

Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001¹

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Docente. Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

pedrogabrieldelgado@ipub.ufrj.br

Introdução

Nos idos de 1992, apresentei à Faculdade de Medicina da USP uma Tese de Doutorado intitulada “**Psiquiatras, Juízes e Loucos**” (Delgado, 1992a) na qual buscava articular o debate da cidadania com a loucura e a Reforma Psiquiátrica. Esse trabalho resultou no livro **As Razões da Tutela: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil** (Delgado, 1992b), que me propiciou participar à época de um intenso diálogo com profissionais de saúde mental e do direito em diversos lugares do Brasil, especialmente no espaço privilegiado da II Conferência Nacional de Saúde Mental², realizada naquele ano. Estar aqui hoje, atendendo ao honroso convite da Escola de Magistratura do Rio de Janeiro, e em plena Semana Nacional de mobilização dos movimentos sociais pela utopia da Sociedade Sem Manicômios e de comemoração dos 10 anos da Lei, é uma circunstância feliz, e para mim um reencontro com um tema que me acompanha, e mesmo me conduz, há mais de duas décadas.

A pergunta central do diálogo que travaremos hoje nesta Conferência não me parece que seja apenas: o que se passou desde então, com este desafio, à cidadania do louco? Tal indagação estará presente na linha do tempo que compartilharemos, inscrita em dois períodos, os 10 anos antes da lei e os recentes 10 anos, desde 6 de abril de 2001 quando a Lei 10.216³ foi sancionada e entrou em vigor. Parece-me importante reconstituir esse percurso, o que espero fazer de um modo claro e sucinto, concentrando-me na década atual para efeito de demonstração do argumento que apresentarei. Temos, portanto, uma pergunta relevante: o que se passou com o tema, com a démarche, com a indagação sobre a cidadania do louco no Brasil, desde a inauguração desse debate entre nós, que podemos remontar, pelo menos, aos efeitos imediatos da Constituição de 1988, caminhando até a aprovação da Lei em 2001, e, a seguir, em seus 10 anos de vigência? Primeiro momento: de 1989 a 2001, que abordaremos rapidamente; segundo momento, sobre o qual nos deteremos com mais cuidado: de 2001 a 2010.

Essa linha do tempo, a diacronia do desafio da “cidadania do louco”, será a pergunta subjacente ao nosso tema central que diz respeito à própria Lei 10.216. Para que serve a Lei? Qual a sua eficácia? Que impactos ela vem tendo sobre as práticas concretas da Justiça e da Saúde Mental nos últimos 10 anos? O que torna uma lei justa e desejável, o que a faz contribuir para a construção da equidade e do bem-comum? Que influência ela eventualmente vem tendo sobre a prática e o cotidiano dos Psiquiatras, Juízes e Loucos que mencionamos anteriormente, isto é, sobre as pessoas e instituições que concretamente constituem os protagonistas das políticas públicas no campo da saúde mental? E a pergunta-chave: que benefícios reais ela trouxe para pacientes e familiares?

Para completar a apresentação dos componentes deste diálogo, é preciso referir que os Direitos Humanos constituirão o leito natural de nossa argumentação, e aqui estaremos seguindo o velho Bobbio, com seu olhar otimista ao contemplar a Era dos Direitos (Bobbio, 1992) e as inúmeras potencialidades que essa diretriz ética traz para as relações entre Direito, Estado, Justiça, Sociedade, Políticas Públicas, Cultura, Práticas Terapêuticas. Tentaremos tomar os Direitos Humanos como diretriz e alicerce da argumentação sobre os 10 anos da Lei da reforma psiquiátrica. Dito isto, podemos começar este diálogo em três partes: Primeira - Antecedentes e germinação da Lei; Segunda - Em que consiste a Lei, quais suas premissas e seus mandamentos, como se deu sua aplicação nesses últimos 10 anos, seus limites e possibilidades; Terceira parte - Que nos ensina esse período, quais os caminhos que se descortinam para os Direitos do Paciente Mental, para a Justiça e para a Política Pública Intersetorial de Saúde Mental? Quais os obstáculos que se apresentam?

