cenário da saúde mental deficiente, em especial, no que diz respeito ao aumento de alguns determinantes sociais (como pandemias, conflitos e deslocamentos), aumento da desigualdade global, incertezas econômicas e políticas, urbanização rápida e ameaças ambientais (como o aumento dos desastres naturais associados a mudanças climáticas). Essas transições levam a um aumento do número de pessoas em situação de risco para o aparecimento de transtornos mentais. (grifo nosso)

Números preocupantes foram sinalizados por Doniec et al. (2018), também com base no estudo elaborado pela revista médica britânica *The Lancet*, que apontou para as consequências da morosidade em solucionar o problema, tais como o impacto na economia de 16 trilhões de dólares, até 2030, caso os transtornos mentais atinjam pessoas em idade ativa. Acrescentou, ainda, o dado de que 13,5 milhões de indivíduos ao ano poderiam ser salvos da morte se a eles fosse oferecido tratamento adequado.

Como se pode verificar acima, é inegável que o mundo se encontra em cenário de crise frente ao adoecimento mental populacional. Urge que se trate o problema de maneira incisiva sob pena de prejuízos de ordem física (integralidade da saúde humana), social e, como demonstrado, inclusive econômica. Situação alarmante que ensejou a elaboração da pesquisa ora desenvolvida, pois medidas prementes devem ser adotadas em conjunto por toda a comunidade internacional.

Assim, um primeiro passo no plano teórico seria a criação e o reforço de tratados e leis com o fito de resguardar os já acometidos pelos transtornos psíquicos, amparando-os com toda sorte de direitos e combatendo as possíveis violações contra eles empreendidas, bem como de atuar profilaticamente sobre os grupos de risco para que não desenvolvam tais patologias. Sucede-se a discussão jurídica nos itens subsequentes.

3.2. Evolução normativa no plano internacional

Como visto anteriormente, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, representou um grande salto para que as questões relativas à deficiência passassem a ocupar o centro das preocupações da sociedade, de maneira que esse movimento

de cooperação global abriu o caminho para a reintegração social dessa minoria, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e peças fundamentais para o desenvolvimento humano e socioeconômico da sociedade.

Todavia, a luta internacional no campo da saúde não se limita apenas ao instrumento supramencionado; pelo contrário, é cediço que, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com a criação da ONU, em 24 de outubro de 1945, vários mecanismos foram elaborados com o intuito de promover bons níveis de saúde no mundo. Para isso, constituíram-se diversos organismos capazes de colaborar com a proposta, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como iniciativas da própria Assembleia Geral e do Conselho Econômico e Social, além de esforços em áreas específicas, como o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS), o trabalho do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) em apoio à saúde do adolescente, reprodutiva e materna e as atividades relacionadas à saúde do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Outrossim, as Nações Unidas também elencam como parceiros que desempenham papel fundamental na promoção da saúde global: a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados Palestinos (UNRWA), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e o Banco Mundial, entre outros.

Explorando o histórico de criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja Constituição entrou em vigor em 7 de abril de 1948, inicialmente adotou como prioridades intervenções com foco em doenças como malária, tuberculose, DSTs, além da saúde da mulher e crianças, nutrição e saneamento ambiental. Ainda no ano de 1948, também recebeu a incumbência de elaborar a mencionada Classificação Internacional de Doenças - CID, que funciona como padrão clínico e epidemiológico.

Dentre as muitas conquistas da OMS, desde sua concepção, algumas merecem destaque, tais como a redução, em mais de 95%, da prevalência global da deficiência física conhecida como boubá; o caso único de erradicação por completo da doença infecciosa varíola, além da erradicação da pólio entre os anos de 1988 a 2006 em mais de 99%. Atua ainda a OMS frente às emergências humanitárias, o que levou à instituição do Regulamento Sanitário Internacional com fins de prevenir doenças crônicas e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde.

Atendo-se ao foco do presente estudo, a saber, o campo da saúde mental, destaca-se que a Constituição da OMS de 1948 já previa em seu artigo 2º, inserto no Capítulo II - Das Funções, ações voltadas para essa área quando preceituou que, para atingir seu objetivo, deverá, dentre outras ações: **“m) promover atividades no campo da saúde mental, especialmente aquelas que afetam a harmonia das relações humanas”**.

Uma importante iniciativa global da OMS para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde mental, bem como promover os direitos humanos das pessoas com incapacidades psicossociais, intelectuais e cognitivas é o QualityRights. Este instrumento reconhece a vulnerabilidade do grupo em questão, o qual sofre inúmeras violências que vão desde o estigma impregnado na sociedade até as internações compulsórias em clínicas psiquiátricas onde recebem tratamentos desumanos, negligentes e abusivos emocional, física e sexualmente.

Destarte, elenca como seus objetivos precípuos:

- 1) Capacitar as pessoas para o combate do estigma e da discriminação, e para promover os direitos humanos e o processo de recovery;
- 2) Melhorar a qualidade dos cuidados e as condições de direitos humanos nos serviços de saúde mental e serviços relacionados;
- 3) Criar serviços baseados na comunidade e orientados para o recovery que respeitem e promovam os direitos humanos;
- 4) Desenvolver um movimento da sociedade civil que realize advocacia e influencie as decisões políticas;
- 5) Reformar a legislação e as políticas nacionais de acordo com a CDPD e outros padrões internacionais de direitos humanos.

Há que se mencionar, também, o lançamento, no ano de 2008, do programa mundial de ação para reduzir as brechas em saúde mental (mhGAP), intuindo combater a falta de cuidados de saúde, notadamente em países de baixa e média renda, servindo como um guia baseado em evidências para aumentar os serviços para pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas.

Objetiva, ainda, o referido programa aumentar a capacidade do sistema de cuidados primários de saúde para prestar um conjunto integrado de cuidados através de capacitação, apoio e supervisão, por entender que não são necessários gastos elevados com tecnologias sofisticadas para atacar o problema em questão, mas apenas a prestação de cuidados de saúde não especializados.

Como ferramenta técnica para implementação do programa mhGAP, a OMS criou um manual de intervenções, mediante procedimento prévio consultivo e participativo, para auxiliar na prestação de cuidados primários e secundários, através de protocolos para tomadas de decisões clínicas, especialmente em locais com recursos limitados, o chamado “Manual MI-

GAP de Intervenções para Transtorno Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde”.

Em seu bojo, o Manual MI-GAP traz conceitos sobre princípios gerais de cuidados, além de módulos explicativos sobre a depressão, psicose, transtorno bipolar, epilepsia, transtornos do desenvolvimento, transtornos comportamentais, demência, uso de álcool, uso de drogas, suicídio e finaliza abordando o tema das intervenções psicossociais avançadas.

A escolha pelo foco nas patologias mencionadas se deve ao motivo de representarem um grupamento com alto índice de mortalidade, morbidade ou incapacidade, o que demanda elevados custos e geralmente estão associadas a violações de direitos humanos. Estima-se que, em todo o mundo, 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano — uma a cada 40 segundos —, sendo esta a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Cumpra esclarecer que, a cada cinco anos, as diretrizes e o próprio MI-GAP são revistos e atualizados para melhor adequação às novas situações de adoecimento e formas diferenciadas de manifestação das doenças, de maneira a facilitar o trabalho de médicos, enfermeiros e toda equipe multiprofissional da rede de atenção básica de saúde. Ressalte-se que não constitui objetivo deste manual a abordagem quanto ao desenvolvimento de serviços, pois é tarefa de outros instrumentos da OMS que se ocupam da avaliação de serviços de saúde mental, além do Pacote sobre Política de Saúde Mental e Guia de Serviços e materiais específicos sobre a integração da saúde mental nos cuidados gerais de saúde.

Sobre o modo como deve ser implementado o mhGAP em cada nação, orienta o Manual (2010, p. 11) a prática do *advocacy*, a saber, da preparação de um plano de ação para a conseqüente disseminação do mesmo, como se vê:

A implementação num dado país deveria começar com uma reunião dos principais interessados, com a avaliação das necessidades e a identificação das barreiras para sua ampla disseminação. Isto deveria levar à preparação de um plano de ação para a ampla disseminação, advocacy, desenvolvimento e reorientação de recursos humanos, orçamento e financiamento, desenvolvimento de um sistema de informações sobre as condições prioritárias, e monitoração e avaliação. (grifo nosso)

Dentre outros instrumentos internacionais fundamentais sobre os direitos humanos das pessoas portadoras de deficiência mental, destacam-se os tratados das Nações Unidas: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiências (CRPD), Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), Pacto Internacional sobre direitos civis e políticos (PIDCP), Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou punições cruéis,

desumanos ou degradantes (CAT), Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), Convenção sobre os direitos da pessoa com incapacidades e protocolo original e a Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC).

Também necessário mencionar os seguintes tratados regionais: Carta Africana de Direitos Humanos e Direitos dos Povos, Convenção Americana sobre Direitos humanos, Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - Protocolo de San Salvador, Convenção Interamericana sobre todas as formas de discriminação Contra pessoas com Deficiências, Convenção Interamericana para Prevenir e punir a tortura, Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e liberdades fundamentais e a Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes.

Importante frisar, por fim, que a 66ª Assembleia Mundial da Saúde engendrou uma significativa conquista internacional para solucionar este problema estigmatizante que acomete o mundo: o lançamento de um plano de ação que reclama mudanças enérgicas para o combate da discriminação contra essa minoria e consequente expansão dos serviços a ela destinados.

