



0881169



00135.220191/2019-17



CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS

RESOLUÇÃO Nº 08, DE 14 DE AGOSTO DE 2019

Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

O CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS – CNDH, no exercício das atribuições previstas no art. 4º da Lei nº 12.986, de 02 de junho de 2014, e dando cumprimento à deliberação tomada, de forma unânime, em sua 50ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de agosto de 2019:

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, levou o Brasil para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS);

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, esteve, até dezembro de 2017, afinada com o estabelecido nas principais convenções internacionais, tais como a Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, de 1991, e particularmente a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2007, depois aprovada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/09, com o mesmo status jurídico de Emenda Constitucional, e que depois foi regulamentada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/15;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas fundadas na desinstitucionalização e atenção psicossocial representa não apenas uma política de governo, mas uma verdadeira política de Estado, consolidada em quatro conferências nacionais de saúde mental, com ampla participação social e reconhecimento pelas várias instâncias de controle social do SUS;

CONSIDERANDO que em 2013 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o “Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020”, plano esse que é um compromisso de todos os Estados-membros da OMS na tomada de medidas específicas para melhorar a saúde mental e contribuir para a realização de um conjunto de metas globais para alcançar melhor qualidade de vida e saúde. No Plano de Ação é dada ênfase especial à proteção de direitos humanos, ao fortalecimento e ao empoderamento da sociedade civil, centralizando e fortalecendo mais uma vez a atenção de base comunitária;

CONSIDERANDO que a I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, realizada em Brasília/DF, de 15 a 17 de outubro de 2013, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), aprovou o “Consenso de Brasília” e afirmou o desenvolvimento ou fortalecimento de ações governamentais, setoriais e intersetoriais, com a perspectiva de promover a autonomia, de ampliar o

acesso ao cuidado de base comunitária e territorial e de lutar contra o estigma e o preconceito associado às pessoas com transtorno mental, e pela desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos;

CONSIDERANDO que em 11 anos o Brasil reduziu em 38,7% os leitos de hospitais psiquiátricos, substituindo-os por modelos comunitários e territoriais e pela criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2005, eram 40.942 leitos psiquiátricos e em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097 leitos e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Em paralelo, a quantidade de CAPS subiu de 424, em 2005, para 2.500, em 2019. O percentual de gastos extra hospitalares, relacionado ao orçamento destinado a saúde mental, aumentou de 24,76% para 71,09% em investimento financeiro nos equipamentos substitutivos no mesmo período;

CONSIDERANDO o art. 198 da Constituição Federal, em seu inciso III, que determina que as ações e serviços de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade e que a participação social, também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, que cria Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nas três esferas de governo, bem como colegiados de gestão nos serviços de saúde;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde;

CONSIDERANDO que no dia 22 de dezembro de 2017, última sexta-feira antes do Natal, em meio ao recesso legislativo e do Poder Judiciário, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 32/17 e a Portaria nº 3.588/17 que oficializaram medidas que alteraram o acumulado das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas dos últimos 30 anos, sem ter sido discutido com e nem aprovado no Conselho Nacional de Saúde e outras instâncias de participação social;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, aprovada no Senado, sem aprofundamento do debate, desconsiderando emendas de comissões apresentadas, que acaba de retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas, como outras medidas retrógradas com prejuízo de experiências exitosas e avanços técnico-científicos;

CONSIDERANDO os vetos presidenciais à Lei nº 13.840/2019 (aprovada no Senado sem que sua versão final acolhesse as contribuições oriundas de prolongado debate e pactuações em diversas comissões do congresso nacional nos últimos anos), que descaracteriza os órgãos fiscalizadores, a participação da sociedade e reduz os recursos/estratégias direcionados a inclusão social, trabalho e geração de renda;

CONSIDERANDO a Recomendação nº 03, de 14 de março de 2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, enviada ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, na qual recomenda ao Ministério da Saúde suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política de Saúde Mental”;