Antecedentes e germinação da Lei. Gênese do Componente da Reforma Psiquiátrica na Superestrutura Jurídica. Os Anos 90

Vamos repensar o contexto do final dos anos 80 e início dos 90. O Brasil saíra de uma longa ditadura militar através de um processo político que culminou na Assembleia Nacional Constituinte. A Constituição de 1988, cena pública excelente para expressar em ato a redemocratização do país, representa uma inflexão definitiva no campo dos direitos sociais e políticos e uma nova etapa do longo processo que, no campo da saúde mental, chamamos de Reforma Psiquiátrica. Na Constituição, o capítulo Da Ordem Social incorporou aspirações decisivas do chamado Movimento Sanitário, já formuladas em 1986 na histórica Oitava Conferência Nacional de Saúde, especialmente a determinação "Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado", conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o SUS - Sistema Único de Saúde, em 1990. No campo dos Direitos Humanos e da política para crianças e adolescentes, a substituição integral do paradigma menorista pelo da Criança Sujeito de Direitos inaugurou o caminho radicalmente novo dos direitos da infância e adolescência, que teve sua primeira materialização no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), também de 1990. A proteção ao trabalho ampliou seus mecanismos jurídicos. Direitos sociais, como educação, moradia, cultura, lazer, foram incorporados ao ordenamento constitucional, em uma formulação que, mesmo imprecisa e incompleta, aspirava à construção de um estado de bem-estar social brasileiro.

Esse era o contexto, auspicioso para a formulação e defesa de políticas públicas, do início dos anos 90, apesar de todas as fragilidades de uma democracia em processo de reconstrução. O campo da saúde mental como política pública já vinha, desde os anos 80, construindo o processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. Já havia sido implantado o primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, um serviço aberto para pacientes graves, substituto do hospital psiquiátrico fechado, o qual, nesse período, consumia 95%, em dados precisos, dos recursos financeiros públicos destinados ao atendimento aos pacientes mentais. Em 1987, o Brasil já tinha seu primeiro CAPS, vindo em seguida, a partir de 1988, a experiência de Santos, em que o governo municipal fechou o hospital psiquiátrico da cidade, cenário de abandono e maus-tratos, e o substituiu por uma rede de CAPS regionalizados. Naquele cenário de mudança social e de paradigmas, e também de intensa pulsão legiferante, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional que sustentasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento, na base territorial da organização dos serviços. Como fruto desse debate, e da ação coletiva que ia sendo construída, o deputado Paulo Delgado, do PT de Minas Gerais, apresentou à Câmara, em dezembro de 1989, o projeto de lei que veio a resultar, 12 anos e muitos debates depois, na lei 10.216.

Penso que é importante ressaltar, especialmente para os colegas do campo do Direito e de outras áreas profissionais, um fato que é de conhecimento geral entre psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde mental. Refiro-me ao intenso debate nacional que se travou ao longo dos anos 90, tendo como leit-motiv esse projeto de lei em tramitação, acerca dos modelos teóricos em confronto, da concorrência entre soluções diversas para a organização da rede de serviços, das premissas éticas do cuidado aos pacientes com sofrimento mental. Qual o melhor desenho para a rede de saúde mental pública no Brasil? Que papel devem ter os hospitais psiquiátricos (que, como já disse, detinham mais de 90% dos recursos do SUS para a saúde mental, situação que se manteve até o final da década de 90)? Como atender adequadamente aos pacientes mais graves? Como lidar, no Estado Democrático de Direito, com o tratamento involuntário, nos casos de risco para o paciente ou para outros?

Quando o projeto chegou ao Senado Federal, essa instituição organizou diversas audiências públicas, algumas com extraordinária participação de representantes dos segmentos interessados envolvidos, vindos de todo o país. Alguns trabalhos, especialmente dissertações e teses, e capítulos de livros, mas poucos artigos publicados em periódicos científicos buscam dar conta desse fenômeno importante de germinação de uma política pública e sua base jurídica, que marcou os anos 90 no campo da saúde

mental. A produção escrita é menor que a importância histórica do fenômeno, seja do ponto de vista de análise de política, de germinação de normas jurídicas e de etnografia de um novo campo social e profissional que ia se constituindo. São diversos aspectos cuja consideração é essencial para entendermos a forma que esse mesmo debate foi assumindo após a aprovação da lei no Congresso e sua sanção em abril de 2001. Os 10 anos posteriores à Lei, dos quais trataremos em seguida, não são integralmente compreensíveis sem as luzes desse processo histórico, sem a visão diacrônica das tensões, utopias, projetos, interesses, contradições e fantasias que constituem o campo da Reforma Psiquiátrica.