O mencionado Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS intui fornecer serviços de assistência à saúde mental e assistência social abrangentes, integrados e responsivos no campo comunidade. De acordo com o Atlas de Saúde Mental da OMS de 2014, mais de 45% da população mundial vivem em países onde há menos de um psiquiatra para cada 100.000 pessoas e ainda menos neurologistas.

Assim, visando o alcance das metas globais, em um movimento de ação coletiva, o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS concentra seu eixo de atuação em quatro principais objetivos (quase sempre associados a uma ou duas metas específicas), quais sejam:

- fortalecer liderança e governança eficazes para a saúde mental;
- fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em contextos comunitários;
- implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental;
- fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas em saúde mental.

Dito isto, quanto aos desafios do porvir, no que se refere ao âmbito da saúde mental global, Doniec et al. (2018), com base no estudo divulgado pela revista médica britânica *The Lancet*, alerta para que as nações se voltem para o investimento em ações de promoção da saúde mental, como se vê:

O estudo apontou os cinco maiores desafios para a saúde mental global: integrar pacotes de serviços de saúde mental à rotina da atenção primária à saúde;

treinar profissionais de saúde em países de média e baixa renda, para promover o cuidado baseado em evidências de crianças com transtornos neurológicos, mentais e por uso de substâncias químicas; fortalecer o componente de saúde mental no treinamento de profissionais de saúde; investir em cuidados no âmbito comunitário e reabilitar pessoas com transtornos mentais crônicos; e melhorar o suprimento de drogas psicotrópicas para transtornos mentais, neurológicos e gerados por uso de substâncias químicas. (grifo nosso)

Asseverando o exposto, o secretário-geral da ONU, António Guterres, reconhece que “a saúde mental foi negligenciada por muito tempo” e que o tema precisa ser abordado com urgência, tendo em vista ser um revés “que diz respeito a todos nós”. Sobre as medidas econômicas, admitiu que “precisamos de mais investimentos em serviços. E não devemos permitir que o estigma afaste as pessoas da ajuda de que precisam”, disse. “Não há saúde sem saúde mental”.

Isto posto, realizados os apontamentos relativos à evolução normativa no plano internacional dos instrumentos de proteção e promoção da saúde mental, a pesquisa balizará sua abordagem em torno da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

3.3. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Um dos primeiros tratados internacionais de direitos humanos introduzido no ordenamento jurídico pátrio por força do §3º do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram incorporados ao direito brasileiro com status de norma formalmente constitucional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 10 de julho de 2008.

Frise-se que não se trata apenas de norma materialmente constitucional, como ocorre com os tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte, nos termos do §2º do artigo 5º da Constituição Federal de 1988; vai além, pois a referida Convenção acumulou também status formal constitucional, o que lhe confere a prerrogativa de não poder ser objeto de possível denúncia, ou seja, é defesa a retirada estatal de determinado tratado de maneira unilateral, como explica Piovesan (2013, p. 140):

Diversamente dos tratados materialmente constitucionais, os tratados material e formalmente constitucionais não podem ser objeto de denúncia. Isto porque os direitos neles enunciados receberam assento no Texto Constitucional, não apenas pela matéria que veiculam, mas pelo grau de legitimidade popular contemplado pelo especial e dificultoso processo de sua aprovação, concernente à maioria de três quintos dos votos dos membros, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos de votação. Ora, se tais direitos internacionais passaram a compor o quadro constitucional, não só no campo material, mas também no formal, não há como admitir que um ato isolado e solitário do Poder

Executivo subtraia tais direitos do patrimônio popular — ainda que a possibilidade de denúncia esteja prevista nos próprios tratados de direitos humanos ratificados, como já apontado. É como se o Estado houvesse renunciado a essa prerrogativa de denúncia, em virtude da “constitucionalização formal” do tratado no âmbito jurídico interno.

Em suma: os tratados de direitos humanos materialmente constitucionais são suscetíveis de denúncia, em virtude das peculiaridades do regime de Direito Internacional público, sendo de rigor a democratização do processo de denúncia, com a necessária participação do Legislativo. Já os tratados de direitos humanos material e formalmente constitucionais são insuscetíveis de denúncia. (grifo nosso)

Segundo a OMS, o número de indivíduos com deficiência no mundo atingiu o patamar de uma em cada sete pessoas, totalizando cerca de 1 bilhão de pessoas, o que representa aproximadamente 10% da população mundial. Em nível nacional, dados do Ministério da Saúde (Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil) apontam que 24% da população brasileira, sofrem com alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência.

Diante do número expressivo de casos de pessoas com deficiência e, levando em consideração a situação de vulnerabilidade a que se encontram postas, é que a Resolução nº 61/106 da Assembleia Geral da ONU adotou em 13 de dezembro de 2006 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Vigente a partir de 3 de maio de 2008, tal convenção representou os anseios da comunidade internacional em romper com o ciclo vicioso de anos de marginalização para com as pessoas com deficiência e inaugurar um novo momento propiciador de oportunidades de desenvolvimento igualitárias a todos.

Admitindo em seu preâmbulo que o conceito de deficiência se encontra em evolução, a mencionada Convenção inovou quando da associação entre deficiência e o meio ambiente, posicionando-a como produto das interações entre o indivíduo e as barreiras encontradas na sociedade para o desenvolvimento pleno de suas potencialidades.

Em seu artigo 1º, esclarecendo seus propósitos de assegurar o gozo equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência, assim as define:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (grifo nosso)

Destarte, resta evidente a aceitação da ideia de que o meio ambiente e sua conjuntura econômica e social influenciam no desencadeamento e/ ou agravamento de determinadas deficiências, cabendo aos Estados-partes compreender tal perspectiva e se mover administrativamente e legislativamente no sentido de implementar os direitos previstos na

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, não olvidando da participação ativa desse grupo em todos os movimentos decisórios atinentes a programas e políticas que as elas dizem respeito, seja por meio próprio ou de seus representantes (art.4.4).

Adiante, em seu artigo 2º, a Convenção alerta para as possíveis situações de discriminações a que estão sujeitas as pessoas com deficiência, estigmatizadas em razão de cor, sexo, etnia, raça, religião, origem social, dentre outros fatores de distinção baseados na deficiência, senão vejamos:

Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável. (grifo nosso)

Ainda sobre o posicionamento esperado por parte dos Estados participantes da Convenção, Piovesan (2013, p. 284-285) destaca a introdução da expressão *reasonable accommodation* para apontar os deveres estatais de ajustes, adaptações e/ ou modificações adequadas para possibilitar às pessoas com deficiência o perfeito gozo de direitos humanos em igualdade de condições com as demais. Assim, também constitui forma de discriminação nas esferas pública e privada a transgressão ao *reasonable accommodation*.

Quanto ao embasamento principiológico, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu artigo 3º, elencou como elementos norteadores para sua consecução o respeito à dignidade, à autonomia individual, às diferenças e aceitação das mesmas como parte da diversidade humana, dentre outros preceitos, nos seguintes termos:

Os princípios da presente Convenção são:

- a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;**
- b) A não-discriminação;**
- c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;**
- d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;**
- e) A igualdade de oportunidades;**
- f) A acessibilidade;**
- g) A igualdade entre o homem e a mulher;**
- h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade. (grifo nosso)**

Na sequência, em seus artigos subsequentes, de 10 a 30, estatui os direitos que assistem às pessoas com deficiência, quais sejam: direitos à vida, à proteção e segurança frente a situações de risco e emergências humanitárias, ao igual reconhecimento perante a lei, ao acesso à justiça, à liberdade e à segurança, à prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas

cruéis e também face à exploração, violência e abuso, à integridade pessoal, à liberdade de movimento e à nacionalidade, à vida independente, à liberdade de expressão e opinião, ao acesso à informação, ao respeito à privacidade, ao lar e à família, à educação, à saúde, ao trabalho, à participação na vida política e pública e à participação na vida cultural, de recreação, lazer e esporte.

Para um melhor mapeamento das necessidades locais e consequente implementação de políticas reservadas à execução da referida Convenção, a mesma recomenda aos Estados Partes, em seu artigo 31, a coleta de informações (estatísticas e de pesquisa) com vistas a identificar os tipos de barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência quando do exercício de seus direitos, sempre à luz das normativas internacionais e de proteção de dados.

Tais estatísticas deverão ser disseminadas por toda comunidade internacional que, em ato de cooperação, reconhecem que a soma de esforços para a consecução da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (artigo 32) é medida necessária para que haja intercâmbio de ideais e ações entre representantes de pessoas com deficiência, sociedade civil e organismos internacionais e regionais, com vistas ao compartilhamento de conhecimentos científicos que proporcionem melhorias na inclusão das minorias.

De mais a mais, intuindo promover, proteger e monitorar a implementação dos direitos estabelecidos pela Convenção, aos Estados Partes coube a tarefa de desenvolver mecanismos jurídicos e administrativos capazes de assegurar a consecução de tais garantias, sem prejuízo da participação ativa nessa marcha da sociedade civil e seus órgãos representativos de pessoas com deficiência.