CONSIDERANDO a Recomendação nº 05, de 15 de fevereiro de 2019, do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda ao Ministério da Saúde que as manifestações da área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na Lei nº 10.216/2001 e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO a Ação Civil Pública da Defensoria Pública da União em face da União, que requer a tutela de urgência para suspender a eficácia da Resolução CIT nº 32, de 17 de dezembro de 2017; da Portaria GM/MS nº 3.588/2017; da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017; da Portaria GM/MS nº 2663, de 11 de outubro de 2017; da Portaria GM/MS nº 1315, de 11 de março de 2018; da Resolução CONAD nº 1, de 9 de março de 2018; da Portaria SAS/MS nº 544, de 7 de maio de 2018; da Portaria GM/MS nº 2.434, de 15 de agosto de 2018; da Resolução CIT nº 35/2018, de 25 de janeiro de 2018 e da Resolução CIT nº 36/2018, de 25 de janeiro de 2018, haja vista padecerem de vícios insanáveis;

CONSIDERANDO a Nota Técnica da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão nº 5/2019/PFDC/MPF, de 22 de março de 2019, dirigida aos Ministros da Saúde, Justiça e Segurança Pública e da Cidadania, que tem por propósito explicitar as premissas fáticas e jurídicas que conduzem a concluir-se pela ilegalidade e inconstitucionalidade da atual política de saúde mental, que permite que pacientes permaneçam por longos períodos internados em manicômios;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas pautadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, cujos direitos dos usuários são garantidos pela Lei nº 10.216/2001, logrou desde

sua promulgação a reversão do quadro de sistemática institucionalização dos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Possibilitou o cuidado em liberdade e principalmente a inclusão social de milhares de usuários que até então eram mantidos em longas internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, excluídos do convívio familiar e comunitário;

CONSIDERANDO que a política nacional de saúde mental ao se constituir em uma política de Estado garantiu a ampliação e sustentabilidade de políticas públicas as quais contemplaram o pleno exercício da cidadania através de incentivos financeiros (Lei De Volta pra Casa e portarias de criação de serviços residenciais terapêuticos), incentivos a geração de trabalho e renda (Lei da Cooperativa Social) e promoção de intervenções na cultura, entre outras, desconstruindo estigmas sociais e possibilitando a reorientação do cuidado para o território onde é possível hoje observar esta clientela sendo acolhida em suas diferenças.

RESOLVE:

CAPÍTULO I **DIRETRIZES GERAIS**

Art. 1º Esta resolução destina-se à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, sendo estendido a todos os cidadãos que se incluam nesta clientela. Está direcionada às(os) agentes e instituições do Estado sendo nestes incluídos não apenas o campo da saúde, mas contemplando a totalidade dos setores envolvidos na construção e implementação de políticas públicas voltadas à clientela em sofrimento psíquico, incluindo também os setores do judiciário e do legislativo nas demandas que envolvam proposições de ações coletivas e/ou individuais, resolução de conflitos envolvendo a garantia de direitos ou reconhecimento e cessação de violações dos mesmos.

Art. 2º A política de saúde mental deve se guiar pelos princípios dos direitos humanos conquistados e consensuados em convenções emanadas pela maioria absoluta das nações do planeta, e devidamente assinadas pelo Brasil, como padrão mais elevado do processo civilizatório humano, bem como pelas organizações filiadas às Nações Unidas, que orientam as diversas políticas públicas e sociais em suas áreas específicas, como a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde.

§ 1º A assistência em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma.

§ 2º A direção da política de saúde mental deve apontar para uma substituição gradual, mas completa de todos os serviços e dispositivos de tratamento baseados no isolamento, internações prolongadas e anulação dos direitos civis.

§ 3º A assistência em saúde mental deve promover cuidados em espaços abertos, que estimulem e valorizem a dignidade, a liberdade, a autonomia, a autoestima e o consentimento prévio das(os) usuárias(os) e seus(suas) familiares, o acesso à informação sobre direitos e a meios de comunicação, e a inserção e convivência social e comunitária nos próprios territórios em que vivem.