Mas é preciso, agora, introduzir um personagem novo na história, que deveria estar presente desde o início, mas que só pôde de fato entrar na cena luminosa da política quando um projeto de lei que propunha reconstruir a ordem da assistência psiquiátrica foi apresentado ao legislativo brasileiro. Não existia o paciente, como sujeito político. Tudo se fazia em nome dele, para seu bem, sempre o que parecia ser o melhor para ele. Mas ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito. Esta expressão "a cena luminosa da política" é de Hannah Arendt, em sua descrição dos dois mundos em que se dividia a cidade grega, o mundo luminoso da Pólis e a região ignota e sombria onde viviam os escravos, as mulheres, as crianças (Arendt, 1987). A imagem dessa filósofa, que pensou agudamente os direitos e a cidadania, é a de que o cidadão – essa invenção grega – saía de sua casa pela manhã e atravessava um "muro invisível" que o transportava à ágora, à ação, à liberdade, ao dever, à construção do mundo, na luz da Pólis. Esse muro invisível de Arendt sempre me leva a outro argumento que me parece decisivo, de Cornelius Castoriadis, a ideia de que a democracia, a política como exercício da liberdade e construção do futuro e do bem comum nasceu na Grécia (uma sociedade escravocrata) como um gérmen, o gérmen que aponta que "o sentido e as potencialidades desta criação [a democracia] não estão esgotados" e que a história é uma permanente criação "instituinte" da sociedade (Castoriadis, 1986, p.271).

Pois lá estavam os pacientes, que se autodenominavam usuários dos serviços de saúde mental, como delegados formais à II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, depois de participarem de centenas de conferências municipais pelo país afora. Não saíram mais da cena da política, como protagonistas. Na III Conferência Nacional, em 2001, foram mais numerosos, mais organizados, mais implicados na grave responsabilidade de que estavam investidos, como cidadãos que estavam "criando", no sentido de Castoriadis, em diálogo com os profissionais e o Estado, as bases consensuais para a construção e consolidação da política pública de saúde mental.

Nessa breve descrição dos antecedentes da aprovação da lei, observemos que a trajetória dos familiares dos pacientes, especialmente dos mais graves, internados por longos períodos nos hospitais psiquiátricos, seguiu um percurso diferente. Também participaram de todo o processo, e se organizaram de maneira vigorosa em entidade de âmbito nacional, mas em geral expressando um temor muito grande em relação à superação do paradigma hospitalocêntrico e, por isto, opondo-se à mudança do modelo de atenção. Participei de duas bancas examinadoras, uma de Mestrado, outra de Doutorado, sobre pesquisas que ouviram cuidadosa e exaustivamente esses familiares, vistos como "adversários da Reforma", a partir das quais se podia perceber a legitimidade dos sentimentos contraditórios que povoavam o discurso desses protagonistas decisivos do processo. Especialmente porque, pela injunção histórica de que, até então, só havia uma psiquiatria, a hospitalar, esses familiares se sentiam compreensivelmente desamparados ao serem convocados a aliar-se à defesa do modelo hospitalocêntrico (ver Vianna, 2002). Tive inúmeros momentos de diálogo, sempre tenso, com os familiares organizados em torno de associações que combatiam o projeto de lei em discussão, e sou testemunha da angústia e do sentimento de desamparo (certamente agravados pelas ameaças que ouviam em suas reuniões no ambiente dos hospitais psiquiátricos, de onde surgiu tal movimento) que essas famílias revelavam diante de uma mudança que, para nós, era uma busca da humanização e melhora do atendimento, mas para elas significava a pura incerteza quanto ao futuro. Somente quando os serviços comunitários, os CAPS, se tornaram mais presentes e mais consistentes no cenário da saúde pública brasileira, depois da aprovação da Lei, é que os familiares passaram a expressar posições, sempre inquietas e cuidadosas, porém mais abertas aos novos serviços comunitários de atenção.

Em que consiste a Lei, quais suas premissas e mandamentos?

O texto final aprovado em 2001 tem importantes diferenças em relação ao Projeto de Lei número 3657 de 1989, resultado das diversas mudanças introduzidas, ao longo de 12 anos, por seus relatores na Câmara Federal e no Senado. O projeto original tinha três artigos que, suscintamente, determinavam: (1º) "a extinção progressiva dos manicômios", expressão que ficou marcada na identidade da proposta em todos os debates dos anos 90, mas que era seguida de "sua substituição por serviços comunitários" de diversas modalidades; (2º) a implantação da rede comunitária de serviços, associados a diversas iniciativas de proteção dos direitos do paciente e promoção de sua integração social, e (3º)

regulamentava a internação psiquiátrica involuntária. Era um texto de menos de uma página, com três artigos diretos, sucintos e, a meu juízo, muito claros.