Pensando nessa perspectiva, o artigo 34 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência traz à baila a concepção da figura do “Comitê” para o desempenho de algumas funções assecuratórias do monitoramento almejado. À frente do Comitê, inicialmente com 12 peritos em direitos humanos e deficiência, quando da sua criação, tais agentes devem atuar de maneira pessoal, não governamental, como já acontece no âmbito das Nações Unidas com outros tratados de direitos humanos por meio do instituto dos órgãos de tratado (*treaty bodies*).

Com ilibada reputação, competência e expertise no assunto atinente aos direitos humanos das pessoas com deficiência, a eleição dos membros do Comitê eleitos pelos Estados Partes levou em consideração a distribuição geográfica equitativa, bem como a variedade de sistemas jurídicos e formas de civilização existentes, a representação harmônica quanto ao gênero e a efetiva participação de peritos com deficiência. Quanto ao período de mandato, corresponde ao intervalo de quatro anos, permitida uma única reeleição.

Em conjunto com o Comitê, a exigência do envio de relatórios por parte dos Estados participantes da Convenção também contribui para o processo de monitoramento das ações a serem implementadas na medida em que demanda que se apontem fatores e dificuldades encontradas pelo poder estatal quando do cumprimento de suas obrigações decorrentes do documento assinado.

Isto posto, encadeadas as ideias atinentes à proteção internacional dirigida às pessoas portadoras de transtornos mentais, no atual contexto da crise global de adoecimento de ordem psíquica, a pesquisa restringirá adiante seu foco à realidade brasileira, elucidando a marcha legislativa desenvolvida nesse âmbito, da conjuntura do movimento da reforma sanitária até a contemporaneidade.

4. CAPÍTULO III - A PROTEÇÃO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL

Na mesma esteira da abordagem supra, ainda tratando sobre a proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais, volta-se o presente estudo à análise do contexto brasileiro de saúde ante a problemática. Para além da análise legislativa, far-se-á também um apanhado histórico das variadas intervenções terapêuticas utilizadas no país no contexto do movimento da Reforma Sanitária e de relatos jornalísticos referentes à tragédia em Barbacena - MG, bem como um breve recorte do Caso Damião Ximenes Lopes.

Conhecido como o país mais ansioso de toda a América Latina, o Brasil ocupa posição preocupante no ranking global e, segundo dados da OMS, é a nação com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo inteiro e o quinto em casos de depressão. De acordo com pesquisas do órgão, 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e a depressão afeta 5,8% da população.

Antes de adentrar na discussão a respeito de como eram tratados os doentes ao longo do século passado, faz-se mister estabelecer a diferença entre as duas principais visões existentes sobre a terapêutica utilizada no tratamento de transtornos mentais. No capítulo 2 do presente estudo, foram explanados os principais conceitos médicos e classificações patológicas de saúde mental nos moldes da segmentação preconizada pela OMS, a saber, CID-10.

De posse de tais informações, é possível que se compreenda sem muito esforço as perspectivas distintas de enfrentamento ao problema da saúde mental como um todo, em outras palavras, o que está em questão é a maneira como se explicam as doenças e qual sua melhor forma de cura. Tratam-se dos modelos biomédico e do arquétipo biopsicossocial.

Nos dizeres de Fritjof Capra (1998, p. 103), o modelo biomédico seria fruto do pensamento cartesiano de Descartes, ou melhor, originado da fusão entre a medicina e a visão mecanicista da vida apregoada pela biologia, bem como pela ciência de Galileu Galilei e Isaac Newton. Exemplificando, o corpo seria como uma máquina com várias peças e a doença representaria o mau funcionamento de algum mecanismo biológico. Sendo assim, caberia ao profissional médico consertar o defeito mediante intervenções físico-químicas para restabelecer o equilíbrio corporal.

Ainda hoje é notório o uso desse método em clínicas de qualquer especialidade, em que a medicina se reduz à investigação de sinais e sintomas, sem a preocupação com a interação do indivíduo com o meio e contexto em que vive, direcionando o processo saúde-

doença à ausência de aspectos fisiológicos em desordem. Nesse sentido, Cutolo (apud Costa, 2013) assinala que o modelo biomédico ou mecanicista é:

[...] caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização (Cutolo, 2006 pág.16).

Como elucidada George Engel (apud CAPRA, 1982, p.103), até os dias de hoje, a medicina se baseia "nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina". Tal visão mecanicista, característica do modelo biomédico, reduz a saúde a um mero funcionamento maquinal contrapondo-se à visão holística difundida pela OMS.

Na contramão da compreensão biomédica, encontra-se o modelo biopsicossocial, o qual enxerga integralmente o indivíduo; trata-se de uma visão sistêmica que engloba não apenas aspectos físicos/ biológicos, mas também os de ordem psicológica e social. Com foco na prevenção, a perspectiva biopsicossocial é assim definida por Silva et al. 2011 (apud COSTA, 2013):

O foco neste modelo não é apenas a doença em si e o tratamento delas, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros, os quais também devem ser considerados para que o tratamento seja eficaz (SILVA et al. 2011 apud Costa, 2013).

Com base nessas ideias é que se discute a influência dos chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no processo de adoecimento. Conforme a Teoria da Determinação Social de Saúde, múltiplos fatores impactam, positiva ou negativamente, no estado geral de saúde do indivíduo, desde o seu contexto de necessidades de alimentação, moradia, renda, dentre outros, até condições externas, como saneamento básico e meio ambiente saudável para se viver:

De acordo com Pellegrini (2011), os DSS são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde de forma positiva ou negativa e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário de fatores como idade, sexo e genética, que também influenciam a saúde, mas que, em geral, não poderiam ser modificados pela ação humana. Na literatura, no âmbito dos DSS, são frequentemente mencionados os seguintes determinantes: saneamento, inclusão social, transporte, segurança, modelo de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, droga adição, lazer, emprego, educação, paz, renda, estresse, primeiros anos de vida, rede de suporte social, renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável (DOWBOR, 2008). Isso demonstra as limitações setoriais e o caráter multisetorial da saúde, o que viria a impulsionar o debate da intersectorialidade, a partir da Conferência de Ottawa de 1986, como estratégia fomentadora de mudanças nas condições de saúde das populações (CARTA DE OTTAWA, 1986). (GONZALEZ, 2015, p. 27)

Esclarecidas as diferenciações de modelos terapêuticos, ficou nítida a influência exercida pelo método cartesiano sobre a medicina ocidental; antes, segmentado em corpo e

alma, o ser humano era alvo de intervenções mágico-religiosas com vistas à cura do “mal”, à expulsão dos espíritos malignos; após o influxo renascentista de Descartes, passou a vigor a divisão entre corpo e mente, o que levou os profissionais de saúde a negligenciar aspectos emocionais e ambientais no curso do desenvolvimento patológico, concentrando-se apenas em combater os sintomas biológicos causadores de “defeito” no corpo-máquina:

Quanto ao tratamento, o método preferido consiste em tratar as doenças mentais com medicação, que controla os sintomas do distúrbio, mas não o cura. E está ficando cada vez mais evidente que esse tipo de tratamento é contraterapêutico. De uma perspectiva holística de saúde, a doença mental pode ser vista como resultante de uma falha na avaliação e na integração da experiência. De acordo com esse ponto de vista, os sintomas de um distúrbio mental refletem a tentativa do organismo de curar-se e atingir um novo nível de integração. A prática psiquiátrica corrente interfere nesse processo de cura espontânea ao suprimir os sintomas. A verdadeira terapia consistiria em facilitar a cura fornecendo ao paciente uma atmosfera de apoio emocional. Em vez de ser suprimido, permitir-se-ia que o processo que constitui um sintoma fosse intensificado em tal atmosfera, e a autoanálise contínua culminaria em sua plena experiência e consciente integração, completando assim o processo de cura. (CAPRA, 1982, p.124)

Necessário esclarecer esses pontos porque ajudam na compreensão de que houve, com o passar dos anos, diversas concepções de doenças que se refletiram diretamente na escolha do tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais. Acerca do tema, apresentam-se neste momento as principais formas de intervenção adotadas no Brasil, desde o período colonial até a contemporaneidade.

Três séculos se passaram para que a nação desfrutasse de uma estrutura de saúde satisfatória à época; o período colonial, de fato, desenvolveu-se apenas com a chegada da família real ao Brasil, o que deu o impulso inicial para a criação de diversas instituições de saúde, mantidas tanto pelo aparato estatal quanto pela iniciativa privada. Findado o Império e durante a Primeira República, a atenção aos portadores de doença mental era desenvolvida sobretudo por ações de caridade; frise-se, à luz do modelo biomédico:

No campo da assistência médica, uma divisão de responsabilidades se estabeleceu precocemente, já no fim do Império e na Primeira República, com o desenvolvimento de um conjunto de serviços privados, filantrópicos e mutualistas: enquanto o Estado especializava-se na atenção a segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública – os loucos e os portadores de doenças infectocontagiosas –, as santas casas assumiam o cuidado dos pobres, as comunidades de imigrantes e os sindicatos organizavam suas beneficências, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar (GERSCHMAN; SANTOS, 2006 apud ROMERO, 2006, p.3).

Incontestemente que o primeiro modelo apontado se relaciona a uma forma de intervenção baseada na sintomatologia; assim, objetiva precipuamente extirpar o mal causador da doença; o que não ocorre no arquétipo biopsicossocial, o qual propõe um método baseado

na profilaxia e promoção da saúde, identificando os fatores determinantes que impactam diretamente no processo saúde-doença, para além da simples análise de aspectos físicos.