§ 4º Em eventuais situações que impeçam a plena decisão da(o) usuária(o), ou que envolvam crise severa ou risco para si ou para os(as) demais, os tratamentos sem consentimento prévio devem ser efetuados com todas as salvaguardas legais previstas nas leis, nas convenções internacionais e nas recomendações das organizações internacionais de direitos humanos.

Art. 3º A política de saúde mental e drogas deve garantir e valorizar a plena participação das(os) usuárias(os) e familiares em todas as decisões que envolvem seu tratamento, a dinâmica dos serviços e da própria assistência e da política nacional, sendo que este último componente já é integrante da própria estrutura do SUS, pelos seus dispositivos de controle social (conselhos de saúde e conferências nacionais de saúde e saúde mental).

Art. 4º A perspectiva dos direitos humanos exige que a assistência no campo da saúde mental e drogas seja plenamente integrada intersetorialmente com as demais políticas sociais.

Parágrafo único. O tratamento do sofrimento psíquico e/ou do uso problemático de drogas deve estar inteiramente associado aos processo de conquista da cidadania e seus requisitos básicos, ou seja, o caráter público e gratuito, a universalidade, integralidade e plena acessibilidade aos direitos sociais, como o direito à saúde, educação, assistência social, previdência, moradia, trabalho e renda, segurança alimentar, mobilidade e transporte público, e acesso às oportunidades sociais, culturais, esportivas e de turismo, lazer e inclusão digital.

Art. 5º Para garantir o princípio de amplo respeito aos direitos humanos e conquista da plena cidadania, a política de saúde mental e drogas deve necessariamente levar em conta e respeitar as características e especificidades econômicas, sociais regionais/locais, culturais, étnicas, geracionais, familiares, de gênero, de orientação sexual, de identidade de gênero, demográficas e epidemiológicas dos diversos grupos e setores populacionais, sem quaisquer formas de desigualdade de oportunidades, filtros de acesso, preconceito e discriminação, adaptando as abordagens e formas de acolhimento e tratamento às particularidades de cada um destes grupos sociais.

Art. 6º Todas as instituições, agências e principais atores sociais e políticos envolvidos na reorientação do cuidado em saúde mental devem promover profundas mudanças nas teorias, abordagens e nas normas éticas, nas práticas e na formação profissional no sentido da ruptura com a lógica estruturante dos modelos anteriores (asilares, excludentes e objetificantes do sujeito), bem como com os estatutos jurídicos e práticas legais que ainda os sustentam.

§ 1º As mudanças devem atingir particularmente os dispositivos de patologização, medicalização e normatização das diferenças existenciais, subjetivas, identitárias e das múltiplas formas de estar no mundo e viver a saúde.

§ 2º As mudanças devem estar voltadas a promover transformações na cultura difusa na sociedade, nas relações sociais e nas instituições que ainda sustentam a intolerância, a segregação e o estigma em relação às pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuárias de drogas.

CAPÍTULO II

PROTAGONISMO E EQUIDADE DO CUIDADO AO PERFIL DAS(OS) USUÁRIAS(OS) E FAMILIARES

Art. 7º A construção das políticas públicas deve incorporar a contribuição participativa das (os) usuárias(os) e seus(suas) familiares, tendo em vista que a lógica orientadora da Reforma Psiquiátrica brasileira baseia-se nos preceitos da atenção psicossocial e do SUS, cujo protagonismo das(os) usuárias(os) é pressuposto estruturante.

Parágrafo único. A participação popular e controle social deverá ser pautado pelo protagonismo das(os) usuárias(os) e seus(suas) familiares sobre o seu tratamento, suas próprias vidas e no apoio à construção de suas escolhas garantidos no pressuposto constitucional da livre escolha e da liberdade de ir e vir.