O debate legislativo que resultou no texto final que se tornou lei é, em si mesmo, muito significativo e revelador das tendências e concepções em jogo. Não tenho conhecimento de algum estudo a respeito dos diversos substitutivos que foram propostos, com as devidas peças de justificação. É um arquivo fácil de recuperar, exceto quanto às inúmeras, às vezes diárias, versões provisórias que eram produzidas na azáfama enlouquecida que é o processo legislativo agudo submetido às pressões diretas dos movimentos pró e contra a Reforma da política de saúde mental (Brasil, 2004; Brasil, Senado Federal, 2001). Identifico, muito ligeiramente, duas tendências principais, dentre os legisladores que propunham substitutivos ao projeto de lei (excluo, para este propósito, os pareceres contrários ao projeto como um todo e que não apresentavam substitutivo). A primeira era a tendência de claramente descaracterizar a proposta de mudança de modelo de atenção, mantendo o hospitalocentrismo e acrescentando a ele adornos comunitários. Nesses projetos, o controle da internação involuntária era mantido como princípio, mas assumia uma regulamentação muito subordinada à perícia psiquiátrica. Entretanto, tínhamos aí um ponto em comum: todos queríamos regulamentar a internação involuntária. Essas propostas eram defendidas pelas corporações médicas e entidades que representavam os hospitais psiquiátricos. A outra linha de proposta substitutiva era de origem mais jurídica, onde se tomava o tema do tratamento do paciente mental, não apenas sua internação, como um procedimento a ser regulado por medidas da mesma natureza "do devido processo legal". Essa segunda tendência, que não mostrava a mesma afinidade que a anterior com o hospitalocentrismo terapêutico, era, entretanto, mais conservadora do ponto de vista da autonomia e liberdade da pessoa portadora de transtornos mentais. Menciono essas duas tendências (além de sugerir que alguém da área do Direito possa um dia se debruçar sobre os textos arquivados no Congresso para uma análise aprofundada das premissas éticas, conceituais e constitucionais implicadas), quais sejam, a) a de restauração do modelo biomédico e hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental, e b) a de "judicialização" do cuidado, porque penso que elas constituem núcleos temáticos presentes em todo o longo debate que ainda teremos pela frente no que concerne à melhor forma de lidar com os sujeitos com sofrimento mental (sofrimento que frequentemente se expressa na forma de comportamentos que geram rechaço social) e os usuários de drogas, no Estado Democrático de Direito.

Todos conhecem o texto da Lei 10.216/2001⁴. Após esses anos de vigência, considero que sua redação final teve mais aperfeiçoamentos do que danos ao longo da negociação no Congresso. Seu artigo 1º, integralmente dedicado à afirmação positiva dos direitos dos pacientes, na tendência dos direitos de terceira e quarta geração de Norberto Bobbio (Bobbio, 1992), incorpora a orientação geral da Resolução das Nações Unidas de 1991, e se contrapõe frontalmente a seu antecessor normativo em nosso país, o Decreto n. 25.559, de 3 de julho de 1934. O Decreto de Vargas, afirmando a "proteção" dos psicopatas, tinha seu alicerce na defesa social, e convalidava o estatuto de incapacidade civil genérico de todos os pacientes. A lei de 2001 é o contrário, o oposto simétrico: ela se fundamenta nos direitos, específicos e difusos, e na cidadania plena dos pacientes. Em seguida, o artigo 2º elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário, o que é reforçado em todo o artigo 4º, que estabelece a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. O controle e limites da internação involuntária se mantêm desde o texto original, posteriormente regulamentado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002/2004). É um dos pontos a serem aperfeiçoados, não na Lei, mas em sua aplicação concreta. O artigo 5º, dos pacientes de longa permanência em hospitais, que ainda são cerca de nove mil em nosso país, deu origem à outra lei da Reforma, aprovada em 2003, que institui o Programa De Volta para Casa (Brasil, 2004).