Delimitando para o campo da saúde mental, o que se nota é que a terapêutica utilizada pela maioria dos profissionais visa identificar o mecanismo central o causador do distúrbio para contra atacá-lo com um medicamento, fazendo cessar o quadro de alterações orgânicas apresentado. Nosologicamente falando, se há vestígios de alucinações auditivas/visuais, nada que um antipsicótico não resolva; e assim seguem com a identificação objetiva das “armas” medicamentosas adequadas a cada caso sem, contudo, analisar que há outras múltiplas intervenções terapêuticas menos agressivas que uma internação compulsória para dopar de remédios o doente.

Necessário se faz relembrar um período obscuro vivenciado no país semelhante ao que houve na Alemanha no século passado. Lá, o holocausto ocorreu no campo de concentração de Auschwitz; aqui, na cidade mineira de Barbacena, interior de Minas Gerais. O Colônia, como era conhecido o maior hospício do Brasil, foi o cenário de morte de mais de 60 mil brasileiros entre os anos de 1930 e 1980. Em lugar de judeus, as vítimas eram não apenas os portadores de transtornos mentais, mas os 70% que não possuíam diagnóstico de patologia mental eram mulheres que não se encaixavam nos padrões sociais, garotas que perdiam a virgindade antes do tempo, irmãos que eram colocados no “trem de doido” para não participarem da partilha de herança ou mesmo quando um homem desejava se casar com a amante e enviava para local a esposa atual.

Hoje transformado no Museu da Loucura, o Colônia foi cenário de inúmeras atrocidades. Frio, fome, situação de extrema miserabilidade e condições insalubres de sobrevivência. A maioria andava nu; refeição, quando tinha, era o café; a água era a de esgoto mesmo e em casos extremos, até ratos e fezes eram ingeridas num ambiente que mais parecia um inferno. Mães que davam à luz ali, sequer tinham tempo de amamentar seus bebês; tão logo nasciam, eram retirados do seu colo para doação.

Lá, estima-se que foram mortos 1 milhão de judeus; aqui, o holocausto atingiu a marca de 60 mil mortos. Mas lidar com tantos corpos não representou um problema, pelo contrário, não bastassem as atrocidades de tratamento cruéis empregados, como banhos gelados e eletrochoques para conter as crises dos pacientes, viu-se naquele momento uma oportunidade para lucrar com a miséria alheia. Um corpo era uma moeda. Várias faculdades de medicina à época adquiriram quase dois mil corpos para subsidiar estudos anatômicos aos acadêmicos.

A denúncia em forma de livro, encabeçada pela jornalista Daniela Arbex, em sua obra intitulada “Holocausto Brasileiro”, assim pontua:

De lá pra cá, os discursos ganharam novo viés, como a necessidade de extinção dos leitos de baixa qualidade, com a garantia de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. E apesar dos equívocos e acertos na construção de um novo paradigma para a saúde pública, a loucura ainda é usada como justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida. É como se a existência pudesse ser reduzida à sua dimensão biológica e para todos os sentimentos existisse um remédio capaz de aliviar sintomas e de transformar realidade em fuga.

Assim, exposta toda a situação de miserabilidade e condições desumanas do local, teve fim o maior genocídio em instalações terapêuticas voltadas ao tratamento mental, mas a guerra não foi facilmente vencida e a batalha legislativa para que se chegasse a diversas melhorias no sistema de saúde será a seguir explorada.

4.1. A evolução legislativa da saúde mental no Brasil

Expostas as considerações iniciais do presente capítulo, direciona-se a discussão para o âmbito normativo, com o intuito de destacar os principais marcos legislativos que culminaram na promulgação da Lei “Paulo Delgado” ou Lei da Reforma Psiquiátrica, a saber, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Como já analisado no contexto histórico, nota-se que o mundo ocidental se movimentou em favor da proteção e difusão dos direitos humanos após a Segunda Guerra Mundial, ecoando tardiamente na América Latina na década de 90, quando, então, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, da qual resultou a Declaração de Caracas.

Esse documento reconheceu de plano que as práticas de assistência psiquiátrica utilizadas na época eram deveras incompatíveis com o novo modelo de saúde integral, comunitário, descentralizado, preventivo e cooperativo adotado mundialmente. Posicionou-se de maneira contrária aos métodos manicomialistas de outrora, reconhecendo que o isolamento hospitalar só contribuía para a incapacidade social dos enclausurados e que a estratégia adequada para o combate do problema seria o investimento na Atenção Primária de Saúde, com foco nas necessidades locais da população para elaboração de um plano de ação singular, acompanhado do estímulo à permanência do enfermo em seu meio comunitário.

Assim, traz à tona a ideia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) para o auxílio na identificação regional das deficiências e melhor desenvolvimento de programas preventivos, descentralizados e participativos, centrados na comunidade circunscrita. Como dito, a Declaração de Caracas se pôs contra o modelo hospitalocêntrico hegemônico, estimulando as nações a promover a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais por meio de leis e compromissos internacionais com vistas a reestruturar a assistência psiquiátrica.

Quase uma década depois, no Brasil, o então presidente Fernando Henrique Cardoso sanciona a Lei Federal nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, a qual dispunha sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. Inspiradas nas chamadas “empresas sociais” do contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana, o que se pretendia era promover a reinserção no mercado de trabalho de pessoas em situação de desvantagem socioeconômica, tais como os deficientes físicos e sensoriais, os deficientes psíquicos e mentais, os egressos de hospitais psiquiátricos, dentre outros elencados pelo art. 3º da referida lei:

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei:

I - os deficientes físicos e sensoriais;

II - os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;

III - os dependentes químicos;

IV - os egressos de prisões;

V - VETADO

VI - os condenados a penas alternativas à detenção;

VII - os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

Seguida dessa iniciativa legal de reintegração socioeconômica dos portadores de transtornos mentais, oito leis estaduais e várias municipais passaram a dispor sobre a temática, ocasião em que entrou em vigor a legislação federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a Lei Antimanicomial. Inicia assegurando direitos e proteção às pessoas acometidas de transtorno mental independente de “raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”.

Inovou ao enumerar direitos tanto aos doentes quanto aos seus familiares, tais como, ter acesso à melhor terapêutica de saúde conforme as necessidades em questão; ser tratado com humanidade para o alcance da sua recuperação apoiada em bases familiares, laborais e comunitárias; ser protegido contra qualquer forma de exploração e abuso, garantido o direito à privacidade de suas informações clínicas, bem como o amplo acesso aos meios de

comunicação disponíveis, com direito a questionar ao médico a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária.

Ainda elenca como direitos a ciência do maior número de informações a respeito da sua doença e da terapêutica adotada; a utilização de métodos menos invasivos no tratamento e a preferência por serviços comunitários de saúde mental. Em seguida, reforça o ônus estatal no desenvolvimento da política de saúde mental, não descartando o apoio do núcleo familiar e da sociedade em geral nas ações assistenciais de saúde.

O artigo 4º modifica substancialmente a forma pela qual se ingressa na internação compulsória, na medida em que determina que essa ação seja adotada em último caso, ou seja, quando esgotadas todas as demais possibilidades de tratamento extra-hospitalar; diferentemente do que acontecia na década de 30, época em que o Decreto Presidencial nº 24.559, de 1934, regulamentado por Getúlio Vargas, determinava como critério de internação compulsória em clínicas psiquiátricas apenas a apresentação de um simples atestado médico por parte de qualquer pessoa que manifestasse interesse no recolhimento (ARBEX, 2013, p. 225).

Verdade seja dita, logo no art. 6º são regulamentados os tipos de internação psiquiátrica e a maneira pela qual se adentra no sistema, agora, “mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, como se vê:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Interessante notar que a Lei 10.216 já se utilizava de conceitos multidisciplinares para a concepção de uma equipe de saúde voltada ao tratamento integral do paciente, em outros termos, o regime de internação deveria se desvencilhar da figura do médico como centro e autoridade única no processo saúde-doença para dar espaço, também, à assistência social, psicológica, ocupacional, de lazer, dentre outras (art. 4º, §2º), sendo defesa a hospitalização em espaços desprovidos desse grupo de saúde pluridisciplinar.

Outro ponto a ser salientado diz respeito à obrigação de comunicação à família, num prazo de vinte e quatro horas, acerca de qualquer “evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento” do paciente internado, evitando abusos e a permanência em locais insalubres com tratamento desumano, nos moldes do que acontecia em

Barbacena - MG. Além disso, houve a vedação a pesquisas clínicas sem o consentimento do recluso, sendo compulsória a comunicação aos respectivos conselhos profissionais e ao Conselho Nacional de Saúde (arts. 10 e 11 da Lei nº 10.216/2001).

Examinada a Lei da Reforma Psiquiátrica, traz-se à tona uma parte da trama envolvida na aprovação da mesma e todo o caminho árduo de mais de dez anos para sua finalização. Por influência do trabalho de Franco Basaglia acerca do tema da reforma psiquiátrica, o deputado federal Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional, em 1989, o Projeto de Lei 3.657 com o intuito de regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como extinguir de maneira paulatina todos os manicômios ainda existentes na nação.