Art. 8º Devem ser abolidas as políticas discriminatórias de qualquer ordenamento. Sejam estas pautadas no preconceito racial, na identidade de gênero, orientação sexual e condição existencial ou socioeconômica as quais conduzam a tratamentos forçados, a medidas de higienização como a retirada de bebês de mulheres em situação de rua e em outras situações de vulnerabilidade, maus tratos e perseguição.

Art. 9º As populações originárias e tradicionais devem ser protagonistas de políticas de saúde mental que respeitem suas características culturais, sendo os dados sócio demográficos e epidemiológicos compreendidos a partir de suas histórias e costumes.

Parágrafo único. O respeito às crenças e modos de vida é pressuposto fundamental na preservação do bem-estar físico e mental das populações originárias e tradicionais.

Art. 10 A violência em suas diversas vertentes e características/implicações específicas para os diferentes grupos sociais deverão ser compreendidas enquanto uma questão multifatorial com respostas necessariamente complexas e diferenciadas.

Parágrafo único. As iniciativas baseadas na medicalização e patologização de suas consequências deverão ser desconstruídas por meio da qualificação/formação dos profissionais, debates públicos e campanhas educativas com toda a sociedade.

CAPÍTULO III

CRISE E DISPOSITIVOS PARA INTERNAÇÃO E ACOLHIMENTO

Art. 11 A percepção da crise associada a transtornos mentais e/ou ao uso problemático de drogas, bem como a avaliação da possibilidade de acolhimento ou internação, não devem se restringir às alterações psicopatológicas e ao processo natural de ‘doença’.

Parágrafo Único. A situação de crise, expressa pelo no novo modelo social de deficiência na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), deve ser contextualizada com a rede de apoio social do usuário, sua vulnerabilidade, e com os vínculos já construídos com a rede de serviços de saúde mental, saúde e assistência social.

Art. 12 A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso de exceção, como descrito na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”.

§ 1º A internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, que induz à recorrência (reinternações), com pior prognóstico a longo prazo para os quadros de transtornos mentais, aumento desproporcional para o custo do sistema e da assistência, além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais.

§ 2º Problemas associados ao uso de álcool e outras drogas não devem ser considerados por si só indicativo de internação, sem que sejam avaliados seu contexto clínico, recursos disponíveis e vínculos sociais.

Art. 13 Dentre os recursos criados no âmbito da política de saúde mental, devem constituir os dispositivos de referência para atenção a pessoas em crise:

I - Centros de Atenção Psicossocial com leitos de acolhimento (CAPS III), voltados para usuários em grave sofrimento psíquico e/ou uso problemático de drogas, no próprio território do usuário e preservando seus vínculos comunitários e a relação com sua equipe clínica de referência;

II - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral;

III - Unidades de Acolhimento, um dispositivo aberto que permite o acolhimento de usuáries(os) de drogas em situação de vulnerabilidade e vinculado à rede de atenção psicossocial, permitindo permanência por período superior a 30 dias e inferior a 180 dias.

Parágrafo Único. O cuidado em saúde mental deve ser incluído no sistema de atenção da Rede de Urgências e Emergências (SAMU, Unidades de Pronto Atendimento-UPA, Pronto Socorro/PS, Hospitais Gerais-HG), com equipes orientadas conforme as diretrizes da atenção psicossocial e dos direitos humanos, evitando intervenções com violência e internações desnecessárias, sempre em articulação permanente com os serviços territoriais de referência, levando em consideração o projeto terapêutico singular da(o) usuária(o).

Art. 14 Em quadros que requeiram suporte de clínica médica, como aqueles envolvendo álcool e outras drogas, a internação deve ser realizada em leitos de hospitais gerais,

Parágrafo Único. A proporção de leitos em cada unidade não deve superar 15% do total de leitos do hospital até o máximo de 30 leitos, possibilitando o cuidado individualizado e projetos terapêuticos singulares. Estas internações devem ter curta duração, não produzindo institucionalização e preservando o vínculo de acompanhamento com a equipe de referência dos diversos tipos de CAPS.