Há cerca de dois ou três anos, participei de um debate na Associação Brasileira de Promotores da Infância e Juventude, uma entidade muito atuante, com intervenções claras em defesa dos direitos de crianças e adolescentes e da justa aplicação das normas. Em meu período como coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde tivemos com essa entidade uma integração muito positiva. Coube-me apresentar as direções da política para atenção em álcool e drogas de adolescentes, especialmente em função do grave problema do crack e da vulnerabilidade dos jovens em situação de rua. Logo depois de mim, uma promotora da Infância e Adolescência fez uma exposição extremamente clara e didática da Lei 10.216 dirigida aos operadores de direito presentes, defendendo com ênfase a eficácia e utilidade desse instrumento legal na orientação do ofício diário de promotores e defensores da infância. Essa experiência, de ouvir a avaliação positiva da Lei pelos operadores do Direito tem sido muito frequente, e está presente em diversas publicações técnicas do Ministério Público e da Justiça, em municípios e estados.

Porém, devo citar uma interpretação da lei que considero inadequada e desastrosa, e felizmente é um caso isolado. Na criação da Unidade Experimental, instituição do estado de São Paulo vinculada à Fundação A Casa, que atende jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, o argumento da "internação compulsória" busca amparo na lei 10.216. Ora, essa lei não trata da internação compulsória e não pode ser invocada para justificar a manutenção, por tempo indeterminado, de alguns jovens que cometeram delitos em uma instituição de confinamento. O caso da Unidade Experimental, que não

encontra amparo legal seja no ECA, seja no Código Penal, e muito menos na lei 10.216, é um fenômeno-limite, que se mantém como uma anomalia jurídica, ética e constitucional, e que nos causa desconforto a todos. Menciono isso em função da gravidade dessa situação e pelo fato de que ela invoca a lei 10.216, com uma menção indevida.

Que se passou, no plano da política pública, nesses 10 anos de vigência da Lei 10.216? Qual o impacto da Lei? Que aprendemos com essa experiência?

Tentando ser breve, farei uma rápida referência a alguns fatos que me parecem relevantes, começando pela ampliação da rede pública de atenção em saúde mental. Logo após a aprovação da lei, em abril de 2001, seguiu-se, em dezembro do mesmo ano, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, e, meses depois, uma medida da gestão pública do SUS que determinou recursos financeiros específicos para a rede territorial com base na sustentação legal da lei recém-aprovada. Refiro-me à portaria 336, de fevereiro de 2002 (Brasil, 2004), que criou as diversas modalidades de CAPS (de acordo com o porte: I, II e III, este último funcionando 24 horas, ou com a finalidade: álcool e outras drogas – CAPS-AD, e crianças e adolescentes – CAPS-i). Instituiu o CAPS infanto-juvenil, pois não havia uma política para crianças e adolescentes, que foi criada com amparo na lei e nas deliberações da III Conferência.

É curioso notar, estudando o que se passou nos anos 90, a ausência do tema de crianças e adolescentes no debate da Reforma Psiquiátrica. A II Conferência, de 1992, foi extraordinária, a primeira em que os pacientes participaram como delegados; ela formulou as linhas gerais da política de saúde mental que o Brasil construiria nos anos seguintes. Porém, seu Relatório Final não faz menção a crianças e adolescentes, apenas uma frase quase que apenas constatando que esses seres existem. É um fato significativo, pois foi nos anos 90 que mais se discutiam os rumos das políticas de crianças e adolescentes e a de saúde mental através do debate do ECA e o da Reforma psiquiátrica – porém, as duas políticas não se encontraram! Já em 2001, havia todo um capítulo, no Relatório da Conferência, sobre crianças e adolescentes e, agora, na IV Conferência de 2010, também se retoma a política de crianças e adolescentes, nesse momento, incorporando a questão da violência, as crianças de rua e uso de crack (mais do crack que das drogas de um modo geral, refletindo o contexto conjuntural desse debate), incorporando fortemente a discussão dos direitos humanos e das medidas socioeducativas (Brasil, 2002; 2010). É importante mencionar que até a discussão sobre crianças e adolescentes nós podemos atribuir à sustentação dada por essa lei e a todo o aumento da rede de serviços de saúde mental. Essa nova rede de serviços, que apresenta potencialidades e lacunas, constituída de 1620 Centros de Atenção Psicossocial, mudou a geografia da saúde mental no país, interiorizando serviços para pequenos municípios de regiões desassistidas. A ampliação dos recursos financeiros e humanos destinados a atender à saúde mental no decurso desses 10 anos está amparada no fato de existir uma legislação que determina tal medida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), nas suas avaliações quinquenais dos países em relação à saúde mental, toma como primeiro elemento para analisar o avanço do acesso da saúde mental nos países, a existência de uma lei nacional. Em 2001, ano da aprovação da lei, a Assembleia Mundial da OMS teve como tema central a saúde mental. Isso ajudou muito para que a lei brasileira fosse aprovada e sancionada naquele ano pelo Governo Federal. Semanas depois da sua aprovação, o Brasil levou à Organização Mundial da Saúde, como contribuição do país para o ano internacional da saúde mental, a sanção governamental da lei, o que foi extremamente relevante e reconhecido por todos os países como um fato positivo. Desde então, a OMS vem acompanhando o processo brasileiro, com todas as suas dificuldades e problemas. Esse é um dos processos nacionais que a entidade cita como exemplo de enfrentamento da iniquidade em saúde mental. Enfrentamento, não solução ou milagre e, sim, compromisso concreto do estado nacional com a questão da saúde mental. No mundo inteiro, são 10 os países mencionados como exemplo, dos 190 países do sistema das Nações Unidas, entre os quais o Brasil (WHO, 2008).