Na Câmara dos Deputados não houve muito impasse, sendo aprovado o projeto logo no ano seguinte. O mesmo não se deu no âmbito do Senado Federal, pois, após uma rejeição de 18 votos a 4, recebeu sete novas emendas em plenário. E nessa mixórdia de manobras políticas, após longos 12 anos de tramitação, finalmente foi sancionada a Lei 12.016 no ano de 2001, vitória conquistada depois de um longo contexto de reformas e movimentos antimanicomiais na sequência destacados.

4.2. Reforma psiquiátrica brasileira

Destaca-se de pronto que o movimento aqui explorado se constituiu numa ação de cunho ideológico e político fortemente influenciado pelos ideais liberais norte-americanos de práticas profissionais inovadoras voltadas à prevenção na década de 1960, conforme destaca Arouca (apud Gonzalez, 2015, p. 40):

[...] O início do processo está situado no começo da década de 1960, quando se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica inculcando no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. (Arouca, 2003 apud ESCOREL, 2008, p. 394).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária dos anos 70 contribuiu de maneira incisiva para alterações legislativas, como a inserção do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, publicizando o sistema de saúde; ocorreu em paralelo ao movimento de redemocratização do Brasil, visando combater o sistema de saúde inadequado que vigeu durante toda a Ditadura Militar.

Outro marco para a saúde pública no Brasil se constitui na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em parceria com a

Unicef, na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão, em setembro de 1978; movimento que refletiu a necessidade global de promoção da saúde em todos os povos, baseada num modelo abrangente de universalização dos cuidados. O documento que resultou desse encontro, a Declaração de Alma-Ata, identificou “as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No período da Ditadura Militar, a abordagem no campo da saúde se restringiu a práticas individuais de assistência, deixando de lado medidas de cunho coletivo, daí a necessidade de um movimento que rompesse com os ideais vigentes à época, expandido a cobertura de cuidados para todos, remando contra a maré da privatização e em luta pela democratização dos serviços de saúde. Os esforços em conjunto de variados segmentos sociais e instituições acadêmicas “tinham como causa comum a luta pelos direitos civis e sociais entendidos como aspectos inerentes à própria democracia” (BAPTISTA, 2007 apud GONZALEZ, 2015, p.44).

Daí sua natureza política. Essencialmente encabeçado por profissionais da saúde, intelectuais socialistas e liberais, lideranças políticas do setor e demais grupos sociais representados por ações populares de bairros da periferia, o movimento da Reforma Sanitária combateu frontalmente o modelo biomédico abordado no tópico anterior, em um contexto concomitante de oposição ao regime militar:

É nesse cenário de construção da proposta de reformulação da política de saúde, com a implementação de uma efetiva Reforma Sanitária, que surge o movimento sanitário, para além de sua dimensão teórica. O movimento foi constituído, consideravelmente, por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e a partir dos DMP das faculdades de medicina influenciou o mundo acadêmico, político e sindical, atuando como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Criticava-se profundamente a antiga abordagem biologicista da medicina e discutia-se a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava compreender a relação entre saúde e sociedade (ESCOREL et al, 2005 apud GONZALEZ, 2015, p.44).

Os pilares principiológicos da Reforma Sanitária foram fincados no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada marco histórico no contexto da política de saúde do Brasil, ocorrida na cidade de Brasília, em meados de março de 1986, momento inédito que reuniu a comunidade em geral e todos os profissionais da saúde para a discussão de uma série de reformas institucionais, administrativas e financeiras com vistas a ampliar o conceito de saúde. Assim, foram aprovados por unanimidade os princípios da universalização da saúde e participação social (GONZALEZ, 2015, p. 45).

O fruto da 8ª CNS logo se refletiu no conceito de saúde adotado em seu documento final, senão vejamos: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso

a serviços de saúde”. A conquista social provocou a definitiva separação do setor de saúde com relação à Previdência Social e abriu caminhos para o nascimento do Sistema Único de Saúde, que será detalhado alhures.

A saúde no Brasil nem sempre foi gratuita, sabe-se que o gozo dos serviços estava vinculado à necessidade de contribuição periódica ao sistema de aposentadoria, como aponta Gonzalez (2015, p. 41):

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, em substituição aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), todas as contribuições previdenciárias foram concentradas, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a ser responsável pelas aposentadorias pensões e pela assistência médica de todos os trabalhadores do mercado formal, excluindo, porém, inicialmente, os trabalhadores rurais e uma série de trabalhadores urbanos informais. Segundo os mesmos autores, a saúde pública ficou em segundo plano nesse período, tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação limitava-se a campanhas de baixa eficácia (ESCOREL et al, 2005). Ainda segundo essa publicação, para agravar esse cenário, a carência de recursos para financiar o setor, que não chegavam a 2% do PIB, trazia graves consequências para a saúde da população brasileira. A alta concentração de renda, arrocho salarial e falta de opções na educação resultaram em péssimas condições de vida de expressiva arte da população, levando a altas taxas de mortalidade, sobretudo infantil, epidemias e várias outras mazelas. A repressão política, que atingiu também o setor, com cassações de direitos, prisões, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadorias compulsórias de pesquisadores, intelectuais, jornalistas, entre outros, e a falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas, foram elementos que impulsionaram o exílio de muitos profissionais.

No Brasil, por um longo tempo, o modelo terapêutico adotado foi o padrão europeu do século XIX, baseado na ideia de que o isolamento das pessoas com doenças mentais era a melhor solução, agrupando todos num mesmo conjunto criminosos, toxicômanos e ébrios habituais em verdadeiros manicômios. Quanto à legislação, frise-se que o Código Civil de 1916 os denominava “loucos de todo gênero” e a Constituição de 1934 autorizava o sequestro e cassação de direitos civis dessa minoria marginalizada, os sujeitando à curatela estatal.

Como visto, apenas ao findar da década de 1980, sob a influência da onda político-social europeia no campo da psiquiatria é que teve início o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, alterações estas que invadiram os campos jurídico e político sociocultural. Dessa maneira, a luta antimanicomial contribuiu decisivamente para a formação do pensamento humanista no tratamento dos portadores de transtornos mentais sob a égide do novo sistema de saúde gratuito e universal adotado na década de 90, o que se explorará adiante.

4.3. Movimento constitucional do sistema público de saúde e a Política Nacional de Saúde Mental

Preliminarmente, necessário se faz pontuar que o sistema de saúde brasileiro nem sempre foi público; pelo contrário, antes do advento da Constituição de 1988, os serviços e atendimentos eram voltados apenas aos que contribuíam para a previdência, de maneira que os que não tinham como pagar ficavam renegados à sorte ou, na melhor das hipóteses, eram amparados por ações de caridade das Santas Casas de Misericórdia sustentadas por grupos religiosos de influência portuguesa, instalando-se no país no período colonial em 1543. À exceção de tais filantropias, a estrutura de saúde era precária e não havia nenhuma intervenção estatal para melhoria da situação durante os três séculos que se seguiram.

Como mencionado, por meio de contribuições previdenciárias se tinha acesso aos serviços de saúde. Iniciado o século XX, após intensas lutas por avanços nessa área, trabalhadores conquistaram o direito à assistência médica e farmacológica por meio da criação empresarial de Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's. Alcinha de Lei Eloy Chaves, em virtude de infindáveis batalhas legislativas por parte do então deputado federal, também advogado, professor e promotor, Eloy Marcondes de Miranda Chaves, o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, representou uma vitória para a classe ferroviária do país.

Dentre os direitos conquistados, em contrapartida aos descontos salariais periódicos realizados pelas empresas e depositados na Caixa, dispunha o documento jurídico em seu art.9º sobre uma série de benefícios assistenciais para o trabalhador e sua família, além de garantias impenhoráveis e inalienáveis referentes à aposentadoria e até mesmo pensão por morte:

Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º, a socorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º, aposentadoria;

4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Na sequência histórica, sucede a Era Vargas. Após a Revolução de 30, o clamor social para que tais benefícios fossem estendidos às demais classes de trabalhadores foi atendido. Desde então, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões para a categoria marítima (1933), dos comerciários (1934), dos bancários (1934), dos industriários (1936) e

demais categorias profissionais. As CAP's assim foram concentradas nos IAP's e controladas pelo Ministério do Trabalho, dada sua natureza pública autárquica, até meados dos anos 80.

O médico Luiz Carlos Romero (2016, p.4) pontua que houve um verdadeiro *boom* nos serviços públicos de saúde por toda a nação no período que se sucedeu culminando com a criação do Ministério da Saúde em 1953, movimento apelidado de “sanitarismo desenvolvimentista” no contexto do Estado Novo. Durante os anos de 1950 e 1960, o setor empresarial médico ocupou o centro da prestação de cuidados em substituição às entidades beneficentes já mencionadas.

Sobrevindo o golpe de 1964, as políticas de saúde foram caracterizadas pela centralização e privatização, período marcado pela unificação da previdência em novembro de 1966, de maneira que todos os IAP's que davam suporte aos trabalhadores privados passaram a ser reunidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), priorizando a assistência para quem gozava de benefícios previdenciários.

Apenas em 1975, fruto da V Conferência Nacional de Saúde, a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975 dispôs sobre a criação e organização do Sistema Nacional de Saúde, complexo de serviços que reunia os setores público e privado para a promoção de ações de saúde, com a inovação de que nesse momento eram separadas a previdência (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - Sinpas) da saúde (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps).