Art. 15 Em todos os casos de internação, deve ser obrigatória a produção de laudo médico circunstanciado, não sendo suficiente a mera indicação genérica da medida de internação. Esta exigência está prevista na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 6º para todos os tipos de internações.

Art. 16 A Lei nº 10.216/2001, art. 6º, em seu parágrafo único, caracteriza três tipos de internações psiquiátricas:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário, mantendo o direito de pedir alta no momento que o desejar;

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Parágrafo Único: Os novos princípios colocados pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), tais como o veto à privação de liberdade (Art. 14) e a tomada de decisão apoiada, requerem novos protocolos de salvaguardas de direitos e dispositivos de comunicação com o mundo externo e com as(os) representantes indicadas(os) pelas(os) usuárias(os), para garantir os direitos de alta e de revisão das decisões da autoridade médica, nos casos de internação voluntária e involuntária.

Art. 17 Na Lei nº 10.216/2001, a internação involuntária constitui uma responsabilidade da(o) profissional médica(o), mas a Lei Brasileira de Inclusão aponta para uma avaliação por equipe multiprofissional.

Parágrafo Único: Dada a gravidade e excepcionalidade da internação involuntária, um mecanismo obrigatório para a salvaguarda de direitos é a comunicação ao Ministério Público em até 72h de sua ocorrência. O mesmo também devendo ser realizado caso a internação voluntária passe a ser involuntária ao longo do curso do internamento. O mesmo procedimento de comunicação deverá ser realizado quando a alta for efetivada.

Art. 18 A internação involuntária deve ser distinguida claramente da internação compulsória, autorizada por juízo, com base no exposto na Lei nº 10.216/2001, devendo ser considerada conjuntamente com o artigo 319, VII do Código de Processo Penal (CPP) e o artigo 99 da Lei de Execução Penal (LEP).

Parágrafo único. A condição de internação compulsória deve ser aplicada apenas na condição de existência de delito e consequente inimputabilidade observada após tramitação de processo em separado.

Art. 19 A internação provisória, prevista na LEP, ART 319, VII, utilizada eventualmente como justificativa para internação de usuárias(os) de álcool e outras drogas ou pessoa com transtornos mentais, só pode ter sustentabilidade legal em caso de existência de crime praticado com violência ou com grave ameaça. Excetuando esta condição, fica clara a ilegalidade da internação provisória e internação compulsória para casos nos quais a justificativa se restringe a condição diagnóstica/clínica do indivíduo na ausência de crime como caracterizado acima.

Parágrafo Único. O Decreto-Lei nº 891/1938 que previa internações compulsórias de usuárias(os) de álcool e drogas, não foi recepcionado pela Constituição Federal da República de 1988, não podendo ser considerado vigente quando da promulgação da Lei nº 10.216/01. Desta forma não deve ser instrumento de embasamento legal para tal procedimento nos dias atuais.

Art. 20 O conjunto da legislação e da assistência à pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e particularmente a recente Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que trata “do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas” e que define “as condições de atenção aos usuários ou dependentes de droga”, em suas previsões para as internações involuntárias e acolhimento nas chamadas comunidades terapêuticas, devem observar os seguintes dispositivos legais vigentes:

I - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (Art. 5º, CF/88) e Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei (Art. 5º, II, CF/88).

II – A garantia de direitos humanos, liberdades fundamentais e inclusão para pessoas com deficiência, em conformidade com o Decreto nº 6949/2009, com valor de emenda constitucional, posteriormente regulamentada pela Lei nº 13.146/015, destacando-se os itens:

Ila) Reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas (Preâmbulo, n);

Ilb) Que as pessoas com deficiência não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade (Art. 14, b).

Ilc) Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (Art. 15, a).