Um segundo ponto que desejo mencionar, além da ampliação do acesso ao tratamento, é o fato de que houve uma mudança qualitativa do debate sobre a questão da cidadania. A lei foi criada com toda a efervescência dos anos 90, com a legitimidade construída pelo longo debate e pelos avanços obtidos na mudança do modelo de atenção. A partir de sua aprovação, ela passa a ser um polo orientador do próprio debate. Grupos que consideram que o Brasil tem uma Política de Saúde Mental equivocada, como os segmentos vinculados a hospitais psiquiátricos ou a algumas associações profissionais, todos defendem a lei 10.216. O que dizem é que ela poderia estar sendo mal aplicada, mas não há uma contestação explícita da própria lei. Claro, não sejamos ingênuos, nesses 10 anos, várias vezes por ano, propostas de mudança da lei foram apresentadas no Congresso brasileiro. O governo é sempre parte nessa questão, convocado através do Ministério da Saúde, e sempre se manifestou contrário às mudanças da Lei 10.216. Em sua maioria, as propostas de mudança manifestavam, explicitamente, a intenção de aperfeiçoar a lei, às vezes esclarecendo um termo, às vezes acrescentando alguma medida,

às vezes atendendo à reivindicações legítimas que vinham de segmentos, por exemplo, pais de autistas, que desejavam incorporar também a referência a algum tema específico. A posição do Ministério da Saúde, que representei como gestor nessas sessões no Congresso, sempre foi a seguinte: toda a regulamentação é possível e desejável, no nível infra-legal, sem mudança do texto da Lei, pois a revisão do texto legal representa, de fato, a revisão dos preceitos fundamentais que a constituem e que continuam válidos para nós. Em algumas outras situações, apresentaram-se claramente propostas de revogação da lei. Portanto, 10 anos depois, se a lei se consolidou e se legitimou, através da implantação real de boa parte dos seus mandamentos, o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual.