Frise-se que a assistência de saúde prestada pelo INAMPS se restringia ao grupo seleto de trabalhadores formais e seus familiares. Assim, os serviços eram divididos entre os que podiam pagar por eles, os que possuíam carteira assinada e eram amparados pelo INAMPS e quem não tinha direito algum, dada a inexistência de um sistema universal como hoje é conhecido o SUS.

Entretanto, com o passar do tempo, deixou-se de exigir a carteira de associado do INAMPS para atendimento na rede pública de saúde e em hospitais privados, o que levou à formação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), programa que adotou medidas que esboçavam o que estava por vir: a universalização dos serviços de saúde, regionalização das ações, equidade na assistência e o estabelecimento de parcerias entre o Instituto e os governos locais.

Ressalte-se que o embrião para o nascimento do SUS foi o SUDS. Criado em julho de 1987, também possuía como princípios basilares a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária, como aponta Gonzalez (2015, p.46). A aprovação definitiva do SUS acompanhou o momento de

promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, consubstanciando o caráter público da saúde em seu artigo 196.

Com a máxima de que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, o movimento constitucional de 1988 mudou substancialmente a realidade brasileira, de modo que hoje a seguridade social está segmentada na letra da lei pelo tripé composto pela saúde, previdência social e assistência social, nos moldes do art. 194, CF/88, que, mantidos pelo poder público e por toda a sociedade, articulam-se para promover justiça social, proteção e segurança em todos os níveis, amenizando as disparidades socioeconômicas vigentes na nação.

Desse modo, a saúde deixou de se subordinar a contribuições previdenciárias e se manifestou em forma de direito universal. Tanto prova que, por meio do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, houve a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, abandonando seus vínculos com o antigo Ministério da Previdência.

Com sua criação aprovada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde foi fruto de diversas ações com ideais democratizadores de acesso aos serviços de saúde, em outras palavras, nascido de uma conquista social, sobretudo do já mencionado movimento da Reforma Sanitária da década de 1970 analisado anteriormente.

Como enfatizado por Gonzalez (2015, p.36), as estratégias de “saúde para todos” e de “Atenção Primária de Saúde” apregoadas pela conferência citada, elaboradas no contexto da década de 1970, representaram o alcance de dois grandes avanços pela OMS no campo da saúde:

“[...] a concepção de que os estados nacionais são responsáveis pela saúde das suas populações [e] a perspectiva de que a saúde deve ser pensada de forma articulada com a economia, a política e os direitos humanos, além de ser produto de ações intersetoriais.” (ALMEIDA, 2010, p. 149 apud GONZALEZ, 2015, p.36).

Apesar de ser determinado constitucionalmente em 1988, um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo só foi regulamentado dois anos depois, quando da promulgação da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

De mais a mais, outros marcos jurídicos envolvidos na descentralização do sistema de saúde brasileiro também incluem a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação popular na gestão do SUS, bem como sobre recursos financeiros, tema este igualmente disciplinado pela EC 29/2000; além de diversas Normas Operacionais Básicas como as de 1991, 1993 e 1996.

Quando se analisa a Lei nº 8.080/90, nota-se que tal modelo de saúde muito bem se amolda à visão biopsicossocial abordada no tópico anterior; é válido ressaltar que tal arquétipo se volta especialmente à prevenção de doenças e promoção à saúde, atuando ambos os conceitos de maneira dialética, qual seja, na medida em que se promove a saúde, também se previnem doenças e vice-versa.

A Lei Orgânica da Saúde inicia suas disposições gerais reafirmando a condição já estatuída na Constituição de 1988, a saber, o estabelecimento da saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover todas as condições para o gozo de tal prerrogativa. Um conceito também já estudado, que diz respeito aos fatores determinantes de saúde, de igual modo foi resgatado pela normativa jurídica, reforçando o artigo 3º que repercutem sobre a saúde a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Assim, a identificação dos chamados DSS (Determinantes Sociais da Saúde) passam a integrar um dos objetivos do SUS, juntamente com os demais propósitos de promoção de políticas e ações assistenciais de saúde, como segue:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Seguindo-se à normativa, o artigo 7º da Lei nº 8.080/90 elenca como base principiológica do sistema, dentre outros preceitos: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a equidade, o direito à informação, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização da rede de atendimento em virtude da descentralização político-administrativa.

No que tange à Lei nº 8.142/90, como dito anteriormente, trata sobretudo da participação social nas políticas de saúde, ações possíveis por intermédio da promoção, em cada esfera do governo, de conferências e conselhos de saúde, instâncias colegiadas que se reúnem quadrienalmente, no caso das primeiras, e que possuem caráter permanente e composição paritária, no que se refere às últimas. Por composição paritária entenda-se que os conselhos são formados por 50% de usuários do SUS e a outra metade, dividida entre 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços e gestores.

Inevitável mencionar a maneira adotada pelo SUS para tratar os transtornos de ordem mental: a Política Nacional de Saúde Mental, estratégia adotada pelo Governo Federal sob a coordenação do Ministério da Saúde. Com esteio na Lei 10.216/01, o modelo de atenção à saúde psíquica encontrou na comunidade em geral a parceria ideal para o seu desenvolvimento; em outras palavras, a assistência familiar no tratamento de pessoas com transtornos de variadas espécies foi fundamental para a implantação de novas abordagens.

Hoje, de maneira integrada, com o apoio de Estados e Municípios, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) realiza atendimentos por meio de serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados por toda a nação. Nesses locais, o paciente recebe cuidados próximos à família, que também é orientada sobre suas responsabilidades no tratamento. A equipe de trabalho é sempre multiprofissional, aplicando a cada caso a terapêutica adequada sob a ótica interdisciplinar. Com efeito, o CAPS surgiu como uma estratégia de substituição do modelo manicomial.

Além dos CAPS, outra atividade de saúde adotada diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), política do Ministério da Saúde que garante o acesso a casas a pacientes egressos de internações de longa permanência que não possuam suporte familiar ou que estejam enquadrados em situações de vulnerabilidade socioeconômica, como nos casos de mendicância.

Conta, ainda, com as Unidades de Acolhimento (UA), locais de permanência máxima de seis meses que abrigam não apenas portadores de transtornos mentais, mas dependentes de drogas, possuindo funcionamento ininterrupto de caráter transitório. Contempla tanto o atendimento a adultos como à faixa etária infanto-juvenil, funcionando normalmente como uma casa.

Já os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, comportam-se de maneira intermediária entre a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atuando de maneira integrada por meio de equipe multidisciplinar de atendimento, incluindo não apenas psiquiatras, mas enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentre outros.

Há ainda o denominado Hospital-Dia, local de permanência máxima de 12 horas, funcionando também como uma assistência intermediária entre a terapêutica da internação e o atendimento ambulatorial, de maneira a englobar atividades recreativas entre os pacientes, oficinas lúdicas, além de consultas e demais procedimentos clínicos.

Assim, o SUS estrutura a Política Nacional de Saúde Mental, juntamente com outros programas de inclusão, como o Programa de Volta para Casa, parceria entre o

Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal que prevê o pagamento mensal do auxílio-reabilitação a egressos de hospitais psiquiátricos ou de custódia e tratamento psiquiátrico com longo histórico de internação para que sejam reintegrados à sociedade e exerçam plenamente seus direitos civis e políticos.

Outrossim, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) consiste no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com deficiência de qualquer idade, não olvidando do conceito adotado pela Convenção de que nele estão incluídas as de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos).

4.4. Narrativa do caso Damião Ximenes Lopes

Na manhã do dia 4 de outubro de 1999, no interior do Ceará, mais precisamente, na cidade de Sobral, um médico atestava o óbito de mais uma vítima do sistema de saúde mental precário, opressor e cruel: Damião Ximenes Lopes. Nascido em 25 de junho de 1969, desde a adolescência o garoto já apresentava sinais de deficiência mental orgânica, fato que ensejou sua internação compulsória por três vezes na Casa de Repouso Guararapes.

De modo diverso ao que se espera de uma clínica de tratamento, todas as vezes em que Damião retornava da casa de repouso, queixava-se de maus tratos sofridos, mas não fora ouvido, certamente porque sua família confiava no sistema de saúde local e acreditava que era a melhor maneira de tratar o problema. Tanto prova que, segundo relatos da mãe da vítima, optou por realizar a terceira internação porque Damião estava com “problemas de nervos e não queria comer, nem dormir, nem tomar os remédios” (BORGES, 2009, p. 29).

Assim, em sua terceira e última internação em Guararapes, recebeu visita matinal da sua genitora, Dona Albertina, por volta de 9h. Para sua surpresa, encontrou o filho com as vestimentas rasgadas, vários hematomas no corpo, exalando odor de fezes e com as mãos amarradas para trás clamando ajuda. Imediatamente solicitou auxílio médico ao que ouviu do profissional que “a gente nasce é pra morrer mesmo” além do mesmo ter dito “deixe de choro aí que eu não gosto de assistir novela”. Acalmados os ânimos e administrada a medicação, voltou para casa, certa de que Damião ficaria bem; o que não aconteceu.

Uma hora após a saída de Dona Albertina da Casa de Repouso Guararapes, seu filho vem a óbito sob a justificativa de morte por parada cardiorrespiratória sem que constasse no laudo cadavérico qualquer registro de lesão corporal. Convicta de que a causa da morte do

seu irmão não correspondia ao registrado, Irene Lopes iniciou sua jornada em busca da verdade e da justiça.

Com os ouvidos cerrados para todas as pessoas que lhe desencorajaram a buscar auxílio jurídico e, frente ao conluio de diversas autoridades políticas locais para encobrir a verdade dos fatos, Irene conseguiu apresentar o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA, por meio de e-mail redigido no mesmo ano de 1999. Seguem alguns trechos da denúncia:

Meu irmão, Damião Ximenes Lopes, foi morto segunda feira, dia 04/10/99, em Sobral/CE, na “Casa de Repouso”, digo melhor, Casa de Torturas, Guararapes. [...] Damião tinha 30 anos e sua saúde mental não era perfeita [...] levava uma vida normal à base de remédios controlados [...] Ele reclamou: lá dentro existe muita violência e maus-tratos, se o paciente não quer tomar o remédio, os enfermeiros batem até o doente perder as forças e aceitar o medicamento. Nestas últimas semanas meu irmão decidiu deixar de tomar os remédios, como de costume [...] estava sem dormir há algumas noites [...] nossa mãe, com receio que ele entrasse em crise, na tarde de sexta-feira passada, 01/10/99, levou-o ao hospital acima mencionado e o deixou internado para receber cuidados médicos. [...] segunda-feira, quando voltou para fazer visita, encontrou o Damião quase morto. Ele havia sido impiedosamente espancado, estava com as mãos amarradas para trás e seu corpo coberto de sangue. [...] Ele ainda conseguiu falar, numa expressão de pedido de socorro: polícia, polícia, polícia [...]. Quero tornar público que no Guararapes reinam a humilhação e a crueldade. Seres humanos são tratados como bichos. As famílias das vítimas são pessoas pobres, sem voz e sem vez. E a impunidade continua. [...] As mulheres são igualmente agredidas e esturpadas. [...] Neste sistema, inocentes perecem, perdem a vida e tudo fica no anonimato. Provas nunca existem. Assim como eu, muitos clamam por justiça e estão prontos a dar seu depoimento. Em nome da JUSTIÇA e dos DIREITOS HUMANOS, AJUDEM-ME!! [...] Irene Ximenes Lopes Miranda (BORGES, 2009, p. 30-31). (grifo nosso)

A mobilização político-jurídica de Irene estimulou as demais vítimas do sistema opressor de saúde a relatarem as situações cotidianas de violência a que eram submetidos, como o depoimento de Francisco Chagas, ex-paciente da Clínica de Repouso Guararapes que apontou como principais agressores enfermeiros e carcereiros, os quais tratavam os pacientes como animais, inclusive estimulando os doentes a brigarem entre si; negando participar do ato insano, foi brutalmente agredido.

Dessa maneira, a luta da irmã de Damião soou como uma denúncia pública de violações de direitos humanos empreendidas dentro de ambientes terapêuticos que alterou tanto a realidade local (Sobral) quanto nacional, posteriormente, produzindo avanços em políticas públicas voltadas à saúde mental.

4.5. O caso na Corte Interamericana de Direitos Humanos

Passados 6 anos após a morte de Damião Ximenes Lopes, iniciou-se o julgamento do caso na cidade de São José da Costa Rica. Como já mencionado anteriormente, a Corte Interamericana de Direitos Humanos sentenciou a primeira condenação do Estado brasileiro sendo pioneira também em nível mundial quando se trata de punição referente a violações de direitos humanos de portadores de transtornos mentais.

Em seu voto separado, o juiz Antônio Augusto Cançado Trindade enfatizou que a repercussão do caso teve efeitos avassaladores não apenas contra a vida de Damião, mas de toda sua família:

9. A morte violenta do indefeso Damião, que buscava tratamento médico, teve um efeito devastador na vida não só de sua irmã Irene, mas nas de todos os familiares imediatos. Conforme o relato de Irene perante a Corte, o irmão gêmeo de Damião, Cosme, dada a proximidade com o irmão vitimado, "entrou em estado de choque" ao tomar conhecimento do falecimento de Damião. Mas, - agregou Irene, - "até hoje o Cosme não sabe os detalhes da tortura e da violência; nós omitimos porque isto ia causar muito sofrimento para ele e queríamos preservar a saúde dele" . Em outras palavras, ele foi devidamente preservado da verdade, o que se mostra em determinadas circunstâncias necessário, pois a tragédia do conhecimento da condição humana pode afigurar-se por vezes insuportável, sobretudo aos mais vulneráveis ou sensíveis.

Na mesma esteira, a sentença prolatada em 4 de julho de 2006 também reconheceu as atrocidades cometidas nos ambientes psiquiátricos de tratamento, ao passo que condenou o Estado brasileiro a investigar a fundo o corrido em Guararapes, a promover capacitação profissional adequada para atuação no setor, além de indenizar os familiares da vítima, como se vê:

Trata-se da primeira condenação do Estado brasileiro perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos. A Corte ressaltou que a sentença constitui per se uma forma de reparação. A Corte ainda determinou ao Estado: a) garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos; b) publicar, no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional, em uma só vez, o Capítulo VII relativo aos fatos provados da sentença da Corte; c) continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na Sentença; d) pagar em dinheiro para os familiares da vítima, no prazo de um ano, a título de indenização por dano material e imaterial, as quantias fixadas em sentença; e e) pagar em dinheiro, no prazo de um ano, a título de custas e gastos gerados no âmbito interno e no processo internacional perante o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. A Corte ressaltou também que supervisionará o cumprimento integral da sentença, cabendo ao Estado, no prazo de um ano, apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento. (*grifo nosso*)

Acerca da repercussão da sentença no Brasil e seus efeitos, apesar do país ter cumprido a indenização pecuniária, não houve vitória no campo das obrigações extrapecuniárias, notadamente no que concerne aos processos judiciais em trâmite no estado do Ceará até a presente data.

É cediço que pagar uma indenização é um ato mais célere que cumprir uma ordem condenatória não-pecuniária. Mariana Almeida Picanço de Miranda (2010, p. 88) assevera que, caso o Estado brasileiro permaneça na omissão quanto ao dever de total reparação da vítima de violação de direitos humanos, o Poder Judiciário deve ser prontamente provocado, para que, assim, possa cumprir seu efetivo protetor dos direitos humanos, conforme o disposto no art. 5º, XXXV de nossa Constituição. Isso inclui a própria atuação do Poder Judiciário local na satisfação interna da busca pela justiça.

No que tange aos pontos que ainda não foram cumpridos pelo Brasil, apontam-se os itens 6 e 8 da Sentença do caso Damião Ximenes Lopes, quais sejam:

6. O Estado deve garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos, nos termos dos parágrafos 245 a 248 da presente Sentença.

8. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

Assim, compreender que na sociedade nos deparamos todos os dias com vários “Damiões” que precisam de cuidados especiais, faz-nos refletir sobre a necessidade de ajuste do ordenamento jurídico para abranger proteção específica para quem merece atenção específica; não para criar divergências, mas, sim, igualdade, como aponta Boaventura de Sousa Santos (2003, p. 56):

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (grifo nosso)

Como constatado no presente trabalho, em que pese o significativo avanço legislativo atinente à temática de proteção dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, em níveis nacionais e internacionais, ainda hoje há barreiras de implementação das políticas públicas de saúde mental, devendo o Estado, para tanto, intensificar ações de fiscalização e controle acerca da existência de clínicas psiquiátricas que adotam condutas agressivas de tratamento para as devidas punições e responsabilizações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir sobre direitos humanos é necessariamente questionar sobre garantias e proteção a liberdades individuais, bem como acerca do devido respeito à dignidade humana. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, preconiza que o gozo para tais direitos deve se proceder “sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição”.

Versar sobre a Proteção Internacional dos Direitos Humanos da Pessoa Portadora de Transtorno Mental demanda uma profunda análise da trajetória paulatina de surgimento e desenvolvimento das referidas prerrogativas marcadas pela universalidade, imprescritibilidade, inalienabilidade, irrenunciabilidade, historicidade, dentre outras características acima abordadas.

Como visto, a própria criação de mecanismos regionais (europeu, africano e americano), quando da violação de direitos humanos, facilitou a implementação da almejada proteção mundial, de maneira que, quando esgotados os recursos internos de determinada nação e/ou em casos de demora injustificada na resolução da lide, é permitido ao cidadão que recorra ao auxílio jurídico internacional em seu respectivo sistema de proteção, na circunscrição de seu território, sem prejuízo a que se utilize do sistema global para tal finalidade.

Nesta senda, a hodierna crise global de adoecimento mental vindicou a soma de esforços de mais de 160 Estados estrangeiros para a assinatura de um documento-marco no referido contexto jurídico, qual seja, a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, alcançando não apenas os que possuem limitações de ordem física, mas também de natureza psíquica. Estima-se que atualmente mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem de transtornos psicológicos (OPAS, 2018), sendo a depressão, transtorno mental frequente, a principal causa de incapacidade em todo o mundo.

A efervescência tecno-científica, sob a alcunha de Terceira Revolução Industrial, o estímulo ao uso de redes sociais, o imediatismo, as modificações do papel desempenhado pela mulher nas relações sociais, a busca incessante pelo prazer acompanhada do constante esquivar-se do enfrentamento à dor, dentre tantos outros fatores, contribuem para o surgimento de patologias mentais; crise esta que, se não combatida, poderá acarretar problemas de ordem não apenas econômica, mas inclusive deletérios de natureza social, cultural e educacional.

Diante da problemática, faz-se imperioso o estímulo à produção normativa que verse sobre a proteção à pessoa portadora de transtorno mental, seja pelo estigma socialmente enraizado, que leva à discriminação e ofensa aos direitos inerentes a todo e qualquer ser humano; pelas falhas em diagnósticos imprecisos ou mesmo pelos métodos cruéis de intervenção terapêutica adotados que violam a dignidade alheia; há que se mover no sentido do desenvolvimento de instrumentos jurídicos eficientes para combater injustiças cometidas contra quem sequer consegue opor resistência.

Em nível global, para além da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o QualityRights, iniciativa da OMS, encarrega-se de capacitar as pessoas para o combate do estigma e da discriminação, melhorar a qualidade dos cuidados e as condições de direitos humanos nos serviços de saúde mental, criar serviços baseados na comunidade e reformar a legislação e as políticas nacionais de acordo com a CDPD e outros padrões internacionais de direitos humanos.

Há que se mencionar, também, o lançamento, no ano de 2008, do programa mundial de ação para reduzir as brechas em saúde mental (mhGAP), intuindo combater a falta de cuidados de saúde, notadamente em países de baixa e média renda, servindo como um guia baseado em evidências para aumentar os serviços para pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas.

No Brasil, um grande marco para o desenvolvimentos de tais políticas se deu com a primeira condenação por violação dos direitos humanos, o caso Ximenes Lopes, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da qual o país é membro signatário, repercutindo de forma incisiva e direta sobre o funcionamento de políticas públicas aplicadas à área de saúde mental no país; o impacto da morte de Damião Ximenes promoveu uma reflexão fundamental sobre a distância abissal que há entre um ordenamento jurídico evoluído em normas, porém, deficitário em aplicação.

Direito de todos e dever do Estado. Conquista social e jurídica, a questão da saúde no cenário brasileiro possui gloriosa trajetória, fruto de lutas populares e movimentos de sindicatos, trabalhadores, estudantes e usuários em geral. Porém, em que pesem as pequenas vitórias e adequação de políticas de saúde em conformidade com os parâmetros internacionais, apenas o triunfo legal estatuído no artigo 196 da Constituição Federal, por si só, não garante sua devida eficiência. Ainda há muito o que se fazer para a manutenção dessa glória, principalmente no que concerne ao âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Soraya Rodrigues de. **O Modelo Biomédico X o Modelo Biopsicossocial na Explicação da Depressão**. Psicologado. Edição 08/2016. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/o-modelo-biomedico-x-o-modelo-biopsicossocial-na-explicacao-da-depressao>>. Acesso em: 24 de fev. de 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Aprovado em outubro de 1979. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/basciso/portugues/v.Estatuto.Corte.htm>>. Acesso em: 22 de fev. de 2020.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. [Trad. Carlos Nelson Coutinho]

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes: Primeira Condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASÍLIA. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 14 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.

BRASIL. Ministério Público Federal; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha_direito_saude_mental_final.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação. A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente.** Tradução: Álvares Cabral. Editora Cultrix, São Paulo, 1982. Disponível em: <<http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%20de%20Mutacao%20-%20Fritjof%20Capra.pdf>>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

CAVALCANTE, Elton Emanuel Brito. O sistema internacional dos direitos humanos. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 23, n. 5630, 30 nov. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/65393>. Acesso em: 23 dez. 2019.

CENTRO EDUCACIONAL NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS. **Novas Abordagens em Saúde Mental: transformando vidas de forma humana, autônoma e consciente.** Conteúdo traduzido e adaptado do documento: Copeland Center for Wellness & Recovery. “The Way WRAP Works”. EUA. 2014. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/421350427/Novas-Abordagens-em-Sade-Mental-1-pdf>>. Acesso em: 09 ou. 2019.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Demanda da Comissão Interamericana de Direitos Humanos perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Damião Ximenes Lopes:** Caso 12.237 contra a República Federativa do Brasil. Washington, D.C.: Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2004.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório nº 38 /02. Admissibilidade petição 12.237, Damião Ximenes Lopes, Brasil.** 9 de outubro de 2002. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2002port/brasil12237.htm>>. Acesso em: 24 de jan. de 2020.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos.** 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. Pacto de San José Adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José de Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: <http://www.rolim.com.br/2002/_pdfs/pactoSanJose.pdf>. Acesso em: 1 de ago. de 2019.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 21 de fev. de 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes Vs Brasil. Sentencia de 4 de Julho de 2005, Serie C n. 149, voto em separado do Juiz Antônio Augusto Cançado Trindade, parágrafo 9.** Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 21 de fev. de 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Aprovado pela Corte no seu LXXXV Período de

Ordinário de Sessões celebrado de 16 a 28 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/RegulamentoCorteNov2009.port.pdf>>. Acesso em: 21 de fev. de 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Sentença**. Ximenes Lopes versus Brasil. 4 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 21 de fev. de 2020.

_____. **Caso Damião Ximenes Lopes vs República Federativa do Brasil**. San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Direitos Humanos, Sentença proferida em 4 de julho de 2006.

_____. **Resolução da Corte Interamericana de 17 de maio de 2010**. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Supervisão de cumprimento de sentença.

COSTA, Rodrigo Vieira da. **Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial**. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial>>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: www.direitoshumanos.usp.br.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/>>. Acesso em: 25 de fev. de 2020.

DONIEC, K. et al. **Brazil's health catastrophe in the making**. The Lancet. Vol. 0. Issue 0. Jul. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30853-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30853-5/fulltext)>. Acesso em: 24 de fev. de 2020.

ESPINOSA, Ana Maria Fernández. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Ed. Perspectiva - SP, 1978.

_____. **Microfísica do poder**. 21 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Crise na saúde mental em nível global: prejuízos individuais e para a economia**. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=Crise-na-saude-mental-em-nivel-global-prejuizos-individuais-e-para-a-economia>>. Acesso em: 24 de fev. de 2020.

Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Disponível em: <<http://direitoshumanos.gddc.pt/IPAG1.htm>>. Acesso em: 27 de jun. de 2019.

GONZALEZ, Virgínia Valiate. **A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24422/1/41.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

Informativo da Organização Pan-Americana de Saúde – **OPAS/OMS.** Brasil. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 09 out. 2019.

International human rights instruments relevant to the rights of people with mental disabilities. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/un_and_regional_human_rights_instruments.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

LAFER, C. **A Reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt.** São Paulo: Cia das Letras, 1988.

Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 27 de jun. de 2019.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 19. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **A Ciência do Direito: Conceito, Objeto, Método.** 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direito internacional público.** 5 ed. rev., atual e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MI-mhGAP. **Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.** Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>>. Acesso em: 24 de fev. de 2020.

MIRANDA, Mariana Almeida Picanço de. **Poder judiciário brasileiro e a proteção dos direitos humanos: aplicabilidade e incorporação das decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

Módulo fotográfico. Parceria entre o HumanizaSUS, a área de Saúde Mental (SAS) e a Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SA/SE). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>. Acesso: em 27 de jun. 2019.

OEA. **Comissão Interamericana de Direitos Humanos.** Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 25 de jan. de 2020.

_____. **Convenção Européia para Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais.** 1950. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=536&IID=4>>. Acesso em: 25 de jan. de 2020.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ORG.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 191, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias.** Washington, DC: OPS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 24 de fev. de 2020.

PACTO DE SAN JOSÉ DA COSTA RICA. **Assinado em San José da Costa Rica em 22 de novembro de 1969.** Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 25 de jan. de 2020.

PARANÁ. **Secretaria Estadual de Saúde. SPP/DVSAM – Saúde Mental.** Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=589>>. Acesso em: 21 de fev. de 2020.

PIOVESAN, Flávia. **Reforma do judiciário e direitos humanos.** In: TAVARES, André Ramos; LENZA, Pedro; ALARCON, Pietro de Jesus Lora (Orgs.). Reforma do judiciário analisada e comentada. São Paulo: Método, 2005.

_____. **Direitos humanos Globais, Justiça Internacional e o Brasil.** Disponível em: <http://www.escolamp.org.br/ARQUIVOS/15_07.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2020.

_____. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 6. ed. São Paulo, Max Limonad, 2004. Disponível em:

<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17973/material/F1%C3%A1via%20Piovesan%20DH%20Direito%20Constitucional.pdf>>. Acesso em: 19 de jan. de 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, Victor Siébra Pereira. **Direitos Humanos e as Pessoas com Deficiência Mental no Brasil**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/74549/direitos-humanos-e-as-pessoas-com-deficiencia-mental-no-brasil>>. Acesso em: 08 out. 2019.

ROMERO, Luiz Carlos. **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UM CAPÍTULO À PARTE**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadãos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>>. Acesso em: 21 de abril de 2020.

Santos, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Paraná. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 27 de jun. de 2019.

SILVA, Magali Milene. **Para além da saúde e da doença: o caminho de Freud**. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 259-274, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de fev. de 2020.

VASCONCELLOS, Mariana Vannucci. OLIVEIRA, Lizziane Souza Queiroz Franco de. **FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS E OS RESQUÍCIOS DO DIREITO NATURAL NA SUA CONCEPÇÃO ATUAL**. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7835a9ef21ac8378>>. Acesso em 21 de jan. de 2020.