Ild) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade (Art. 19, b).

III – A Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001, na qual devem ser destacados:

IIla) O veto à internação em instituições de características asilares (Art. 4º, § 3º),

IIlb) São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Art. 2).

IIlc) O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (Art. 4º, § 2º).

Art. 21 As internações em comunidades terapêuticas, por meio de internações involuntárias e em instituições fechadas, por longos períodos, e pautadas na abstinência como única meta não deveriam ocorrer segundo legislação vigente que orienta a prioridade para cuidado em serviços comunitários.

§ 1º A resolução conjunta de várias agências da ONU (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC, Organização Mundial da Saúde - OMS, dentre outras), intitulada “Declaración Conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas”, de março de 2012, convoca os países membros a fecharem os centros de detenção e reabilitação pautados nas internações obrigatórias, e privilegia o cuidado em serviços comunitários de adesão voluntária que respeitem os direitos humanos.

§ 2º O relatório da Inspeção Nacional em Comunidades terapêuticas - 2017 (CFP; MNPCT, MPFDC, 2018) destaca que em todos os estabelecimentos visitados foram identificadas práticas que configura violação de direitos humanos, desrespeitando desta forma os princípios legais definidos pela lei nacional

que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei nº 10.216/2001).

§ 3º A Lei nº 13.840/2019 na seção IV, artigo 23 que dispõe sobre “o tratamento do usuário ou dependente de drogas” reproduz as orientações da Lei nº 10.216/01 ao priorizar a internação como excepcionalidade em caso onde todas as modalidades quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Deverá se dar em unidades de saúde ou hospitais gerais que possuam equipes multidisciplinares e mediante laudo médico. Orienta que o tratamento deve acontecer em rede de atenção a saúde priorizando o serviço ambulatorial.

Art. 22 A condição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conhecidos como Manicômios Judiciários reflete uma total falência de um cuidado integral com vistas a reinserção da pessoa internada. O último relatório de 2015 realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), indicou que o Manicômio Judiciário reúne o pior da segregação com o pior do estigma. Constata a precariedade das condições nestas instituições e as constantes violações de direitos, que não estão restritas a saúde, mas também ao direito ao acesso a assistência jurídica. Neste sentido deve haver uma completa reestruturação do sistema, que deverá considerar:

I – O(A) portador(a) de transtornos mentais em conflito com a lei e considerado inimputável tem como pressuposto a necessidade de tratamento em dispositivos de saúde e em caso de restrição de liberdade, deve garantir a preservação dos direitos fundamentais a qualquer cidadã(o) além de ofertar um cuidado pautado na lógica da atenção psicossocial e orientado para a reinserção social destes indivíduos;

II - Deve ser garantida a intervenção conjunta com as equipes da Rede de Atenção Psicossocial, a qual deve acontecer de forma regular e contínua, como previsto no plano nacional de assistência prisional, independente do tipo de instituição restritiva de liberdade onde se encontre o indivíduo.

III - A internação compulsória, hoje apenas tipificada com vistas a medida de segurança, é uma evidente violação à lei 10.216/2001 considerando os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, visto que esta lei veta explicitamente a internação de pessoas em instituições de características asilares em seu artigo 4º, §3º e no artigo 9º, que prevê levar-se em conta “*as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários;*” bem como à Lei Brasileira de Inclusão em seus artigos 14, artigo 15 e artigo 19.

Parágrafo Único. São necessárias ações imediatas para construção de uma política de cuidado aos(as) portadores(as) de transtornos mentais em conflito com a lei que se adeque à lógica da atenção psicossocial, ou seja, que prescindia de espaços de asilamento e violação de direitos – modelo hoje representado pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Art. 23 As autoridades dos poderes Judiciário e Legislativo brasileiros deverão atentar para as recomendações feitas pelo Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em sua 14ª sessão, de 17 de agosto a 4 de setembro de 2015, que produziu um relatório em que, inicialmente, parabeniza o Estado brasileiro pelo fato de a Convenção ter “equivalência normativa constitucional”. Aponta as seguintes preocupações a serem observadas pelo Estado brasileiro:

I. Relatos da privação arbitrária de liberdade e tratamento involuntário de pessoas com deficiência com base na deficiência, incluindo situações em que é assumido que as pessoas com deficiência são perigosas para si ou para outrem, com base em um diagnóstico discriminatório (28).

II. Recomenda o Estado Parte a tomar medidas, incluindo a revogação das disposições legais pertinentes, para abolir a prática da internação involuntária ou hospitalização e tratamento médico forçado e que proíba, em particular, tratamentos psiquiátricos, com base na deficiência e forneça alternativas de tratamento baseado na comunidade.

III. Preocupação que pessoas com deficiência que não são consideradas responsáveis pela prática de um crime com base na deficiência podem estar sujeitos a medidas de segurança, incluindo a detenção por prazo indefinido.

Art. 24 A medida de segurança aplicada aos(às) portadores(as) de transtornos mentais ou em uso problemático de drogas em conflito com a lei e considerados inimputáveis, configuram-se em medidas de tratamento e não medidas de punição. Desta forma, estas(es) usuárias(os) passam a ser regidos pela Lei nº 10.216/2001, sendo a internação em instituições asilares proibidas.

Parágrafo Único As condições dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (“Inspeção aos manicômios” CFP, 2015) e a orientação de prioridade de cuidado em serviços comunitários pressupostos na Lei nº 10.216/2001, torna fundamental a reorientação das determinações vigentes para sua adequação a legislação sobre o tema e assim considerar iniciativas de cuidado em liberdade para a clientela portadora de transtorno mental e/ou usuários(as) problemáticos(as) de álcool e outras drogas tais como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI (ganhador do prêmio Innovare 2009) e criar novos protocolos para esta grave situação de violação de direitos no país.

Art. 25 A internação compulsória de usuária(o) de drogas sem a prática de delito configura-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

CAPÍTULO IV

MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DROGAS

Art. 26 A fiscalização, o monitoramento e a intervenção da esfera pública em políticas, programas e serviços para pessoas com transtorno mental e/ou com uso problemático de drogas constituem princípios sempre presentes nas convenções da ONU, devidamente assinadas pelo Estado brasileiro, bem como da legislação nacional resultante delas. Estes princípios devem ser respeitados e devidamente implementados. Entre estas normas, se destacam:

I - A Carta da ONU de 1991 (Princípios para a Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental): Monitoramento e Mecanismos de Intervenção: Os Estados devem assegurar que mecanismos adequados entrem em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, para apreciação, investigação e resolução das queixas, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de uma(o) usuária(o) (Princípio 22).

II – A Lei 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão/LBI: É dever de todos comunicar à autoridade competente qualquer forma de ameaça ou de violação aos direitos da pessoa com deficiência. Parágrafo único. Se, no exercício de suas funções, os juízes e os tribunais tiverem conhecimento de fatos que caracterizem as violações previstas nesta Lei, devem remeter peças ao Ministério Público para as providências cabíveis (Art. 7º). É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico (Art. 8º). Além destes artigos iniciais, a LBI apresenta disposições transitórias detalhadas (Título III, Artigo 97 e seguintes) para as várias instâncias do Estado brasileiro atuarem na defesa de direitos específicos em cada setor das políticas públicas brasileiras.

Art. 27 Todas as esferas comprometidas com o monitoramento e inspeção em serviços de saúde mental e drogas devem superar a precariedade, fragmentação e desarticulação dos processos e dos órgãos de fiscalização hoje existentes, tais como aqueles envolvendo a Vigilância Sanitária, Bombeiros, Ministério Público, conselhos e associações profissionais, comissões de sindicância do Legislativo, entre outros.

§ 1º Os processos de fiscalização devem ser desdobrados sem exceção em medidas corretivas e punitivas aos responsáveis pelas irregularidades e deste modo superar a hoje frequente ineficácia destas ações que

geram impunidade e perpetuação das violações de direitos.

§ 2º Os processos de fiscalização devem ser mais constantes e detalhados nos serviços do tipo asilar, que praticam a restrição de liberdade e do contato/comunicação com o mundo exterior, que frequentemente estabelecem tratamentos invasivos que resultam em diferentes graus de anulação da privacidade e subjetividade, e em violações de direitos.

Parágrafo único. Deve-se atentar de modo rigoroso e permanente para os serviços instalados em locais afastados dos centros urbanos e de difícil acesso (por restrição de entrada e visitação e/ou distância), como por exemplo as comunidades terapêuticas (CFP, MNPCT, MPFDC, 2018) e hospitais psiquiátricos. O contexto de isolamento do mundo e da visibilidade social, transformam em principais denunciante potenciais os usuários e seus familiares, os quais acabam tendo suas vozes caladas através da desqualificação de seus discursos e/ou coação direta. Assim, cabe às diversas instâncias responsáveis pela fiscalização um esforço adicional de implementar processos constantes de monitoramento, divulgação e conscientização dos direitos básicos que devem ser respeitados nestes tipos de serviços.

Art. 28 Os serviços abertos e comunitários de saúde mental e de drogas também devem ser alvo de fiscalização regular, baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos. É importante reconhecer que essas modalidades de serviços tendem a ser mais permeáveis aos processos de participação nas decisões, interposição de reivindicações e propostas de aperfeiçoamento. A fiscalização e controle pela própria comunidade, pelas(os) usuárias(os) e familiares, e pelos diversos dispositivos de controle social existentes na estrutura do próprio Sistema Único de Saúde (conselhos gestores, distritais, municipais, e nacional de saúde, e suas conferências nacionais), devem ser incentivadas e facilitadas por gestores e operadores do judiciário, garantindo a geração de dispositivos regulares de monitoramento.

Art. 29 O eventual contexto atual de sucateamento e desinvestimento na rede de saúde mental não podem justificar medidas que geram perda de direitos. Assim, cabe às instâncias públicas de monitoramento criarem mecanismos constantes de permeabilidade, escuta e articulação com os trabalhadores, usuárias(os)/familiares, suas associações/movimentos sociais, e com estes dispositivos de controle social já existentes, no sentido de acolher todas as denúncias que não foram devidamente corrigidas por essas instâncias internas aos programas de saúde e saúde mental.

Art. 30 As políticas e programas de saúde mental e drogas, em conjunto com todas as instâncias públicas de fiscalização das diversas modalidades destes serviços, devem garantir, desde o momento inicial de reconhecimento normativo, de autorização para funcionamento e particularmente para receberem verbas públicas de órgãos governamentais, a existência de protocolos claros e sistemáticos de fiscalização construídos e auditados pela sociedade civil, com prioridade à participação das(os) usuárias(os) e familiares.

Parágrafo único. Estes protocolos devem buscar garantir a transparência e todos os cuidados para que a atenção de populações em situação de vulnerabilidade promova de fato cuidado e promoção de sua saúde, cidadania, inclusão social e, fundamentalmente, garantia de respeito aos seus Direitos Humanos. Entre as referências para o desenvolvimento de tais processos estão instrumentos como o QualityRights (2012), da Organização Mundial de Saúde, normatizados e devidamente adaptados a países como o Brasil.

Art. 31 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

LEONARDO PENAFIEL PINHO

Presidente

Conselho Nacional dos Direitos Humanos

Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Penafiel Pinho, Presidente**, em 16/08/2019, às



12:48, conforme o § 1º do art. 6º e art. 10 do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.mdh.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **0881169** e o código CRC **E9D69B16**.

Referência: Processo nº 00135.220191/2019-17

SEI nº 0881169