Uma história trágica e o caso jurídico dela decorrente ilustram o aprofundamento e radicalização do debate da cidadania nesse período de vigência da lei. Trata-se do processo Damião Ximenes. O Brasil foi levado a julgamento na Corte Internacional de Direitos Humanos da Costa Rica por um caso ocorrido em 1999, a morte de Damião Ximenes Lopes, um paciente que faleceu em decorrência de violência cometida em um hospital psiquiátrico de Sobral, no interior do Ceará. O Brasil ter sido levado à Corte Internacional por denúncia de violação dos direitos humanos no campo da saúde mental é fato extremamente relevante. O evento trágico aconteceu em 1999, antes da lei, mas isso não importa: o fato para o qual chamo a atenção aqui e que tem diretamente a ver com o tema dos direitos humanos é o próprio julgamento e suas consequências. O Brasil é signatário do tratado de São José, que institui a Corte Interamericana de Direitos Humanos (os Estados Unidos, país mais poderoso do continente, não reconhecem a Corte), e foi levado a julgamento em relação à responsabilidade do Estado brasileiro na morte de Damião Ximenes. Tal situação era aparentemente um paradoxo: o país que se esforçava para construir uma política de saúde mental ancorada na defesa dos direitos humanos foi justamente aquele levado ao tribunal internacional sobre esse tema, no primeiro caso de afronta aos direitos humanos no campo da saúde mental. A posição brasileira na Corte foi clara: reconheceu a responsabilidade do estado brasileiro na morte do paciente Damião Ximenes. Por razões constitucionais, para esse reconhecimento foi necessária a autorização do Presidente da República e o presidente Lula autorizou a delegação brasileira a tomar essa posição histórica. Foi sob o espírito da lei que aprovou em 2001 que o estado brasileiro tomou tal decisão, embora a denúncia se referisse a um fato anterior à Lei. A defesa brasileira se deu nos seguintes termos: reconhecia a responsabilidade pelo fato, mas argumentava que vinha tomando todas as medidas para a não-repetição, conceito importante nos tribunais de direitos humanos, que obriga o país a comprovar que está tomando as medidas e providências para que o agravo aos direitos humanos não se repita. Essas medidas eram a própria edição da lei, as medidas de fiscalização e fechamento de estabelecimentos como a Clínica Guararapes, de Sobral, leis como a do Programa De Volta para Casa e a substituição do modelo de atendimento centrado em hospitais pela rede de serviços comunitários. Recomendo a todos a leitura da sentença condenatória, como peça importante deste debate crucial dos direitos humanos de pessoas que sofrem transtornos mentais em nosso país (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2006). Lembro-me que, quando saiu a sentença, meses depois do julgamento, uma advogada que participou da delegação brasileira me ligou bem cedo e disse, em uma frase de lógica improvável: saiu a condenação, mas nunca vi uma sentença condenatória tão favorável. É que a sentença condenava o Brasil, que já havia reconhecido sua responsabilidade, mas reconhecia os esforços pela garantia de não-repetição, o avanço da legislação brasileira, citado como único país da região das Américas que tinha uma lei baseada nos direitos dos usuários e familiares, e reconhecia também os esforços de reparação, financeira e simbólica, à família de Damião Ximenes, inclusive o fato de o serviço comunitário de saúde mental de Sobral ter recebido o nome de CAPS Damião Ximenes Lopes.

Nos 10 anos da Lei, inaugurou-se uma nova fronteira para a política pública de saúde mental, a da intersetorialidade. Após grande mobilização de usuários e familiares, foi convocada a IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, cujo Relatório já está disponível (Brasil, 2010). Penso que a IV Conferência abre uma possibilidade muito grande para a construção de ações mais decisivas na área de geração de renda (sob a diretriz da economia solidária), educação, assistência social, justiça, cultura. Especialmente, amplia a eficácia do debate dos direitos humanos. A Secretaria de Direitos Humanos, que participou da convocação da Conferência com o Ministério da Saúde, defendeu a proposta de instalação efetiva do Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos. Essa articulação já tinha sido criada anteriormente, em 2008, por medida interministerial dos ministérios da Saúde e Secretaria de Direitos Humanos, mas ainda não tinha conseguido implantar-se de forma efetiva. Apesar de, na Conferência Nacional, terem se manifestado posições contrárias, que diziam que não deveria existir algum organismo de direitos humanos que fosse ligado ao governo, essa importante proposta foi aprovada. Atualmente não estou mais no governo, mas sigo defendendo a tese de que a questão dos direitos humanos tem que ser compartilhada como responsabilidade pela sociedade e pelo Estado: a sociedade é instituinte do Estado e o Estado tem que ser co-partícipe dessa responsabilidade. Mecanismos mistos como o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental ampliam a capacidade de monitoramento, defesa e proteção dos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Esse monitoramento em relação aos direitos humanos de usuários e familiares deve incidir não apenas sobre os leitos de hospital psiquiátrico ainda existentes no país (são 32.800 atuais no SUS; eram 53.000 em 2001, quando a lei foi promulgada), mas também sobre os serviços de hospital geral, os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Atenção Básica, Centros de Convivência e todos os serviços da rede de saúde

mental comunitária. Considero que saúde mental e direitos humanos, nos 10 anos da lei 10.216, são uma das fronteiras mais promissoras do campo da Reforma Psiquiátrica.

Para concluir, quero ressaltar que, para mim, a questão central é o desafio do protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um todo no debate da saúde mental. Penso que a Lei permitiu, em seus 10 anos de vigência, uma mudança da direção do debate. Hoje o debate da Saúde Mental não é mais, como não deve ser, uma discussão de especialistas. Os especialistas, sejam do Direito, sejam da Psiquiatria, da Saúde Mental, da Psicologia, da Psicanálise são atores importantes e parte integrante de um debate que é da cidadania, da sociedade. Retornando agora para a universidade, queria dizer que é para mim um desafio extremamente importante, ao qual pretendo me dedicar, a serviço da reforma psiquiátrica, essa questão do compartilhamento dos saberes na saúde mental. Alguns artigos científicos se referem ao tema com a expressão *knowledge transfer* ou *knowledge translation*, transferência do conhecimento, (Jacobson et al, 2003; McGrath et al, 2009), o desafio de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja apreensível por todos, no sentido de aumentar a autonomia da sociedade, dos pacientes, dos familiares, da sociedade como um todo, de modo que o debate sobre a saúde mental não seja um debate ideológico, tecnocêntrico, não seja marcado pelo desamparo, por nossas próprias fantasias em relação à loucura, por nossos próprios preconceitos em relação à experiência humana designada como loucura. Não se trata de prescindir do especialista e da produção de evidências científicas sobre os transtornos mentais e seu tratamento, mas de acolher também "o saber de experiências feito", como diz o verso de Camões, e construir laços dialogais permanentes e produtivos que propiciem uma autonomia cada vez maior de usuários e familiares em lidar com o seu cotidiano e que, do mesmo modo, construam uma perspectiva crítica sobre a ciência e o senso-comum. Para isso é preciso criar mecanismos onde a sociedade possa buscar informações que sejam submetidas a uma ética do não-enviesamento, seja profissional, seja de corporações, seja de interesses existentes, seja por conta dos reducionismos que frequentemente marcam a ciência, produzindo afirmações equivocadas ou preconceituosas que se transformam em verdades evidentes por si mesmas. Trata-se de um desafio que vai além da democratização da informação, acerca, por exemplo, da experiência da psicose, ou do consumo prejudicial de drogas, e traz para a cena os próprios usuários e familiares, não só como cidadãos de direitos, mas atores protagonistas na construção do conhecimento. Outros países já iniciaram esse esforço que tem feito avançar a condição de autonomia e de bem estar das pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Referências

- Arendt, H. (1987). *A condição humana*. Rio de Janeiro : Editora Forense Universitária.
- Brasil. Senado Federal. (2001) *Relatórios relacionados ao projeto de lei 08/91 (3657/89 na Câmara Federal)*. Biblioteca do Senado. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002) *III Conferência Nacional de Saúde Mental 2001. Relatório Final*. Brasília: Editora MS. (disponível em www.saude.gov.br/saudemental).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004) *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 5ª. edição ampliada. Brasília: Editora MS. (disponível em www.saude.gov.br/saudemental).
- Brasil. (2005) *Lei n º 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010) *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final*. Brasília (disponível em www.saude.gov.br/saudemental)
- Bobbio, N. (1992). *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Castoriadis, C. (1986). *As Encruzilhadas do Labirinto 2: Os Domínios do Homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra
- Corte Interamericana de Direitos Humanos. (2006). *Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006*. (Mérito, Reparações e Custas). Disponível em www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf

Delgado, P. G. G.. (1992a). *Psiquiatras, Juizes e Loucos: Modelos de Interação entre a Psiquiatria e a Justiça, na Conjuntura da Luta pela Cidadania Plena e Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP).

Delgado, P. G. G.. (1992b). *As razões da tutela. Modelos de Interação entre a Psiquiatria e a Justiça, na Conjuntura da Luta pela Cidadania Plena e Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

Jacobson, N; Butterill, D.; Goering, P. . (2003). Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *Journal of Health Services Research & Policy*. 8 (2), 94-99.

McGrath, P. J.; Lingley-Pottie, P., Emberly, D.J., Thurston, C., & McLean, C. (2009). Integrated Knowledge Translation in Mental Health: Family Help as an Example .J *Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 18 (1), 30-37.

Vianna, P. C. M. *A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição*. (2002). Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo.

WHO. World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Disponível em www.who.int.

¹Este artigo constitui a versão revista de conferência pronunciada na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, no dia 19 de maio de 2011.

²Nota do Editor: O relatório dessa conferência pode ser consultado em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

³Nota do Editor: A Lei no 10.216, datada de 6 de abril de 2001 é a referência de base da atual Política Nacional de Saúde Mental. Essa lei "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".

⁴Nota do Editor: O texto da lei, em sua íntegra, está disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm