UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"Júlio de Mesquita Filho"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais: análise de violações no âmbito dos sistemas de proteção europeu e interamericano

FRANCA

2025

CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais: análise de violações no âmbito dos sistemas de proteção europeu e interamericano

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como requisito para obtenção do Título de Doutor – Área de Concentração "Sistemas Normativos e Fundamentos da Cidadania".

Orientadora: Profa. Dra. Jete Jane Fiorati

Linha de Pesquisa: Cidadania Social e Econômica e Sistemas Normativos

Projeto de Pesquisa 2: Políticas Públicas e Direitos Sociais – uma abordagem de direito comparado e de direito internacional

FRANCA

2025

VENTURA, CARLA APARECIDA ARENA

Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais: análise de violações no âmbito dos sistemas de proteção europeu e interamericano / CARLA APARECIDA ARENA VENTURA. -- Franca, 2025.
356 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca.
Orientadora: Jete Jane Fiorati

1. proteção internacional dos direitos humanos. 2. direito à saúde. 3. saúde mental. 4. pessoas com transtornos mentais. 5. modelos de proteção regional de direitos humanos. 6. violações de direitos humanos. I. Título.

CARLA APARECIDA ARENA VENTURA

Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais:
análise de violações no âmbito dos sistemas de proteção europeu e interamericano

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como requisito para obtenção do Título de Doutor.

Área de Concentração "Sistemas Normativos e Fundamentos da Cidadania".

Data da defesa: ____/____/_____

Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Jete Jane Fiorati

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Campus de Franca

_____

Profa. Dra. Elisabete Maniglia

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Campus de Franca

_____

Prof. Dr. João Grandino Rodas

Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP)

_____

Prof. Dr. Valério Mazzuoli

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

_____

Profa. Dra. Tania Morgado

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Agradecimentos

À minha mãe, Mariluci, e ao meu pai, José Carlos (in memoriam), por serem minha maior inspiração.

Ao meu marido, Eduardo, e aos meus filhos, Pedro, Vítor e Lucas, pelo apoio incondicional.

À Profa. Dra. Jete Jane Fiorati, pelo exemplo, confiança e parceria ao longo do caminho, desde o Mestrado até este momento.

Aos meus alunos, Maria e Arthur, pela valiosa contribuição na coleta de dados.

A todos que, de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho!

RESUMO

VENTURA, C. A. A. **Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais: análise de violações no âmbito dos sistemas de proteção europeu e interamericano.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca, 2025.

O movimento de proteção internacional dos direitos humanos se consolidou em resposta às atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial. Dentre os direitos humanos, destacam-se os direitos sociais, como o direito à saúde e à saúde mental. No contexto da saúde mental, dados demonstram que os transtornos mentais constituem sério problema de saúde pública, uma vez que afetam mais de 4% da população adulta no mundo, ou seja, uma em cada quatro pessoas apresenta um tipo de transtorno mental em alguma fase de sua vida. O histórico de violações aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, geralmente excluídas de uma participação significativa na sociedade civil, reafirma sua vulnerabilidade a violações de direitos, discriminação e estigma social. Nesse cenário, pode-se afirmar que o avanço da proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais representa importante conquista, que emergiu em razão de esforços coletivos provenientes de dois movimentos sociais internacionais: o movimento de proteção dos direitos humanos e o movimento de proteção dos direitos das pessoas com deficiência. No contexto do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, foram conformados, além do sistema global, sistemas protetivos regionais, como o Sistema Europeu, consolidado a partir de 1950, o Sistema Interamericano, iniciado a partir de 1969 e o Sistema Africano, afirmado a partir de 1981. Apesar desses avanços, ainda são recorrentes as violações de direitos humanos, de forma geral, e de grupos da população como as pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, esta pesquisa de doutorado apresentou como objetivo geral analisar os direitos das pessoas com transtornos mentais violados e julgados no âmbito dos sistemas de proteção de direitos humanos europeu e interamericano no período de 2000 a 2023. Trata-se de estudo indutivo, descritivo e comparativo que busca suprir importante lacuna na discussão dos direitos humanos à saúde e à saúde mental, inserido na linha de pesquisa Cidadania Social e Econômica de sistemas normativos, com base em uma abordagem do direito internacional e direito comparado. As sentenças foram coletadas nos sites da Corte Europeia de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos, utilizando-se como critério de inclusão: julgamentos com violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais, embasando-se na definição de transtorno mental do Plano de Ação em Saúde Mental da OMS de 2013-2020. Foram excluídas: sentenças em que a Corte julgou não haver violação de direitos humanos; sentenças em que a pessoa com transtorno mental tenha cometido qualquer tipo de crime ou ato ilícito; sentenças em que as questões de saúde mental ou transtornos de saúde mental resultaram das violações ocorridas. Ao final, 41 sentenças proferidas pela Corte Europeia de Direitos Humanos e 2 sentenças da Corte Interamericana compuseram a amostra do estudo, totalizando 43 sentenças. As sentenças selecionadas foram lidas e relidas e os dados relacionados ao caso, ano, histórico, direitos violados, reparações, e legislação analisada pela Corte foram extraídos por meio de roteiro estruturado. Da análise documental emergiram temas centrais de violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais para cada caso. Com uma abordagem original no tratamento do tema, para cada sentença, foram indicados os itens da lista de checagem inserida no documento "Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática" da OMS e considerados não atendidos. Como resultado, os achados foram interpretados a partir dos temas centrais obtidos em cada sistema e analisados à luz do referencial teórico de proteção internacional dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais, com foco no direito à

saúde e direito à saúde mental. No sistema europeu de proteção emergiram os seguintes temas centrais: “acesso à justiça”, “acesso ao prontuário médico”, “acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental”, “capacidade jurídica”, “direito de registrar como pai filha biológica”, “internação involuntária e compulsória”, “limitação e restrição de contato com filhos”, “pessoa com transtorno mental participante de pesquisa” e “tratamento desumano e degradante”. No sistema interamericano emergiram os temas centrais: “acesso à justiça”, “internação involuntária” e “tratamento desumano e degradante”. Posteriormente, foram comparadas as semelhanças e diferenças notadas no âmbito dos temas centrais de cada sistema e entre os sistemas. Observou-se que as violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais analisadas neste estudo podem ser consideradas uma emergência de saúde global e resultam de um cenário de subinvestimento, falta de compromisso político e institucional e legislações que infringem os direitos humanos desses indivíduos, com impacto ainda mais negativo sobre sua saúde e saúde mental. Destaca-se que as jurisprudências coletivas dos sistemas regionais europeu e interamericano trazem interpretações inovadoras e referências significativas contra violações aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. No que diz respeito aos potenciais impactos da tese, pode-se afirmar que preenche uma lacuna importante no campo do direito internacional e comparado ao oferecer uma análise sistematizada das violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais em dois sistemas regionais distintos e contribui para a intersecção entre direitos humanos, direito à saúde e saúde mental, oferecendo um referencial para pesquisas futuras, na área jurídica e na saúde pública. Em suma, o impacto da tese é potencialmente significativo para o avanço da proteção jurídica, social e política de um dos grupos mais vulneráveis e historicamente marginalizados no campo dos direitos humanos.

Palavras-chave: proteção internacional dos direitos humanos, direito à saúde, saúde mental, pessoas com transtornos mentais, modelos de proteção regional de direitos humanos, violações de direitos humanos.

ABSTRACT

VENTURA, C. A. A. **Human Rights of Persons with Mental Disorders: Analysis of Violations within the European and Inter-American Protection Systems.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca, 2025.

The international human rights protection movement emerged in response to the atrocities committed during World War II. Among human rights, social rights such as the right to health and mental health stand out. In the context of mental health, data show that mental disorders constitute a serious public health problem, affecting more than 4% of the adult population worldwide—that is, one in four people experiences a mental disorder at some point in their lives. The history of human rights violations against persons with mental disorders, who are generally excluded from meaningful participation in civil society, reaffirms their vulnerability to rights violations, discrimination, and social stigma. In this scenario, the advancement in protecting the human rights of persons with mental disorders represents an important achievement that emerged from the collective efforts of two international social movements: the human rights protection movement and the movement for the rights of persons with disabilities. Within the context of the international human rights protection movement, regional protection systems have been established in addition to the global system, such as the European System, consolidated since 1950; the Inter-American System, initiated in 1969; and the African System, affirmed since 1981. Despite these advances, human rights violations remain recurrent, both in general and among groups such as people with mental disorders. In this regard, the aim of this doctoral dissertation was to analyze the human rights of persons with mental disorders that have been violated and adjudicated within the European and Inter-American human rights protection systems during the period from 2000 to 2023. This inductive, descriptive, and comparative study seeks to fill an important gap in the discussion of the human rights to health and mental health, within the research field of Social and Economic Citizenship in normative systems, based on an approach from international and comparative law. The judgments were collected from the websites of the European Court of Human Rights and the Inter-American Court of Human Rights, using as an inclusion criterion those cases involving human rights violations against persons with mental disorders, based on the definition of mental disorder from the WHO Mental Health Action Plan 2013–2020. Cases were excluded if the Court found no human rights violation; if the person with a mental disorder had committed any crime or illicit act; or if mental health issues or disorders resulted from the violations that occurred. In the end, 41 judgments issued by the European Court of Human Rights and 2 judgments from the Inter-American Court of Human Rights composed the study sample, totaling 43 judgments. The selected judgments were read and re-read, and data related to the case, year, history, violated rights, reparations, and legislation analyzed by the Court were extracted using a structured guide. Document analysis revealed central themes of human rights violations against people with mental disorders for each case. With an original approach to analyze the theme, for each judgment, items from the checklist in the WHO document “Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice” were also identified as unmet. Consequently, the findings were interpreted based on the central themes obtained in each system and analyzed in light of the theoretical framework for the international protection of the human rights of persons with mental disorders, focusing on the right to health and the right to mental health. Within the European protection system, the following central themes emerged: “access to justice”, “access to medical records”, “unauthorized third-party access to mental health information”, “legal capacity”, “right to register as the biological parent”, “involuntary and compulsory hospitalization”, “limitation and restriction of contact with children”, “participation of persons

with mental disorders in research", and "inhuman and degrading treatment". In the Inter-American system, the central themes identified were: "access to justice", "involuntary hospitalization", and "inhuman and degrading treatment". Subsequently, similarities and differences among the central themes within each system and between the systems were compared. Results showed that the human rights violations against persons with mental disorders analyzed in this study can be considered a global health emergency, resulting from underinvestment, a lack of political and institutional commitment, and legislation that infringes upon these individuals' human rights, with an even more negative impact on their overall and mental health. It is noteworthy that the collective jurisprudence of the European and Inter-American regional systems provides innovative interpretations and significant references against violations of the human rights of persons with mental disorders. Regarding the potential impacts of the dissertation, it fills an important gap in the field of international and comparative law by offering a systematized analysis of human rights violations of persons with mental disorders in two distinct regional systems, and contributes to the intersection between human rights, the right to health, and mental health, providing a framework for future research in both legal and public health fields. In summary, the impact of the dissertation is potentially significant for advancing the legal, social, and political protection of one of the most vulnerable and historically marginalized groups in the field of human rights.

Keywords: international human rights protection, right to health, mental health, persons with mental disorders, regional human rights protection models, human rights violations.

RESUMEN

VENTURA, C. A. A. **Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales: Análisis de Violaciones en el Ámbito de los Sistemas de Protección Europeo e Interamericano.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca, 2025.

El movimiento de protección internacional de los derechos humanos se consolidó en respuesta a las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial. Entre los derechos humanos, se destacan los derechos sociales, como el derecho a la salud y a la salud mental. En el ámbito de la salud mental, los datos demuestran que los trastornos mentales constituyen un grave problema de salud pública, ya que afectan a más del 4 % de la población adulta en el mundo; es decir, una de cada cuatro personas experimenta un trastorno mental en algún momento de su vida. El historial de violaciones a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, quienes generalmente quedan excluidas de una participación significativa en la sociedad civil, reafirma su vulnerabilidad frente a violaciones de derechos, discriminación y estigma social. En este contexto, se puede afirmar que el avance en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales representa un importante logro, que ha surgido gracias a los esfuerzos colectivos de dos movimientos sociales internacionales: el movimiento de protección de los derechos humanos y el movimiento de protección de los derechos de las personas con discapacidad. Dentro del movimiento internacional de protección de los derechos humanos, se han conformado, además del sistema global, sistemas de protección regionales, tales como el Sistema Europeo, consolidado desde 1950; el Sistema Interamericano, iniciado a partir de 1969; y el Sistema Africano, afirmado desde 1981. A pesar de estos avances, las violaciones a los derechos humanos continúan siendo recurrentes, tanto en general como en grupos específicos como las personas con trastornos mentales. En este sentido, la presente investigación doctoral tuvo como objetivo general analizar los derechos de las personas con trastornos mentales que han sido violados y juzgados en el ámbito de los sistemas de protección de derechos humanos europeo e interamericano en el período 2000–2023. Se trata de un estudio inductivo, descriptivo y comparativo que busca suplir una importante laguna en el debate sobre el derecho a la salud y a la salud mental, dentro de la línea de investigación sobre Ciudadanía Social y Económica de los sistemas normativos, basado en un enfoque del derecho internacional y comparado. Las sentencias se recopilaron de los sitios web de la Corte Europea de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, utilizando como criterio de inclusión aquellos fallos que involucraran violaciones de derechos humanos de personas con trastornos mentales, basándose en la definición de trastorno mental del Plan de Acción en Salud Mental de la OMS 2013–2020. Se excluyeron: sentencias en las que la Corte determinó que no había violación de derechos humanos; sentencias en las que la persona con trastorno mental cometiera algún delito o acto ilícito; y sentencias en las que las cuestiones de salud mental o los trastornos se derivaran de las violaciones cometidas. Al final, 41 sentencias emitidas por la Corte Europea de Derechos Humanos y 2 sentencias de la Corte Interamericana conformaron la muestra del estudio, totalizando 43 sentencias. Las sentencias seleccionadas se leyeron y releyeron, y se extrajeron los datos relacionados con el caso, el año, el historial, los derechos violados, las reparaciones y la legislación analizada por la Corte, utilizando una guía estructurada. Del análisis documental surgieron temas centrales de violaciones de derechos humanos de personas con trastornos mentales para cada caso. Con un abordaje original para tratar el tema, para cada sentencia, también se identificaron los ítems de la lista de verificación incluida en el documento “Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: orientación y práctica” de la OMS, que se consideraron no atendidos. Como resultado, los hallazgos se

interpretaron a partir de los temas centrales obtenidos en cada sistema y se analizaron a la luz del marco teórico de protección internacional de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, con énfasis en el derecho a la salud y el derecho a la salud mental. Dentro del sistema de protección europeo, emergieron los siguientes temas centrales: "acceso a la justicia", "acceso al historial médico", "acceso no autorizado de terceros a la información de salud mental", "capacidad jurídica", "derecho a registrarse como padre biológico", "hospitalización involuntaria y obligatoria", "limitación y restricción del contacto con los hijos", "participación de personas con trastornos mentales en investigaciones" y "trato inhumano y degradante". En el sistema interamericano, los temas centrales identificados fueron: "acceso a la justicia", "hospitalización involuntaria" y "trato inhumano y degradante". Posteriormente, se compararon las similitudes y diferencias observadas en torno a los temas centrales de cada sistema y entre ellos. Se observó que las violaciones de derechos humanos de las personas con trastornos mentales analizadas en este estudio pueden considerarse una emergencia de salud global, y son el resultado de un escenario de subinversión, falta de compromiso político e institucional y legislaciones que infringen los derechos humanos de estos individuos, con un impacto aún más negativo en su salud general y mental. Cabe destacar que las jurisprudencias colectivas de los sistemas regionales europeo e interamericano aportan interpretaciones innovadoras y referencias significativas contra las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En cuanto a los impactos potenciales de la tesis, se puede afirmar que llena una importante laguna en el campo del derecho internacional y comparado, al ofrecer un análisis sistematizado de las violaciones de derechos humanos de personas con trastornos mentales en dos sistemas regionales distintos, y contribuye a la intersección entre derechos humanos, derecho a la salud y salud mental, proporcionando un marco de referencia para futuras investigaciones tanto en el ámbito jurídico como en la salud pública. En resumen, el impacto de la tesis es potencialmente significativo para el avance de la protección jurídica, social y política de uno de los grupos más vulnerables e históricamente marginados en el campo de los derechos humanos.

Palabras clave: protección internacional de los derechos humanos, derecho a la salud, salud mental, personas con trastornos mentales, modelos regionales de protección de los derechos humanos, violaciones de derechos humanos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma sintetizando a tramitação de denúncias junto à Corte Europeia de Direitos Humanos..... 47
Figura 2 - Tramitação de petição individual junto à Corte Europeia de Direitos Humanos..... 48
Figura 3 - Fluxo das denúncias enviadas à Comissão Interamericana de Direitos Humanos..... 55
Figura 4 - Síntese das Etapas da Fase Final do Processo junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos..... 56
Figura 5 - Estados-partes da Convenção Americana sobre Direitos Humanos que aceitaram a competência contenciosa da Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 58
Figura 6 - Síntese de tramitação de caso contencioso junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 64
Figura 7 - Marcos do Direito à Saúde no contexto internacional..... 76
Figura 8 – Imagem do site de busca da Corte Europeia de Direitos Humanos..... 117
Figura 9 - Organização dos dados em tabela do *Power Qwerty*..... 118
Figura 10 - Print da tabela do banco de dados com informações..... 119
Figura 11 - Fluxograma de seleção de sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos..... 120
Figura 12 - Print da tela de Relatórios Anuais do site da Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 121
Figura 13 - Fluxograma de seleção de sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 122
Figura 14 - Assinaturas e Ratificações à CDPD e seu Protocolo..... 252
Figura 15 - Julgamentos por ano de 2000 a 2023..... 254
Figura 16 - Mapa da Europa com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Europeia de Direitos Humanos..... 255
Figura 17 - Mapa-Múndi com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Europeia de Direitos Humanos..... 256
Figura 18 - Distribuição dos transtornos mentais identificados nas sentenças que compõem a amostra deste estudo..... 257

Figura 19 - Nuvem de palavras com os temas centrais resultante da análise das sentenças..... 259
Figura 20 - Interrelações entre os temas centrais emergentes na amostra de casos analisados pela Corte Europeia de Direitos Humanos..... 307
Figura 21 - Mapa da América do Sul com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 308
Figura 22 - Interrelações entre os temas centrais emergentes na amostra de casos analisados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 326
Figura 23 – Corte Europeia de Direitos Humanos X Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 331

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tratados de Direitos Humanos e Mecanismos de Monitoramento..... 39

Quadro 2 - Síntese das principais características dos Sistemas Europeu e Interamericano de proteção dos direitos humanos..... 65

Quadro 3 - Instrumentos de Direitos Humanos não compulsórios e relevantes para a área de saúde mental..... 84

Quadro 4 - Dimensão 1 – Abordagem Legislativa..... 103

Quadro 5 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a Igualdade e Não Discriminação..... 104

Quadro 6 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade Jurídica..... 105

Quadro 7 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas..... 106

Quadro 8 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.4. Acesso a Serviços de Saúde mental de Qualidade..... 107

Quadro 9 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade..... 108

Quadro 10 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas..... 109

Quadro 11 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização. 110

Quadro 12 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade..... 111

Quadro 13 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça..... 112

Quadro 14 - Dimensão 3 – Processos de Elaboração e Legislativos..... 113

Quadro 15 - Dimensão 4 – Implementação e Avaliação..... 114

Quadro 16 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Alemanha que compõe a amostra deste estudo..... 125

Quadro 17 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Alemanha..... 127

Quadro 18 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Armênia que compõe a amostra deste estudo..... 128
Quadro 19 - Síntese das legislações e instrumentos internacionais apresentados pela Corte e relacionados ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Armênia..... 130
Quadro 20 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Bulgária que compõe a amostra deste estudo..... 132
Quadro 21 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Bulgária..... 133
Quadro 22 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Croácia que compõem a amostra deste estudo..... 133
Quadro 23 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Croácia..... 137
Quadro 24 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Eslováquia que compõem a amostra deste estudo..... 138
Quadro 25 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Eslováquia..... 142
Quadro 26 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Finlândia que compõem a amostra deste estudo..... 143
Quadro 27 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Finlândia..... 148
Quadro 28 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Hungria que compõem a amostra deste estudo..... 150
Quadro 29 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Hungria..... 154
Quadro 30 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Letônia que compõe a amostra deste estudo..... 155
Quadro 31 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Letônia..... 157
Quadro 32 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Lituânia que compõem a amostra deste estudo..... 157
Quadro 33 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Lituânia..... 163

Quadro 34 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Noruega que compõe a amostra deste estudo..... 165
Quadro 35 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Noruega..... 168
Quadro 36 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Polônia que compõem a amostra deste estudo..... 169
Quadro 37 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Polônia..... 173
Quadro 38 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Reino Unido que compõe a amostra deste estudo..... 174
Quadro 39 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Reino Unido..... 176
Quadro 40 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Romênia que compõem a amostra deste estudo..... 177
Quadro 41 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Romênia..... 183
Quadro 42 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Rússia que compõem a amostra deste estudo..... 186
Quadro 43 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Rússia..... 213
Quadro 44 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Tchéquia que compõem a amostra deste estudo..... 218
Quadro 45 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Tchéquia..... 226
Quadro 46 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Ucrânia que compõem a amostra deste estudo..... 228
Quadro 47 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Ucrânia..... 234
Quadro 48 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Brasil que compõe a amostra deste estudo..... 236
Quadro 49 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Brasil..... 242

Quadro 50 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Equador que compõe a amostra deste estudo..... 243
Quadro 51 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Equador..... 249
Quadro 52 - Quadro comparativo entre a Corte Europeia de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 331

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Palavras-chave utilizadas em cada busca e quantidades de registros extraídos..... 118
Tabela 2 - Quantidade de julgamentos incluídos por ano desde 2000 em ordem crescente..... 253
Tabela 3 - Países em ordem alfabética com quantidade de julgamentos incluídos no estudo..... 254
Tabela 4 - Transtornos mentais dos requerentes das sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos que compõem a amostra do estudo..... 256
Tabela 5 - Temas Centrais em ordem alfabética e os respectivos casos de origem..... 258
Tabela 6 - Número de violações por artigos da Convenção Europeia de Direitos Humanos..... 298
Tabela 7 - Dimensões e itens da Lista de Checagem não atendidos nos casos da Corte Europeia de Direitos Humanos..... 299
Tabela 8 - Países em ordem alfabética com temas centrais que emergiram da análise..... 304
Tabela 9 - Países em ordem alfabética com quantidade de julgamentos incluídos no estudo..... 307
Tabela 10 - Transtornos mentais presentes nas sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos que compõem este estudo..... 308
Tabela 11 - Temas centrais em ordem alfabética e os respectivos casos de origem..... 309
Tabela 12 - Número de violações por artigo da Convenção Americana sobre Direitos Humanos..... 320
Tabela 13 - Dimensões e itens da Lista de Checagem não atendidos nos casos da Corte Interamericana de Direitos Humanos..... 321
Tabela 14 - Países em ordem alfabética com temas centrais que emergiram da análise.... 325

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21

2 OBJETIVOS 28

3 REFERENCIAL TEÓRICO 30

3.1 Do Sistema Internacional de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos 30

3.2 Dos Sistemas Regionais de Proteção dos Direitos Humanos 39

3.2.1 Sistema Regional Europeu de Proteção dos Direitos Humanos 40

3.2.2 Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos 49

3.3 Do direito à saúde e à saúde mental 66

3.3.1 Saúde e Direito Internacional 66

3.3.2 Saúde Mental e Direitos Humanos 76

3.3.2.1 A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 87

3.3.2.2 Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação 99

4 PERCURSO METODOLÓGICO 116

5 DA JURISPRUDÊNCIA DA CORTE EUROPEIA E DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS 125

5.1 Da Jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos 125

5.2 Da Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos 236

6 DIREITO À SAÚDE MENTAL NOS SISTEMAS EUROPEU E INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS 251

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 333

REFERÊNCIAS 344

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A definição de direitos humanos aponta para diferentes significados. Considerando essa pluralidade, esta pesquisa centra-se na perspectiva que emerge do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, introduzido após a Segunda Guerra Mundial, em resposta às atrocidades cometidas durante a guerra, caracterizadas pela lógica da destruição e "descartabilidade" da pessoa humana (FIORATI, 1999; PIOVESAN, 2004).

Esse movimento foi consolidado por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948). A Declaração, apesar de não vinculante, representa importante marco na história de consolidação dos direitos humanos e estabelece, pela primeira vez, sua proteção universal.

Constata-se, dessa forma, que os direitos humanos foram se estabelecendo a partir de um espaço de luta e ação social pela dignidade humana (VENTURA, *et al.*, 2014). Nessa perspectiva, os artigos 3 a 21 da Declaração Universal estabelecem os direitos civis e políticos como o direito à vida, segurança, igualdade de tratamento perante a lei, propriedade, liberdade, dentre outros (ONU, 1948). São direitos negativos e justificam a impossibilidade de interferência do Estado na órbita individual, salvo para garantir o máximo de liberdade possível para todos (VENTURA, 2015). Logo a seguir, os artigos 22 a 27 da Declaração estabelecem os direitos econômicos, sociais e culturais que, na verdade, refletem as pretensões dos indivíduos perante o Estado – trabalho, acesso aos bens históricos e culturais, educação, saúde, moradia, lazer, segurança, previdência social (ONU, 1948). São direitos positivos e pressupõem o alargamento da competência estatal, requerendo a intervenção do Poder Público (BERTHELOT, 2002).

Após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, houve a multiplicação de instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, especialmente no contexto da Organização das Nações Unidas (ONU). Dois Pactos da ONU aprovados em 1966 – um sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966a) e outro sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966b) - aprofundaram o conteúdo da Declaração Universal de 1948, agora com a roupagem de tratados internacionais, passíveis de ratificação ou adesão pelos Estados membros da comunidade internacional, instrumentos por meio dos quais estes sujeitos se obrigam a cumpri-los.

Os direitos econômicos, sociais e culturais (direitos positivos) exigem pró-atividade do Estado para sua efetiva garantia. Nesse contexto, a saúde é considerada direito social de realização progressiva, ou seja, o Estado se obriga a implementá-la em um certo período de tempo e de acordo com a disponibilidade de recursos internos (BERTHELOT, 2002; FITCHETT, 2011). Como referencial construído e consolidado pela comunidade internacional, a abordagem dos direitos humanos como fundamento para o direito à saúde e à saúde mental pode apoiar setores vulneráveis da sociedade, para que se compreendam como protagonistas de suas ações, de forma a poderem contestar e buscar avanços em seus direitos a longo prazo (O'HARE; DEVAKUMAR; ALLEN, 2016; RASANATHAN; NORENHAG; VALENTINE, 2010).

No caso da saúde mental, a relação entre pobreza e transtorno mental é complexa e multidimensional. Nesse sentido, a ocorrência de transtorno mental entre as camadas mais pobres é duas vezes maior que entre as classes mais altas da população. Ainda, pessoas com transtornos mentais morrem em média de 10 a 20 anos antes que a população em geral e essa disparidade é ainda maior em países com média e baixa renda (WHO, 2010).

Segundo o Plano de Ação em Saúde Mental da 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo "*mental disorders*" abrange os transtornos mentais e de comportamento causados pela depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, demência e transtornos pelo uso de substâncias (WHO, 2013). Dados demonstram que os transtornos mentais constituem sério problema de saúde pública, uma vez que afetam mais de 4% da população adulta no mundo, ou seja, uma em cada quatro pessoas apresenta um tipo de transtorno mental em alguma fase de sua vida (STEEL *et al.*, 2014; WHITEFORD *et al.*, 2015).

Observa-se, também, a escassez de recursos humanos e de serviços para as pessoas com transtornos mentais, assim como o fato de que nove entre dez pessoas vivendo com o transtorno mental não têm acesso ao cuidado básico em muitos países do mundo (SINGLA *et al.*, 2017). Nesse sentido, somente 1% da força de trabalho em saúde se dedica à saúde mental e metade dos países membros da OMS possuem uma única legislação de saúde mental. Ainda, geralmente, as pessoas com transtornos mentais e seus familiares não são envolvidos na elaboração dessas legislações, que na maioria dos casos, não estão de acordo com os padrões internacionais estabelecidos pelos tratados de direitos humanos (WHO, 2013).

Visando contribuir para o processo de elaboração de novas leis, a OMS construiu uma Lista de Checagem para a Legislação de Saúde Mental, contendo elementos considerados chave e que devem ser incluídos nas legislações nacionais (WHO, 2005). Esta lista foi desenvolvida por uma equipe da OMS, com objetivo de ajudar os países no exame da abrangência e

adequação de sua legislação de saúde mental. Buscava-se que, mediante o seu uso, se pudesse avaliar se elementos chave estavam incluídos nas legislações nacionais e garantir que as recomendações gerais da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação fossem examinadas e consideradas pelos diferentes países (OMS, 2005).

Vários estudos comparativos e de análise de legislações em todo mundo utilizaram a lista de checagem (KELLY, 2011; LATIF, MALIK, 2012; FISTEIN et al, 2009; GRAY, et al., 2010). A lista compreende 175 padrões individuais, agrupados em 27 categorias (A-AZ). Apesar de ser bem detalhada, não se trata de um conjunto de regras absolutas, tampouco abrangente. Alguns problemas que a OMS sugere que sejam abrangidos pela legislação em saúde mental podem ser cobertos por outras formas de legislação ou política em seu lugar. No entanto, a lista fornece uma estrutura útil, explicitamente enraizada em questões de direitos humanos, que deve ser considerada no âmbito das legislações nacionais de saúde mental (KELLY, 2011).

A supramencionada lista de checagem foi atualizada pelo documento "Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática", lançado pela OMS em outubro de 2023. Este documento apresenta como objetivo auxiliar os países na adoção, emenda ou implementação de legislação relacionada à saúde mental. Sua meta é garantir que as políticas, sistemas, serviços e programas de saúde mental forneçam cuidados e apoio de alta qualidade para todos, de acordo com as normas internacionais de direitos humanos, incluindo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). As Orientações incentivam a integração da saúde mental na legislação geral, em detrimento da adoção de leis específicas de saúde mental. As Orientações são destinadas a legisladores, formuladores de políticas e profissionais envolvidos na legislação e cuidados em saúde mental. Também podem ser úteis para aqueles que trabalham em campos relacionados, como entidades das Nações Unidas, funcionários do governo, pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais, organizações profissionais, membros da família, organizações da sociedade civil, organizações de pessoas com deficiências, trabalhadores humanitários, organizações comunitárias, organizações baseadas na fé, pesquisadores, acadêmicos e representantes da mídia. As Orientações possuem três capítulos e uma lista de checagem que abrange o processo e o conteúdo para se garantir uma legislação baseada em direitos: Capítulo 1 - discute os desafios associados à legislação de saúde mental atual e destaca a necessidade de reformas que estejam alinhadas com o quadro de proteção internacional de direitos humanos; Capítulo 2 - descreve os princípios e principais questões que a legislação de saúde mental deve incorporar, com exemplos de disposições baseadas em direitos e Capítulo 3 - explica como desenvolver,

implementar e avaliar a legislação relacionada à saúde mental seguindo um processo baseado em direitos. Ao final, apresenta uma lista de checagem para que os países avaliem se sua legislação adota uma abordagem baseada em direitos (WHO, 2023).

Em suma, pode-se afirmar que o avanço da proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais representa importante conquista a partir da segunda metade do século XX, que emergiu em razão de esforços coletivos provenientes de dois movimentos sociais internacionais: o movimento de proteção dos direitos humanos e o movimento de proteção dos direitos das pessoas com deficiência (GABLE *et al.*, 2005).

No contexto do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, foram conformados sistemas protetivos regionais, como o Sistema Europeu, estabelecido a partir de 1950, o Sistema Interamericano, iniciado a partir de 1969 e o Sistema Africano, afirmado a partir de 1981. Os mencionados sistemas criaram uma ordem jurídica comum nesses continentes no que se refere aos direitos humanos (FIORATI, 1995) e oferecem, também, uma oportunidade substancial para proteção adicional aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. A jurisprudência coletiva dos sistemas regionais apresenta potencial para estabelecer proteções significativas para as pessoas com transtornos mentais e as instituições regionais visando produzir interpretações inovadoras sobre como os governos devem aplicar os direitos humanos para a saúde mental (GOSTIN, GABLE, 2004; HUNT e MESQUITA, 2006).

A Convenção Europeia de Direitos Humanos, adotada em novembro de 1950, foi elaborada no âmbito do Conselho da Europa, e estabelece um sistema baseado na concepção de garantias coletivas fundadas em consenso sobre padrões de direitos humanos acolhidos pelos Estados-partes. Com relação ao sistema interamericano, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969 reafirma o propósito de consolidar no continente um regime de liberdade pessoal e justiça social, fundado no respeito aos direitos humanos essenciais. Reconhece que os direitos da pessoa humana não derivam do fato de ser ela nacional de determinado Estado, mas do fato de ter como fundamento os atributos da pessoa humana, razão pela qual justifica-se uma proteção internacional, de natureza convencional, coadjuvante ou complementar da que oferece o direito interno dos estados americanos.

No âmbito da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), observam-se historicamente três diferentes estratégias de argumentos na proteção dos direitos sociais: dimensão positiva do direito à vida; utilização do princípio da aplicação progressiva dos direitos sociais, especialmente para a proteção de grupos socialmente vulneráveis e proteção indireta dos direitos sociais, mediante a proteção de direitos civis e políticos. Desde sua criação, a

garantia do direito à saúde na Corte ocorria de forma indireta, notadamente pela proteção de direitos civis e políticos (PIOVESAN, 2009).

Relevante exemplo para este estudo, que compõe a amostra selecionada, é o caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, em que o Estado brasileiro foi condenado em 2006 por maus-tratos em instituição hospitalar, ocasionando a morte de um paciente em tratamento de saúde mental (CIDH, 2006). O caso resultou em importantes mudanças no sistema de fiscalização dos serviços de saúde mental no país, destacando-se por ser o primeiro no âmbito interamericano a apresentar a discussão referente ao direito à saúde, embora por meio do direito à vida e à integridade pessoal, em particular das pessoas com transtornos mentais. Naquela oportunidade, a Corte Interamericana reforçou a compreensão da saúde como bem público cuja proteção está a cargo do Estado (MAAS; DAROIT, 2019).

Outrossim, em 2018, com o caso Poblete Vilches e outros *versus* Chile, o direito à saúde, com base no artigo 26 da Convenção Americana, enfim recebeu proteção como direito autônomo no âmbito da Corte Interamericana. Em seu Relatório Anual de 2018, a Corte descreve o direito à saúde como direito humano fundamental e indispensável ao exercício adequado dos demais direitos humanos, sendo dever do Estado a proteção e garantia de serviços essenciais de saúde (CIDH, 2018).

Em suma, o movimento de consolidação de instrumentos de proteção globais e regionais dos direitos humanos, em especial do direito à saúde e do direito à saúde mental, destaca importantes desafios e potencialidades. Dessa forma, as políticas globais e regionais são relevantes, somente à medida em que são incorporadas pelos países e se refletem em mudanças em suas legislações internas. O histórico de violações aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, geralmente excluídas de uma participação significativa na sociedade civil, reafirma sua vulnerabilidade a violações de direitos, discriminação e estigma social. Especialmente em países da região das Américas, pessoas com transtornos mentais estão ainda sujeitas a internações involuntárias e compulsórias sem proteção legal, assim como à negação do exercício de direitos civis e políticos, dentre outras violações de direitos (GABLE *et al.*, 2005).

Nesse contexto, esta pesquisa busca, inicialmente, comparar a jurisprudência relacionada aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais no âmbito da Corte Europeia de Direitos Humanos e da Corte Interamericana de Direitos Humanos de 2000 a 2023. Após a análise comparativa, os casos foram analisados tomando-se como base a lista de checagem inserida no documento "Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática" (WHO, 2023). Trata-se, portanto, de estudo original e que supre importante lacuna na

discussão das políticas públicas e direitos sociais (direitos humanos à saúde e à saúde mental), inserido na linha de pesquisa Cidadania Social e Econômica de sistemas normativos, com base em uma abordagem do direito internacional e direito comparado.

Nessa perspectiva, como professora de disciplinas de direitos humanos em saúde e educação, em programas de graduação e pós-graduação da área da saúde (Enfermagem e multiprofissional), busco compreender com maior profundidade a intersecção entre o direito e saúde mental. O estudo da jurisprudência da Corte Europeia e da Corte Interamericana de Direitos Humanos neste doutorado na UNESP representou uma oportunidade única de retorno aos bancos escolares para concretizar um desejo antigo de cursar o doutorado em Direito.

No que diz respeito aos potenciais impactos da tese, pode-se afirmar que preenche uma lacuna importante no campo do direito internacional e comparado ao oferecer uma análise sistematizada das violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais em dois sistemas regionais distintos, contribuindo com um referencial para pesquisas futuras, na área jurídica e na saúde pública. Em suma, o impacto da tese é potencialmente significativo para o avanço da proteção jurídica, social e política de um dos grupos mais vulneráveis e historicamente marginalizados no campo dos direitos humanos.

Dessa forma, inicia-se esta tese com seus objetivos (geral e específicos) e detalhamento do referencial teórico[1], enfocando o Sistema Internacional de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos, especialmente o Sistema Europeu e Sistema Interamericano. Posteriormente, aprofunda-se a compreensão do direito à saúde e do direito à saúde mental das pessoas com transtornos mentais. Em seguida, são explicados os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo. O próximo capítulo é dedicado aos resultados obtidos de casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais junto à Corte Europeia de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos. Logo depois, os dados são discutidos e comparados, visando-se descrever suas semelhanças e diferenças à luz do referencial teórico e com base na lista de checagem da OMS de 2023. Ao final, são apresentadas as considerações finais e referências utilizadas neste trabalho.

[1] Nas citações diretas de textos em outros idiomas, manteve-se a versão original, introduzindo-se nota de rodapé contendo a sua tradução livre. Foram também utilizadas notas de rodapé explicativas e elucidativas do texto principal.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral: analisar os direitos de pessoas com transtornos mentais violados e julgados no âmbito dos sistemas de proteção de direitos humanos europeu e interamericano.

Objetivos específicos:

1. Identificar as semelhanças e diferenças entre os casos de violações de direitos de pessoas com transtornos mentais no âmbito das jurisdições do sistema de proteção de direitos humanos europeu e interamericano.
2. Identificar as semelhanças e diferenças entre as decisões de casos de violações de direitos de pessoas com transtornos mentais julgadas pela Corte Europeia de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos.
3. Descrever as violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais com base na lista de checagem inserida no documento "Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática".

3 Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Do Sistema Internacional de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos

Esta tese enfoca especificamente a concepção contemporânea dos direitos humanos[2], fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos em resposta às atrocidades cometidas especialmente durante a Segunda Guerra Mundial. De acordo com Sachs, "o século XX foi marcado por duas guerras mundiais e pelo horror absoluto do genocídio concebido como projeto político" (1998, p. 149).

Para Mota (2017, p. 133):

> Os terríveis atos praticados pelos governos totalitários na Europa, em especial pelo regime nazista alemão, tiveram como consequência a certeza de que a violação dos direitos humanos não pode ser entendida como um problema nacional e limitado ao território de um país, mas sim como uma questão a ser tratada pela comunidade internacional.

Foi, portanto, nesse cenário, que se delineou um esforço de reconstrução dos direitos humanos, como referencial ético da ordem internacional contemporânea (PIOVESAN, 2004)[3]. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) representa um marco no processo de evolução da proteção dos direitos humanos, ao preconizar, no art. 55 da Carta de São Francisco que a ONU "promoverá o respeito universal aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, de todos, sem fazer distinção por motivos de raça, sexo, idioma ou religião, e a efetividade de tais direitos e liberdades". Ainda, a Carta da ONU previa em seu art. 68 que o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) deveria estabelecer comissões para a promoção dos direitos

[2] De acordo com Trindade e Robles (2003, p. 33-34), "a ideia dos direitos humanos é, assim, tão antiga como a própria história das civilizações, tendo logo se manifestado em distintas culturas e em momentos históricos sucessivos, na afirmação da dignidade da pessoa humana, na luta contra todas as formas de dominação e exclusão e opressão, e em prol da salvaguarda contra o despotismo e a arbitrariedade, e na asserção da participação na vida comunitária e do princípio da legitimidade".
É importante destacar, entretanto, que a história do movimento de proteção internacional dos direitos humanos não é a mesma que a da evolução geral dos direitos humanos. Conceitos semelhantes já existiam desde a Antiguidade. Contudo, com o surgimento do Iluminismo e as Revoluções Americana e Francesa, ideias voltadas para a universalização dos direitos humanos começaram a se propagar. A partir daí, declarações de direitos foram elaboradas e o alicerce para o movimento de proteção internacional dos direitos humanos começou a ser estabelecido, embora de forma ainda incipiente. Nesse processo, destacam-se a consolidação do Direito Humanitário e a criação de organizações internacionais, como a Liga das Nações e a Organização Internacional do Trabalho. No entanto, a verdadeira consolidação do Direito Internacional dos Direitos Humanos ocorre após a Segunda Guerra Mundial.

[3] Para Ventura (2010, p. 88): "o significado dos direitos humanos transcende a ideia de direitos legais; é um parâmetro ético universal de agir, que deve ser seguido por governos, instituições e indivíduos. O reconhecimento desses direitos pela comunidade internacional decorre de uma exigência moral inscrita na máxima do respeito universal devido a todos os seres humanos".

humanos, daí decorrendo a criação da Comissão de Direitos Humanos (CDH) (ONU, 1945). No final de 1947, a Comissão decidiu utilizar a expressão Carta Internacional de Direitos Humanos (*International Bill of Rights*) para designar um conjunto de documentos consistentes em uma declaração, uma convenção (Pacto de Direitos Humanos) e em medidas de implementação (WEIS, 2006).

Antes da Segunda Guerra Mundial, "o direito internacional passou em silêncio pelas questões de direitos humanos, tratando apenas de questões restritas à escravidão e ao trabalho forçado" (GOIS & BARROS, 2004, p. 63). Somente com o final da guerra e suas consequências catastróficas para a humanidade, a comunidade internacional reconhece o ser humano no primeiro plano do Direito Internacional. A partir de então, o Estado começa a tratar da proteção internacional dos direitos humanos contra o próprio Estado, ente de direito internacional com plena capacidade jurídica[4]. Nesse contexto, Trindade (1999) afirma que o referencial de proteção internacional dos direitos humanos possui um caráter especial, pois determina obrigações com o propósito de garantir o interesse geral, independentemente dos interesses individuais. Sendo assim, os direitos humanos consagrados nos instrumentos internacionais não devem ser limitados, salvo esteja explícito em texto jurídico.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948, teve um papel extraordinário na história, uma vez que materializou "a esperança de todos os oprimidos, fornecendo linguagem autorizada à semântica de suas reivindicações" (ALVES, 2005, p. 21). Apesar de ter sido precedida de diversos documentos legislativos que versaram sobre o tema dos direitos humanos, nenhum deles possuía suas características e significado (WEIS, 2006).

Para Santos, a Declaração Universal desafiou o repensar das relações entre os Estados e indivíduos (2017). Nessa perspectiva, a Declaração e a consolidação de um sistema de proteção internacional dos direitos humanos alteraram o sistema das relações internacionais, cujos atores primários eram os Estados nacionais, conferindo à pessoa humana a qualidade de sujeito do Direito Internacional. Em síntese, a condição de pessoa passa a representar o único e exclusivo requisito para a titularidade de direitos (PIOVESAN, 2004).

Ao detalhar este movimento de consolidação da proteção internacional dos direitos humanos, Piovesan argumenta que "fortalece-se a ideia de que a proteção dos direitos humanos

[4] É relevante advertir, entretanto, que o sistema internacional de proteção dos direitos humanos funciona como um mecanismo subsidiário e complementar ao direito nacional. A responsabilidade principal de garantir e proteger os direitos dos cidadãos recai sobre os próprios Estados. Os mecanismos internacionais são acionados apenas quando o Estado falha em cumprir essa função.

não deve se reduzir ao domínio reservado do Estado, porque revela tema de legítimo interesse internacional" (2006, p. 12), o que gera relevantes consequências, como a revisão da concepção de soberania absoluta do Estado e a afirmação de que o indivíduo deve ter direitos protegidos na esfera internacional, na condição de sujeito de direitos. Segundo Trindade (2013, p. 21-22):

> El reconocimiento de los indivíduos como sujetos tanto del derecho interno como del Derecho Internacional vino a representar una verdadeira revolución jurídica, que posibilitó a cada ser humano – siempre que necesario – enfrentar por sí mismo a la opresión, a las manifestaciones del poder arbitrario, y a las injusticias del orden estabelecido, así como buscar crear un mundo mejor para sus descendientes y las futuras generaciones. En una dimensión más amplia, estamos, en efecto, en el curso de un proceso histórico ya avanzado, - y jurídicamente revolucionario, - de construcción de un nuevo paradigma en el Derecho Internacional Público, que trasciende claramente y supera su antigua dimensión meramente inter-estatal. En el nuevo jus gentium del siglo XXI, el ser humano emerge como sujeto de derechos emanados diretamente del Derecho Internacional, dotado de capacidad procesal para vindicarlos[5].

A Declaração Universal não constitui tratado internacional e, dessa forma, representa um instrumento de *soft law*, com caráter recomendatório e reconhecido globalmente, servindo de base para um expressivo *corpus* de tratados e mecanismos internacionais aos quais os Estados ratificam/aderem volitivamente (ALVES, 2005).

De acordo com Santos (2017, p.12):

> Ainda que se critique a dominância de elementos performativos, exprimindo mais um ideal do que a realidade, permitiu a Declaração a condução de um novo contexto na busca da construção de uma nova realidade internacional, por elementos de aproximação e harmonização, a partir da percepção de cada país quanto à necessidade de observância e respeito a conteúdos relacionados aos direitos humanos para o crescimento interno e para a própria construção de uma nova ordem (...).

Com trinta artigos, a Declaração reconhece a "dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis, como fundamento da liberdade, justiça e paz no mundo" (ONU, 1948)[6].

---

[5] O reconhecimento dos indivíduos como sujeitos tanto do direito interno quanto do Direito Internacional representou uma verdadeira revolução jurídica, que possibilitou a cada ser humano – sempre que necessário – enfrentar por conta própria a opressão, as manifestações de poder arbitrário e as injustiças da ordem estabelecida, além de buscar criar um mundo melhor para seus descendentes e as futuras gerações. Em uma dimensão mais ampla, estamos, de fato, no curso de um processo histórico já avançado – e juridicamente revolucionário – de construção de um novo paradigma no Direito Internacional Público, que claramente transcende e supera sua antiga dimensão meramente interestatal. No novo *jus gentium* do século XXI, o ser humano emerge como sujeito de direitos emanados diretamente do Direito Internacional, dotado de capacidade processual para reivindicá-los (Tradução Livre).

[6] A Declaração Universal dos Direitos Humanos desenha uma ordem pública mundial com base no respeito à dignidade humana, consagrando valores universais. Nessa perspectiva, "a Declaração Universal definiu, com base

A Declaração Universal foi, assim, o primeiro documento internacional a tratar dos direitos humanos, tanto civis e políticos quanto econômicos, sociais e culturais, de maneira indivisível, ainda que reconhecendo sua distinta natureza jurídica (WEIS, 2006). Inovou ao introduzir a concepção contemporânea dos direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos. Universalidade, porque a condição de pessoa é o único requisito para a titularidade de direitos e, indivisibilidade, porque a garantia de direitos civis e políticos é condição para a observância de direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa (PIOVESAN, 2006).

Os direitos humanos estabelecidos na Declaração são, portanto, amplamente conhecidos: à vida, à liberdade, à segurança pessoal; de não ser torturado nem escravizado, de não ser detido ou exilado arbitrariamente, à igualdade jurídica e à proteção contra a discriminação, a julgamento justo, às liberdades de pensamento, expressão, religião, locomoção e reunião; à participação na política e na vida cultural da comunidade, à educação, ao trabalho e ao repouso e a um nível adequado de vida e saúde. Em suma, a Declaração enumera direitos civis e políticos (arts. 3º ao 21), em conjunto com os direitos econômicos, sociais e culturais (arts. 22 ao 28), combinando o discurso liberal e o discurso social da cidadania, ao conjugar o valor da liberdade com o valor da igualdade[7].

na ideia de que todos os seres humanos nascem livres e iguais – elemento basilar para o conceito fundamental de dignidade da pessoa humana – um padrão de realização comum para povos e nações, essenciais à convivência humana e social, que remetem a um conjunto de valores em que ordens mais amplas que a dimensão nacional persigam a efetividade e concretude de elementos fundamentais" (SANTOS, p. 13).

[7] "À luz de uma perspectiva histórica, observa-se que até então intensa era a dicotomia entre o direito à liberdade e o direito à igualdade. No final do século XVIII, as Declarações de Direitos, seja a Declaração Francesa de 1789, seja a Declaração Americana de 1776, consagravam a ótica contratualista liberal, pela qual os direitos humanos se reduziam aos direitos à liberdade, segurança e propriedade, complementados pela resistência à opressão. O discurso liberal da cidadania nascia no seio do movimento pelo constitucionalismo e da emergência do modelo de Estado Liberal, sob a influência das ideias de Locke, Montesquieu e Rousseau. Frente ao Absolutismo, fazia-se necessário evitar os excessos, o abuso e o arbítrio do poder. Neste momento histórico, os direitos humanos surgem como reação e resposta aos excessos do regime absolutista, na tentativa de impor controle e limites à abusiva atuação do Estado. A solução era limitar e controlar o poder do Estado, que deveria se pautar na legalidade e respeitar os direitos fundamentais. A não atuação estatal significa liberdade. Daí o primado do valor da liberdade, com a supremacia dos direitos civis e políticos e a ausência de previsão de qualquer direito social, econômico e cultural que dependesse da intervenção do Estado.

Caminhando na história, verifica-se, por sua vez, que, especialmente após a Primeira Guerra Mundial, ao lado do discurso liberal da cidadania, fortalece-se o discurso social da cidadania e, sob as influências da concepção marxista-leninista, é elaborada a Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado da então República Soviética Russa, em 1917. Do primado da liberdade transita-se ao primado do valor da igualdade. O Estado passa a ser visto como agente de processos transformadores e o direito à abstenção do Estado, neste sentido, converte-se em direito à atuação estatal, com a emergência dos direitos a prestação social. A Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado da República Soviética Russa de 1917, bem como as Constituições sociais do início do século XX (Constituição de Weimar de 1919, Constituição Mexicana de 1917, etc) primaram por conter um discurso social da cidadania, em que a igualdade era um direito basilar, e um extenso elenco de direitos econômicos, sociais e culturais era previsto" (PIOVESAN, 2004, p. 158-159).

Os direitos humanos são reconhecidos como conquistas históricas que se adaptam às necessidades dos tempos[8]. Desse modo, considerando a evolução gradativa dos direitos humanos, no sentido de progressão temporal não valorativa, podem ser classificados em gerações ou dimensões[9], em que os direitos econômicos, sociais e culturais, considerados de segunda dimensão, se igualam em importância, aos direitos civis e políticos, classificados como de primeira dimensão (ALVES, 2005).

Para Rocha (2017, p. 361):

> Interessante notar que, na seara do Direito, propriamente falando, poderíamos afirmar que a primeira leva dos assim chamados direitos humanos, trazida pelos ventos do liberalismo, de caráter negativo, teria surgido do combate dos liberais ao absolutismo. A segunda corrente de direitos humanos, de cunho social, surge em consequência da crítica originada por força do socialismo ao liberalismo. Em outro giro verbal, a segunda geração dos direitos surgiu para implementar a primeira geração, ou seja, para dar condições ao indivíduo de exercer a sua verdadeira liberdade, reconhecendo que a igualdade formal apregoada pelos liberais jamais se concretizaria pela mão do Estado neutro, não intervencionista, necessitando da força do Estado Social para trazer ao mesmo nível os desvalidos e faltos de oportunidade daqueles que se encontravam e se encontram em situação privilegiada, realizando a igualdade material.

Segundo Pivetta (2014), as chamadas gerações de direitos não se apresentam de forma oposta, nem como um progresso linear. São moldadas de maneira dialética, influenciadas por avanços, retrocessos e contradições ao longo do desenvolvimento dos ordenamentos jurídicos. Os direitos constituem respostas a situações de injustiça real e à violação de direitos fundamentais dos cidadãos, o que os torna uma categoria materialmente aberta e sujeita a mudanças.

Diferentemente dos dois anos e meio transcorridos para a negociação e aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, os dois tratados de direitos humanos que consolidaram o conteúdo da Declaração Universal, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que possuem caráter compulsório para os países que os ratificaram ou aderiram, foram negociados desde 1946, com aprovação somente em 1966, vinte anos depois. Essa demora ocorreu devido a

[8] Neste estudo, os direitos humanos são considerados os direitos previstos em Declarações e cartas internacionais e os direitos fundamentais os direitos humanos que estão reconhecidos e positivados no ordenamento jurídico de determinado Estado.

[9] A noção de gerações de direitos foi elaborada pelo jurista francês Karel Vlasak, com inspiração nos três temas da Revolução Francesa: a primeira geração se refere aos direitos civis e políticos (*liberté*), a segunda aos direitos econômicos, sociais e culturais (*égalité*), e a terceira geração se refere aos novos direitos de solidariedade (*fraternité*) (PIOVESAN, 2004).

controvérsias Norte-Sul e Leste-Oeste. Como mencionado anteriormente, a ideia inicial existente na ONU era a de construir uma Carta Internacional de Direitos Humanos, composta pela Declaração Universal e um pacto internacional, com natureza obrigacional para os Estados-partes. Contudo, divergências entre o bloco soviético e o ocidente levaram a adoção de dois tratados distintos (WEIS, 2006). Esses tratados somente entraram em vigor no âmbito internacional em 1976, quando atingiram o número mínimo ratificações previstas (GOIS & BARROS, 2004; ALVES, 2005).

Para Alves (2005, p. 46):

> Os dois Pactos de 1966, um sobre direitos civis e políticos e o outro sobre direitos econômicos, sociais e culturais, que dariam natureza jurídica obrigatória aos dispositivos da Declaração Universal, ainda que aprovados pela ONU simultaneamente, eram profundamente diferentes em termos de mecanismos de proteção. O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos dispunha, desde o início, de um comitê de peritos independentes encarregado de monitorar a implementação de suas disposições, com capacidade, inclusive para acolher queixas individuais (conforme seu Protocolo Facultativo). Esse Comitê é, sintomaticamente, denominado de "Comitê de Direitos Humanos"[10]. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais não dispunha originalmente de mecanismo supervisor assemelhado. Somente em 1985, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas decidiu estabelecer um comitê de peritos para examinar os relatórios nacionais dos Estados-partes, formalmente, idêntico ao seu homólogo do outro Pacto. A própria denominação dos dois comitês põe em relevo a diferença de nível atribuída aos direitos protegidos por cada um. (...). Em função desse desequilíbrio, sempre agravado pelas atenções internacionais voltadas mais para as violações de direitos civis e políticos do que para a situação dos direitos econômicos, sociais e culturais, os países em desenvolvimento insistiam na necessidade de se reafirmar a indivisibilidade de todos os direitos humanos.

Em síntese, o Pacto sobre Direitos Civis e Políticos estabelece como regra seu exercício imediato, aparecendo como exceção aqueles que dependem de medida legislativa para tanto. Em contraposição, o Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) destaca que os direitos previstos são de exercício progressivo, a depender do esforço interno e da assistência e cooperação internacional, a fim de dotar o Estado de meios que possibilitem o cumprimento de suas disposições (WEIS, 2006).

[10] O artigo 40 do Pacto estabelece que os Estados-partes se comprometem a submeter relatórios sobre as medidas por eles adotadas para tornar efetivos os direitos reconhecidos no pacto. Todos os relatórios devem ser submetidos ao Secretário Geral da Organização das Nações Unidas, que os encaminhará ao Comitê de Direitos Humanos. O Comitê estudará os relatórios e transmitirá aos Estados-partes seu próprio relatório, com os comentários que julgar oportunos. Além da fiscalização por meio de relatórios, os Estados-partes podem denunciar ao Comitê de Direitos Humanos o descumprimento do Pacto por outros Estados-partes, desde que o Estado denunciante tenha reconhecido a competência do Comitê para receber comunicações similares em relação a si próprio (ONU, 1966b).

Além dos Pactos, a partir de 1948, se desenvolve o Direito Internacional dos Direitos Humanos[11], com a adoção de inúmeros instrumentos internacionais de proteção. Sendo assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi fortalecida em grandes conferências organizadas na década de 1990, como a de Viena com foco nos direitos humanos, Cairo sobre população, Copenhague sobre desenvolvimento social, Beijing sobre a mulher e Istambul sobre assentamentos humanos. Como resultado, atualmente, constata-se um conjunto importante de Convenções sobre Direitos Humanos[12], conformando o chamado Sistema de Proteção Internacional de Direitos Humanos, cuja primeira fase foi marcada pela proteção geral, seguida de uma fase com tratados enfocando grupos específicos da população.

Desde a superação do absolutismo, os conceitos de soberania e cidadania são vinculados aos direitos humanos. "A noção de cidadania se reporta à de Nação, como espaço de realização individual e coletiva, politicamente organizada no Estado soberano, como entidade garantidora de direitos e do Direito" (ALVES, 2005, p. 44). Segundo Arendt (2012), cidadania é o pertencimento a uma comunidade disposta e capaz de lutar pelos direitos de seus integrantes, como o direito a ter direitos. Marshall (2021), com base na experiência britânica e norte-americana, vincula cidadania e os direitos humanos e afirma que os três elementos articuladores da cidadania moderna são os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Para ele, os direitos civis e políticos representam instrumentos legais de luta para a conquista dos direitos econômicos e sociais, sem o recurso à revolução. Contudo, os direitos humanos sempre padeceram de desequilíbrios em seu tratamento em favor dos direitos de primeira geração ou dimensão (ALVES, 2005).

Segundo Bobbio (1992, p. 24), "o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema político". Os direitos humanos são ameaçados rotineiramente e por múltiplos fatores, decorrentes de políticas de poder, preconceitos arraigados, exploração econômica, dentre outros. As populações marginalizadas são responsabilizadas e estigmatizadas por sua própria pobreza. Pela ótica econômica-social, a globalização[13] resultou na emergência de duas classes

[11] "Os remotos antecedentes do Direito Internacional dos Direitos Humanos são os Tratados de Paz de Westfália, de 1648, que marcaram o fim da Guerra dos Trinta Anos, que foi uma 'serie de batalhas travadas no seio da Europa, no período de 1618 a 1648, por motivos variados, inclusive religiosos e comerciais" (MAZZUOLI, 2017, p. 59).

[12] Dentre as Convenções Internacionais de Direitos Humanos de caráter global celebradas no contexto da ONU estão: Convenção sobre a Eliminação da Discriminação Racional, Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a mulher, Convenção sobre os Direitos da Criança e Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

[13] O processo de globalização é um fenômeno do modelo econômico capitalista, o qual consiste na mundialização do espaço geográfico por meio da interligação econômica, política, social e cultural em âmbito planetário. Porém, esse processo ocorre em diferentes escalas e possui consequências distintas entre os países, sendo as nações

que extrapolam os limites territoriais: a dos "globalizados" e a dos excluídos que aspiram condições mínimas de sobrevivência, o que gera o agravamento da distância entre países do Norte e Sul Global.

Dessa forma, são muitas as críticas ao caráter universalista da Declaração Universal, que enfatizam dificuldades de compatibilização entre as particularidades das diferentes culturas e o que existe de universal na ideia dos direitos humanos. Lidar com essas críticas constitui tarefa complexa, especialmente quando se observa que a própria noção de direitos humanos é essencialmente oriunda do mundo ocidental. As culturas não ocidentais se caracterizam por acentuarem os deveres, com foco maior no coletivo e na harmonia social. Nesse sentido, o multiculturalismo representa a rejeição do humanismo universalista (ALVES, 2005).

Os Direitos Humanos estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos foram, em 1993, reconhecidos, pela primeira vez, pelo conjunto de Estados, durante a Conferência de Viena, que culminou com a Declaração de Viena. A Conferência de Viena foi relevante para a discussão e resolução de dificuldades conceituais relacionadas aos direitos humanos, como a universalidade, inter-relação e interdependência entre os direitos humanos, legitimidade do monitoramento internacional de violações, direito ao desenvolvimento e relação entre o desenvolvimento e a democracia. Nessa perspectiva, "conferiu abrangência inédita aos direitos humanos, ao reafirmar sua universalidade, interdependência e indivisibilidade" (GOIS & BARROS, 2004, p. 65). De acordo com Alves (2005), os direitos humanos se consolidaram, a partir de então, em instrumentos imprescindíveis para o atingimento de objetivos sociais globais, como o direito ao desenvolvimento e ao meio-ambiente.

O artigo 5 da Declaração de Viena preconiza que:

> Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (...). As particularidades nacionais e regionais devem ser levadas em consideração, assim como os diversos contextos históricos, culturais e religiosos, mas é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos e culturais (ONU, 1993).

A universalidade representou, portanto, uma das conquistas mais difíceis da Declaração de Viena, embasada no consenso de que a diversidade cultural não pode ser invocada para justificar violações de direitos humanos. "O que se superou foi a resistência

desenvolvidas as principais beneficiadas pela globalização, pois, dentre outros fatores, expandem seu mercado consumidor por intermédio de suas empresas transnacionais.

derivada do suposto ‘conflito de civilizações’, aceitando-se a unidade do gênero humano no pluralismo das particularidades das nações e de seus antecedentes culturais, religiosos e históricos” (GOIS; BARROS, 2004, p. 66).

Entretanto, apesar de estarem no discurso contemporâneo, os direitos humanos estão longe de serem exercidos por todas as “pessoas humanas”. A “busca excessiva por eficiência faz aumentar continuamente o número dos que por ela são marginalizados, inclusive nos países desenvolvidos” (ALVES, p. 26). Objetos, por muitos séculos, do fenômeno da desumanização sob formas diversas, os “diferentes”, como as pessoas com transtornos mentais, foram sendo considerados sujeitos de direito, particularmente após a Segunda Guerra Mundial e com os tratados internacionais de direitos humanos subsequentes. Se a igualdade postulada nos Pactos da ONU ainda não é real, ela existe *de jure* na maioria dos países do globo (ALVES, 2005). Nesse contexto, as políticas sociais são essenciais para assegurar o respeito a direitos, especialmente de populações em situação de maior vulnerabilidade, expostas a violações associadas a posição social desfavorável, baixa renda, desemprego, discriminação, violência, exclusão social e falta de acesso aos direitos à educação e saúde.

Para Bobbio (1992), a garantia dos direitos humanos no plano internacional somente será uma realidade quando uma “jurisdição internacional” se impuser concretamente sobre as jurisdições nacionais, deixando de operar dentro dos Estados, mas contra os Estados em defesa dos cidadãos. Piovesan (2006) complementa a ideia de Bobbio quando argumenta que a justiça internacional em matéria de direitos humanos representa medida fundamental para o fortalecimento do próprio Estado de Direito e construção da paz nas esferas local, regional e global. Desse modo, a legitimidade das Cortes fortalece a concepção de que o sistema internacional de proteção de direitos humanos envolve direitos e obrigações vinculantes.

Considerando as especificidades regionais, além do sistema global, foram criados e implementados sistemas regionais de proteção dos direitos humanos na Europa, Américas e África. Pode-se afirmar, então, que os sistemas global e regional são complementares, interagindo em benefício dos indivíduos protegidos, uma vez que o propósito de coexistência de sistemas distintos é ampliar a fortalecer a proteção dos direitos humanos. O quadro 1 abaixo lista os tratados de direitos humanos mencionados neste estudo e seus respectivos órgãos de monitoramento, especialmente as Cortes de Direitos Humanos.

Quadro 1 - Tratados de Direitos Humanos e Mecanismos de Monitoramento

Tratado	Mecanismo de Monitoramento
Convenção Europeia de Direitos Humanos - 1950	Corte Europeia de Direitos Humanos
Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos - 1966	Comitê de Direitos Humanos da ONU
Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - 1966	Comitê da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
Convenção Americana sobre Direitos Humanos - 1969	Comissão Interamericana de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos
Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos - 1981	Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos e Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos

Fonte: Schwether, Oliveira, 2022, p. 44.

3.2 Dos Sistemas Regionais de Proteção dos Direitos Humanos

Os sistemas regionais de direitos humanos estão inseridos em processos amplos de integração regional[14]. No caso africano, a organização matriz é a União Africana (UA), nas Américas a Organização dos Estados Americanos (OEA) e, na Europa, o Conselho da Europa (CE). Apesar da universalidade de direitos preconizada pela ONU, foram estabelecidos com base no reconhecimento de que as regiões são relativamente homogêneas, com consenso político facilitado em alguns aspectos, o que permite a adoção de mecanismos de cumprimento que estejam de acordo com as condições locais (HEYNS et al., 2006; PIOVESAN, 2006).

Desse modo, cada um dos sistemas regionais de proteção apresenta aparato jurídico próprio. O sistema jurídico europeu se embasa na Convenção Europeia de Direitos Humanos de 1950, que estabeleceu inicialmente a Comissão e a Corte Europeia de Direitos Humanos.

[14] Segundo Mazzuoli (2011, p. 16), "é bom deixar claro que os sistemas internacionais (global e regionais) de proteção dos direitos humanos não são estanques, separados ou distantes uns dos outros. Pelo contrário, o sistema global e os sistemas regionais são coadjuvantes e complementares. Isso significa que a falta de solução para um caso concreto no sistema interamericano (ou no sistema europeu, ou africano) de direitos humanos não impede a vítima de se dirigir às Nações Unidas para vindicar o mesmo direito, previsto num tratado pertencente ao sistema global (v.g., o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos de 1966). A recíproca também é verdadeira. Não encontrada a solução no sistema global, a vítima em causa pode buscar a solução no sistema regional em que a violação de direitos humanos ocorreu, peticionando à Corte Interamericana de Direitos Humanos (caso a violação tenha ocorrido sob a jurisdição de algum Estado do Continente Americano, que tenha ratificado a Convenção Americana e aceito a jurisdição contenciosa da Corte Interamericana) ou à Corte Europeia de Direitos Humanos (se a violação tiver ocorrido em país europeu que é parte na Convenção Europeia de Direitos Humanos) ou, ainda, à Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (quando a violação tiver ocorrido em Estado africano parte no Protocolo à Carta Africana) para que o tribunal condene o Estado faltoso e a indenize, se for o caso".

Outrossim, com o Protocolo 11 de novembro de 1998, ocorreu a fusão da Comissão e Corte[15], com o propósito de maior judicialização do sistema europeu. O sistema interamericano apresenta como principal instrumento a Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969, que prevê a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Já o sistema africano[16] está fundamentado na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981, que instituiu a Comissão Africana de Direitos Humanos e, posteriormente, pelo Protocolo que entrou em vigor em 2004, criando a Corte Africana de Direitos Humanos. Este estudo enfoca o Sistema Regional Europeu de Proteção dos Direitos Humanos e o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos.

3.2.1 Sistema Regional Europeu de Proteção dos Direitos Humanos

Após as destruições provocadas pelas duas Grandes Guerras Mundiais, os países europeus, temendo o surgimento de um novo conflito de grandes proporções, começaram a se unir. Acreditava-se que uma Europa unida visando o bem comum, a despeito de peculiaridades e interesses nacionais, seria a chave para superar o nacionalismo e o belicismo que caracterizaram os conflitos passados. Surgiram, então, instituições europeias supranacionais, dentre elas a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA), criada em 18 de abril de 1951 pelo Tratado de Paris, considerada o embrião da atual União Europeia (UE)[17]. A CECA almejava instituir um mercado comum do carvão e do aço entre os países fundadores: França, República Federal da Alemanha, Itália, Países Baixos, Bélgica e Luxemburgo. Buscava a recuperação dos países europeus, por meio, basicamente, da fusão de interesses econômicos. Inicialmente, o foco era eminentemente econômico e político. Desde então, a comunidade foi

[15] O Protocolo nº 11, de novembro de 1998, estabeleceu uma nova sistemática de monitoramento, substituindo os dois órgãos citados por uma nova Corte permanente, a atual Corte Europeia de Direitos Humanos (ou Tribunal Europeu de Direitos Humanos) acumulando as funções para realizar juízo de admissibilidade e de mérito dos casos a ela submetidos, modificando o mecanismo processual de apreciação dos casos submetidos à Corte.

[16] A Carta Africana de Direitos Humanos integra, em um único texto, os direitos civis e políticos com os direitos econômicos, sociais e culturais, sem estabelecer qualquer distinção entre essas categorias. Essa abordagem reforçou a compreensão de que os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes, inter-relacionados e universais. Outra característica marcante da Carta é a prioridade conferida aos direitos coletivos em relação aos individuais. Segundo o documento, a concretização dos direitos dos povos é um requisito essencial para a efetivação dos direitos individuais.

[17] A Declaração Schuman, de 9 de maio de 1950, proferida pelo Ministro francês de Negócios Estrangeiros, Robert Schuman, propôs a criação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço. Na ocasião, o Ministro afirmou que "a paz mundial não poderá ser salvaguardada sem esforços criativos que estejam à altura dos perigos que a ameaçam (...). A Europa não se fará de uma só vez, nem de acordo com um plano único. Far-se-á através de realizações concretas que criarão, inicialmente, uma solidariedade de fato" (LEANDRO, 2017, p. 109).

se expandindo, enfrentando a dicotomia entre soberania interna e integração supranacional (LEANDRO, 2017; FIGUEIREDO, 2017).

Posteriormente, em 1957, o Tratado de Roma constituiu a Comunidade Econômica Europeia (CEE), apresentando como objetivo a integração econômica dos países envolvidos, criando um mercado econômico comum[18].

Novos países se incorporaram ao bloco e tratados foram assinados posteriormente, dentre eles o Tratado de Maastricht, de 1992[19], que estabeleceu a "União Europeia", representando uma união política entre os Estados Membros. A partir desse momento, as competências da UE aumentaram, abrangendo áreas como educação, defesa do consumidor e saúde pública. Foi nesse contexto que surgiu a ideia da cidadania europeia e a criação da moeda única, o Euro. Após o Tratado de Maastrich, foram assinados o Tratado e Amsterdam (1997), o Tratado de Niece (2001) e o Tratado de Lisboa (2007). Este último implementou amplas reformas, eliminando a antiga arquitetura do UE[20] e efetuando nova repartição de competências entre a UE e os Estados-Membros (LEANDRO, 2017).

Dentre os princípios que regem a UE, ressaltam-se a integração, solidariedade, subsidiariedade, respeito pela identidade nacional dos Estados-Membros, equilíbrio institucional e proporcionalidade. De acordo com Leandro (2017, p. 112), a esses princípios pode-se acrescentar "(...) o respeito pela diversidade cultural dos povos europeus, lealdade comunitária, gradualismo, respeito pelo adquirido comunitário, democracia, integração diferenciada, transparência, econômica social de mercado e não discriminação".

Nesse cenário, é importante destacar que o Conselho da Europa[21], uma organização internacional política fundada com o objetivo de promover a união europeia, representa

[18] "Com a instauração da CEE e criação do mercado comum, pretendia-se alcançar dois objetivos. O primeiro era a transformação das condições econômicas e trocas comerciais e da produção no território da Comunidade. O segundo, de caráter mais político, colocou a CEE a serviço da construção funcional da Europa política, constituindo um passo para uma unificação mais alargada da Europa" (LEANDRO, 2017, p. 109).

[19] O Tratado de Maastrich instituiu a União Europeia, congregando em uma só entidade as três Comunidades – Euratom, CECA e CEE. A CEE passou a ser designada como CE e foi criada uma União Econômica e Monetária, instituindo novas políticas comunitárias e alargando as competências do Parlamento Europeu.

[20] A UE possui um quadro institucional que visa promover seus princípios e é composto por: Parlamento Europeu, Conselho Europeu, Conselho da União Europeia, Comissão Europeia, Tribunal de Justiça da União Europeia, Banco Central Europeu e Tribunal de Contas.

[21] "Originariamente, dez países europeus assinaram seu Estatuto: Bélgica, Dinamarca, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Suécia e Reino Unido. Pela primeira vez na história instituiu-se uma assembleia parlamentar internacional. Tal entidade foi criada com os objetivos de promover a democracia e a prevalência de um estado de direito, de proteger os direitos humanos e de procurar soluções comuns para os problemas das sociedades, bem como para desenvolver a estabilidade democrática na Europa. A cidade de Estrasburgo foi escolhida para ser a sede permanente do Conselho (e, futuramente, também da Corte), por uma razão simbólica:

instituição pioneira no processo de integração do continente. A ideia de criar uma assembleia europeia aparece, pela primeira vez, durante o Congresso da Europa, realizado em Haia, em 10 de maio de 1948. Após divergências entre a França e Inglaterra, foi criado, em 5 de maio de 1949, o Conselho da Europa, com a missão de zelar pelo consenso no continente europeu. Constitui a mais antiga instituição europeia em operação e seus principais objetivos são a defesa dos direitos humanos, o fomento ao desenvolvimento democrático e a promoção da estabilidade político-social na Europa.

Atualmente, o Conselho da Europa é a maior organização intergovernamental com caráter político, englobando todos os Estados-membros da União Europeia, além de 20 países da Europa Central e Oriental. No âmbito do Conselho da Europa estão a Convenção Europeia de Direitos Humanos e a Corte Europeia de Direitos Humanos (LEANDRO, 2017).

No que se refere aos direitos fundamentais, cada país da União Europeia possui, em suas próprias constituições, disposições de proteção. Contudo, após esgotadas todas as vias de recursos nacionais, é possível ajuizar ação junto à Corte Europeia de Direitos Humanos (também denominada como Tribunal Europeu dos Direitos do Homem), caso um Estado-Membro viole um direito protegido pela Convenção Europeia de Direitos Humanos (CEDH) (FIGUEIREDO, 2017).

A Convenção Europeia de Direitos Humanos, muitas vezes referida como CEDH ou ECHR (*European Convention on Human Rights*), constitui tratado internacional que estabelece uma série de direitos fundamentais e liberdades para os cidadãos dos 47 países europeus que são signatários da Convenção. Foi adotada pelo Conselho da Europa em 1950 e entrou em vigor em 1953. Representa o principal instrumento de proteção dos direitos humanos no continente europeu.

Ao ser assinada, a Convenção possuía três objetivos delimitados: listar e definir os direitos garantidos; especificar as condições em que esses direitos poderiam ser exercidos; criar mecanismos para que esses direitos fossem obrigatoriamente observados (MOTA, 2017, p. 134).

Dentre os princípios e direitos protegidos pela Convenção Europeia, destacam-se: direito à vida, proibindo-se a privação da vida, exceto em circunstâncias muito restritas, como legítima defesa; proibição de tortura e tratamento desumano ou degradante, bem como a pena de morte; direito à liberdade e à segurança, protegendo os cidadãos contra detenções arbitrárias e garantindo que as pessoas detidas sejam informadas sobre as razões da detenção; direito a um

por vários séculos a cidade esteve no centro de conflitos entre a França e a Alemanha, e agora poderia servir como o símbolo da reconciliação europeia" (MOTA, 2017, p. 134).

julgamento justo, estabelecendo-se uma série de garantias para assegurar que todos tenham o direito a um julgamento justo em processos criminais e civis; liberdade de expressão, protegendo-se a liberdade de expressão, sujeita a restrições legais em certas circunstâncias; liberdade de religião, garantindo-se a liberdade de pensamento, consciência e religião; direito ao respeito à vida privada e familiar; liberdade de reunião e associação; proteção da propriedade; e proibição de discriminação (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

Nesse contexto, constata-se que o conjunto de direitos estabelecidos pela Convenção Europeia [22] compreende fundamentalmente direitos civis e políticos. Os direitos sociais, econômicos e culturais foram adotados pela Carta Social Europeia, que entrou em vigor em 1965. Pela primeira vez na história, Estados soberanos aceitaram obrigações juridicamente vinculantes no sentido de assegurar direitos humanos a todas as pessoas em sua jurisdição e assegurar a todos os indivíduos, incluindo seus nacionais, o direito de submeter casos contra os próprios Estados, que podem ensejar decisões vinculantes proferidas pela Corte Europeia de Direitos Humanos.

Visando efetivar a proteção dos direitos humanos e assegurar o respeito aos compromissos assumidos, a Convenção previu, em seu artigo 19[23], a criação de um tribunal, de caráter permanente, composto por juízes indicados pelos países contratantes (MOTA, 2017). Como consequência, a Corte Europeia[24] foi instituída em 1959, sob a jurisdição do Conselho da Europa. Possui competência consultiva e contenciosa. Sua competência consultiva está prevista no artigo 47 da Convenção que dispõe que "o Tribunal pode emitir pareceres sobre questões jurídicas relativas à interpretação da Convenção e dos seus protocolos" [25](CONSELHO DA EUROPA, 1950).

No que diz respeito à competência contenciosa, as decisões da Corte são juridicamente vinculantes e têm natureza declaratória. A Corte exerce sua competência contenciosa quando um dos legitimados ativos peticiona ao Tribunal em situação de possível violação de direitos

[22] "Quatorze Protocolos adicionais foram adotados desde a entrada em vigor da Convenção. Os Protocolos n.º 1, 4, 6 e 7 acrescentaram direitos e liberdades aos direitos e liberdades que estavam consagrados na Convenção" (LEANDRO, 2017, p. 119).

[23] "Artigo 19 da Convenção Europeia de Direitos Humanos – A fim de assegurar o respeito aos compromissos que resultam para as partes contratantes da presente Convenção, criam-se: a) uma Comissão Europeia de Direitos Humanos a ser designada <Comissão>; b. um Tribunal Europeu de Direitos Humanos, a seguir designado <o Tribunal> (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

[24] "A primeira sessão da Corte ocorreu entre 23 e 28 de fevereiro de 1959, e em 14 de novembro, realizou-se a sessão relacionada ao seu primeiro julgamento – Caso Lawless *versus* Ireland" (MOTA, 2017, p. 135).

[25] O artigo 47 estabelece também que "tais pareceres não podem incidir sobre questões relativas ao conteúdo ou à extensão dos direitos e liberdades definidos no título I da Convenção e nos protocolos, nem sobre outras questões que, em virtude do recurso previsto pela Convenção, possam ser submetidas ao Tribunal ou ao Comitê de Ministros" (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

humanos previstos na Convenção Europeia de Direitos Humanos ou em um de seus Protocolos. O artigo 33 da Convenção estabelece que qualquer Estado-parte pode submeter ao Tribunal qualquer violação das disposições da Convenção e dos seus protocolos que creia poder ser imputada a outro Estado-parte. Ainda, de acordo com o artigo 34 da Convenção, qualquer pessoa, grupo de pessoas ou organização não governamental possui acesso direto à Corte Europeia, podendo submeter à sua apreciação denúncia de violação de direito estabelecido pela Convenção por Estado-parte (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

Dessa forma, os indivíduos possuem pleno *locus standi* perante a Corte Europeia (PIOVESAN, 2006), o que pode ser considerado um sinal distintivo e principal conquista da Convenção Europeia de Direitos Humanos[26]. Cabe reforçar, todavia, que o sistema de proteção dos direitos e liberdades fundamentais introduzido pela Convenção Europeia se embasa no princípio da subsidiariedade, ou seja, incumbe aos Estados-partes garantirem a sua aplicação, devendo a Corte intervir, apenas nos casos em que os Estados não cumprirem o seu dever (CONSELHO DA EUROPA, 2014). Sendo assim, somente o Estados-partes podem figurar no polo passivo das demandas submetidas à Corte Europeia de Direitos Humanos.

Segundo Santos (2017, p. 15):

> No entanto, ainda que se destaque o papel do Estado no processo de construção de uma dimensão robusta na percepção dos direitos humanos no contexto europeu, há um processo de descentralização de fontes normativas, em que os Estados atribuem capacidades soberanas para instâncias supranacionais, em razão de valores comuns. O interesse no âmbito internacional para a defesa do ser humano surge como mais um mecanismo de pressão para o cumprimento do dever de proteção desses direitos.
> Ademais, a crença e o comprometimento dos países europeus à aplicabilidade de regras e parâmetros jurídicos, que fazem parte do Direito Internacional e do Direitos Humanos na Europa, conduzem ao fortalecimento das instituições na medida em que reforçam o papel dos tribunais europeus no que tange à mitigação de impunidade frente às violações de direitos humanos. Por esta razão, busca-se a aplicação da jurisdição da Corte em casos em que há por parte de indivíduos questionamentos quanto à garantia da defesa de seus direitos humanos (...).

[26] "A Convenção Europeia de Direitos Humanos buscou garantir principalmente a democracia liberal na Europa – coerente com a ideia de uma 'Europa livre', no contexto da Guerra Fria. Daí porque uma das dimensões que garante maior concretude a mecanismos institucionais de proteção de direitos humanos na Europa refere-se a forma como o direito de petição individual e a submissão ao Tribunal restaram estabelecidos na redação da Convenção de 1950. Em que pese haja críticas que esses mecanismos institucionais tenham resultado em negociações morosas e levado a adoção de protocolos adicionais à Convenção, não há como refutar o argumento de que garantiram, de fato, o quadro institucional estipulado para proteção dos direitos humanos pela Convenção (CEDH) e a construção positiva quanto à reputação de sua efetividade" (SANTOS, 2017, p. 15).

A jurisdição da Corte Europeia funda-se nos seguintes critérios: *ratione personae* – dentro do âmbito da responsabilidade de um Estado-parte, *ratione loci* – dentro do território do Estado-parte ou áreas controladas e *ratione temporis* – violação cometida depois da entrada em vigor da Convenção em relação ao Estado-parte.

Ao apreciar a petição contra Estado-parte da Convenção, a Corte realiza um juízo de admissibilidade, com base nos requisitos estabelecidos pelo artigo 35 da Convenção: a. o fato deve ter acontecido depois da ratificação da Convenção pelo estado, b. o Estado ao qual se imputa a violação tem que ser necessariamente membro do Conselho da Europa, c. o direito alegado como violado tem que ser protegido pela Convenção Europeia, d. esgotamento prévio dos recursos internos, e. observância do prazo de 6 meses, a contar da data da decisão definitiva, f. não ser anônima, g. inexistência de litispendência internacional, h. não ser manifestamente infundada, i. não constituir um abuso de direito de petição e j. o requerente deve ser vítima da lesão, ou ter sofrido diretamente seus efeitos (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

Se a petição for declarada inadmissível, a decisão será definitiva, não podendo ser objeto de apelação. Por outro lado, se for declarada admissível, as partes serão informadas e a Corte se colocará à disposição na busca de uma solução amistosa. Se a solução não for alcançada, serão fixados prazos para a apresentação de memoriais, e a Corte decidirá se será necessária audiência. Ao final, se a Corte decidir que há violação a um ou mais artigos da Convenção, com fundamento no artigo 41, poderá determinar a compensação pecuniária da vítima. A Corte poderá também impor medidas gerais, como propostas de alterações normativas. A decisão final da Corte será transmitida ao Comitê de Ministros, órgão executivo do Conselho da Europa, que supervisionará sua execução, em conformidade com o artigo 46 da Convenção (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

Na prática, constata-se que 95% das denúncias são rejeitadas, sem exame de fundo, por não terem respeitados todos os critérios de admissibilidade previstos na Convenção. Entretanto, submersa por denúncias individuais, a Corte enfrenta dificuldades para concentrar-se dentro de prazos razoáveis sobre casos que merecem exame de fundo. Visando garantir uma administração mais eficaz da justiça, foi adotado o Protocolo n. 14, que entrou em vigor em 2010 e que prevê, além de outras ações, a possibilidade de as denúncias manifestamente inadmissíveis serem tratadas por juiz singular, assistido por relatores não judiciais e não mais por um Comitê de três juízes. Instituiu, também, um novo critério de admissibilidade ligado à importância do prejuízo causado pelo requerente, buscando desencorajar denúncias por parte de pessoas que tenham sofrido um dano insignificante (CONSELHO DA EUROPA, 2014).

A Corte possui a função precípua de proteger a Convenção Europeia de Direitos Humanos e é composta por um número de juízes[27] igual ao de Estados contratantes, ou seja, são 47 juízes, um por cada Estado-parte. Outrossim, os juízes têm assento na Corte a título individual e não representam nenhum Estado. Não podem exercer atividade incompatível com seus deveres de independência e imparcialidade ou com a disponibilidade exigida pelo desempenho de funções o tempo inteiro. Desde 1998, a Corte se reúne de forma permanente.

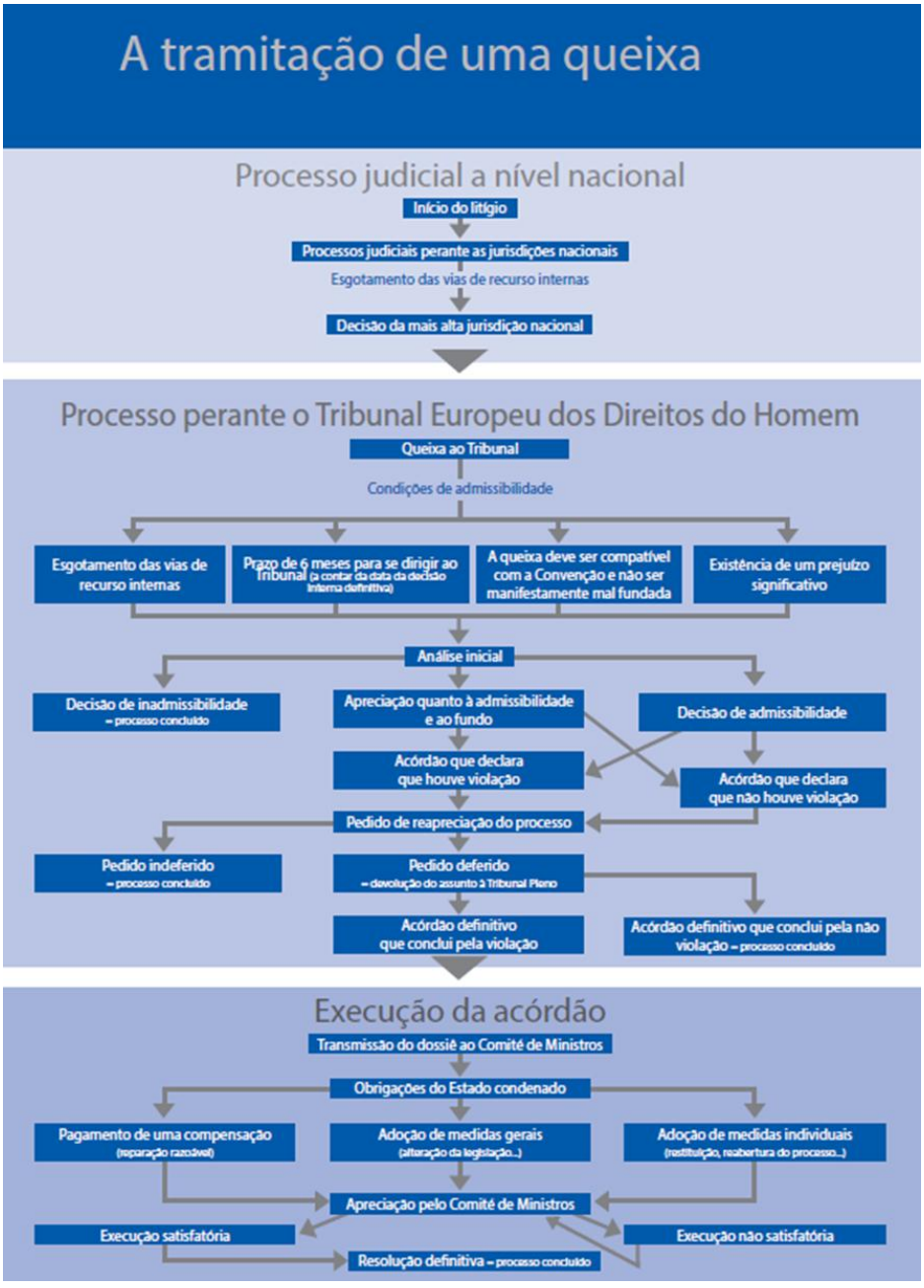
Para o exame dos assuntos que lhe sejam submetidos, a Corte funciona com juiz singular, em comitês compostos por 3 juízes, câmaras compostas por 7 juízes e em tribunal pleno (Grande Câmara) composto por 17 juízes. Cada sessão tem um Presidente, um Vice-Presidente e um número de outros juízes. Após o julgamento por uma das câmaras, qualquer das partes pode requerer que o caso seja levado para a Grande Câmara, o que é permitido em casos excepcionais.

Como citado acima, uma câmara é composta por 7 juízes, sendo estes o Presidente da sessão para a qual o caso foi designado, o juiz nacional (juiz do país relacionado ao caso que será analisado) e cinco outros juízes aleatoriamente designados pelo Presidente da Sessão. A pedido da Assembleia Plenária, o Comitê de Ministros poderá, por decisão unânime e por período determinado, reduzir para cinco o número de juízes das sessões.

Como citado previamente, a Grande Câmara é composta por 17 juízes, sendo o Presidente e Vice-Presidentes da Corte, os Presidentes das Seções e o "juiz nacional", juntamente com outros juízes selecionados aleatoriamente. Dentre estes não pode haver qualquer juiz que porventura já tenha analisado o caso anteriormente em uma das Câmaras.

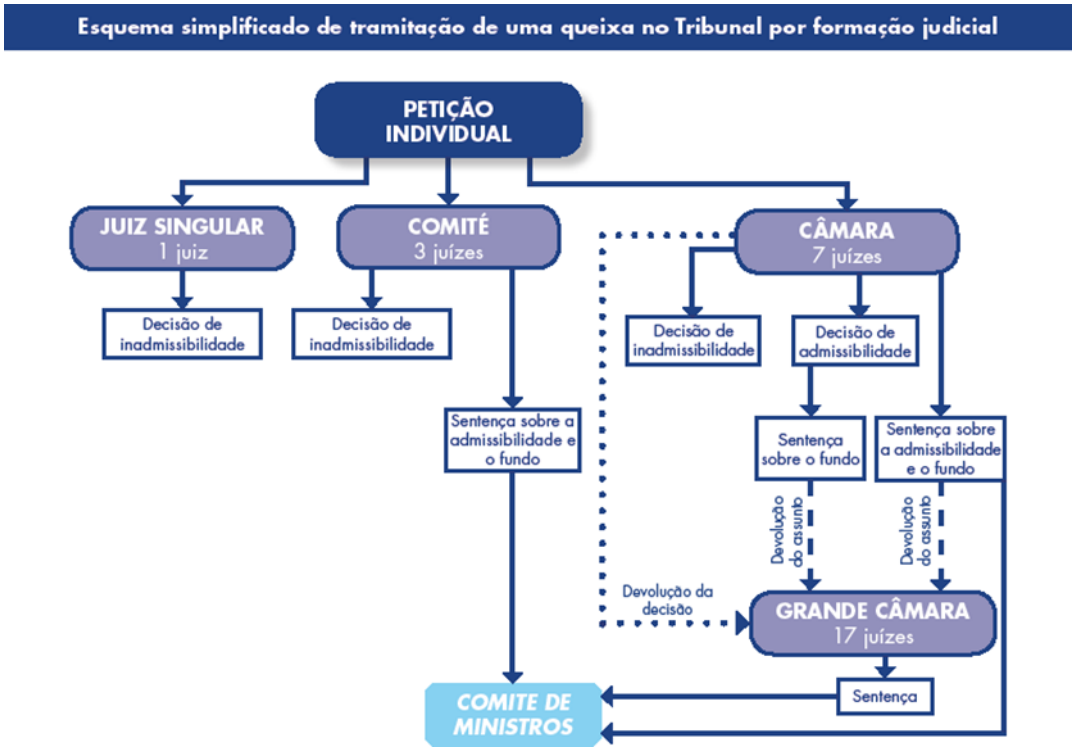
[27] Os juízes da Corte Europeia de Direitos Humanos são eleitos pela Assembleia Parlamentar do Conselho Europeu dentre uma lista de três candidatos indicados por cada Estado membro. Cada juiz é eleito por um período de nove anos, não sendo possível a reeleição. Em 21 de janeiro de 1959, ocorreu a primeira eleição dos membros da Corte.

Figura 1 - Fluxograma sintetizando a tramitação de denúncias junto à Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: Conselho da Europa, 2014.

Figura 2 - Tramitação de petição individual junto à Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: Conselho da Europa, 2014.

Em síntese, os Estados são obrigados a implementar as sentenças da Corte tomando medidas para corrigir as violações e prevenir que ocorram novamente. As decisões estabelecem precedentes legais que orientam a interpretação e aplicação da Convenção, o que contribui para um entendimento comum dos direitos humanos em todos os Estados membros. Nessa perspectiva, a Convenção Europeia tem tido impacto importante no direito interno dos Estados-partes, atuando como catalisadora de mudanças legais em prol da proteção dos direitos humanos. O sistema europeu traduz importante experiência de judicialização dos direitos humanos, por meio da atuação da Corte Europeia (PIOVESAN, 2006).

A atuação da Corte ao longo dessas décadas é de extrema relevância, pois a evolução da Convenção ocorre principalmente com base na interpretação de suas disposições. Por meio de sua jurisprudência, a Corte converteu a Convenção em um instrumento vivo e dinâmico, ampliando os direitos assegurados e possibilitando sua aplicação a situações não previstas no momento de sua adoção.

3.2.2 Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos

O Sistema Interamericano de Direitos Humanos constitui o sistema regional de proteção e promoção dos direitos humanos em vigor nas Américas, compreendendo a Organização dos Estados Americanos (OEA) e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), bem como a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). Dessa forma, o sistema interamericano fundamentou-se em três documentos internacionais primordiais: a Carta da Organização dos Estados Americanos[28], a Declaração dos Direitos e Deveres do Homem[29] e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos[30].

Esse sistema foi criado para garantir o respeito aos direitos humanos nos Estados membros da OEA e desempenha um papel fundamental na defesa e promoção dos direitos humanos na região. Todavia, a maioria dos países do continente foi, durante muitos anos, relutante em contribuir para a criação de mecanismos de garantia e promoção dos direitos humanos (REIS, 2017)[31].

---

[28] No Artigo 2º, a Carta elenca os propósitos da Organização dos Estados Americanos: a) garantir a paz e a segurança continentais; b) promover e consolidar a democracia representativa, respeitado o princípio da não-intervenção; c) prevenir as possíveis causas de dificuldades e assegurar a solução pacífica das controvérsias que surjam entre seus membros; d) organizar a ação solidária destes em caso de agressão; e) procurar a solução dos problemas políticos, jurídicos e econômicos que surgirem entre os Estados-membros; f) promover, por meio da ação cooperativa, seu desenvolvimento econômico, social e cultural; g) erradicar a pobreza crítica, que constitui um obstáculo ao pleno desenvolvimento democrático dos povos do Hemisfério; e h) alcançar uma efetiva limitação de armamentos convencionais que permita dedicar a maior soma de recursos ao desenvolvimento econômico-social dos Estados-membros. O Artigo 17 estabeleceu a base para a proteção dos direitos humanos ao dispor que "o Estado respeitará os direitos da pessoa humana e os princípios da moral universal" (OEA, 1948).

[29] A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, também aprovada na Nona Conferência Internacional Americana, em Bogotá, em 1948, em conjunto com a Carta da OEA, formou a base normativa de proteção dos direitos humanos antes da promulgação da Convenção Americana e continua a vigorar, nessa matéria, para os Estados que não são partes na Convenção Americana. A Declaração compõe-se de dois capítulos, sendo o primeiro destinado aos direitos e o segundo, aos deveres. Dentre os direitos, são assegurados os direitos à vida, à liberdade, à segurança, à igualdade perante a lei, à educação, à preservação da saúde, à justiça. São deveres, dentre outros: de sufrágio, de obediência à lei e de servir à coletividade e à nação (MAZZUOLI, 2011, p. 20).

[30] Além desses documentos, atualmente, o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos compõe-se de outros instrumentos regionais de proteção e promoção desses direitos, a saber: Convenção Interamericana para Prevenir a Tortura; Protocolo à Convenção Americana sobre Direitos Humanos relativo à abolição da pena de morte; Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará); Convenção Interamericana sobre Desaparecimento forçado de Pessoas; Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (Protocolo de São Salvador); Carta Democrática Interamericana; Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência; Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos das pessoas maiores; Convenção Interamericana contra o racismo, a discriminação racial e formas conexas de intolerância.

[31] Guerra (2013, p. 27) argumenta que "no âmbito americano existe um sistema duplo de proteção dos direitos humanos: o sistema geral, que é baseado na Carta e na Declaração, e o sistema que abarca apenas os Estados que são signatários da Convenção, que além de contemplar a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, como no sistema geral, também alcança a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Nesse cenário, é relevante destacar que a região é marcada por elevado grau de exclusão e desigualdade social, ao qual se somam democracias em fase de consolidação. Ainda, especialmente do ponto de vista dos países latino-americanos, a criação de um sistema de supervisão do comportamento dos Estados em relação a violações de direitos humanos era considerada como porta de entrada para o intervencionismo norte-americano (PIOVESAN, 2006; REIS, 2017).

Em 1959, a Assembleia Geral da OEA aprovou a criação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que se reuniu pela primeira vez em 1960. Pode-se afirmar que nos anos subsequentes a sua criação, a Comissão[32] foi encontrando maneiras de exercer suas funções com os mecanismos outorgados e que, mesmo diante de limitações institucionais e orçamentárias, construiu importante reputação na defesa dos direitos humanos na região e se tornou referência para o mundo (BOTI, 2015). Posteriormente, em 1969, foi aprovada a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que entrou em vigor em 1978. Em 1979, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos se completou com a instalação da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

A Convenção Americana, em seu preâmbulo, enfatiza a sua missão de estruturar um sistema de proteção internacional dos direitos humanos complementar e subsidiário ao sistema estabelecido pelos Estados-partes, preconizando que os direitos essenciais do homem derivam do fato de ter como fundamento os atributos da pessoa humana (OEA, 1969).

De acordo com o artigo 1º da Convenção:

> Os Estados-partes se comprometem a respeitar os direitos e liberdades reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexto, idioma, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição (OEA, 1969).

[32] Segundo Reis (2017, p. 1583), "este percurso não foi tranquilo. Dúvidas sobre a isonomia da Comissão, especialmente em um continente marcado pela desigualdade da distribuição de poder e riqueza entre os países, sempre estiveram presentes. Desde os primeiros anos de seu funcionamento, o foco da Comissão sobre o regime socialista cubano, em sintonia com os interesses da política externa estadunidense, alimenta as críticas ao seu trabalho na América Latina. Contudo, aos poucos, a Comissão foi ampliando sua área de atuação, e fez duras críticas às ditaduras militares do Chile, do Uruguai e da Argentina, submetendo-as ao escrutínio internacional. Paralelamente, várias mudanças foram introduzidas nos processos e mecanismos de atuação da Comissão, com vistas a mitigar as acusações de 'politização' e a aumentar a eficiência de seu trabalho. O reconhecimento dos atores da sociedade civil do continente ao trabalho da Comissão pode ser atestado pelo crescimento exponencial das petições apresentadas".

Prescreve, ainda, em seu artigo 2º que:

> Se o exercício dos direitos e liberdades mencionados no artigo 1º ainda não estiver garantido por disposições legislativas ou de outra natureza, os Estados-partes se comprometem a adotar, de acordo com as suas normas constitucionais e com as disposições da Convenção, as medidas legislativas ou de outra natureza que forem necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades (OEA, 1969).

A Convenção Americana reconhece e assegura um conjunto de direitos civis e políticos, assim como ocorre com a Convenção Europeia de Direitos Humanos. Dessa forma, elenca os direitos fundamentais à vida, integridade física, proibição da escravidão e da servidão, liberdade pessoal, garantias judiciais, a não retroatividade da lei penal mais gravosa e a retroatividade da lei penal mais benéfica, indenização por erro judiciário, proteção da honra e da dignidade, liberdade de consciência e religião, liberdade de pensamento e de expressão, direitos políticos, igualdade perante a lei, dentre outros. Não enuncia, de forma específica, qualquer direito social, cultural ou econômico, limitando-se a determinar que alcancem, progressivamente, a plena realização desses direitos, mediante a adoção de medidas legislativas e outras apropriadas, nos termos do artigo 26 da Convenção (OEA, 1969).

Posteriormente, em 1988, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos adotou um Protocolo Adicional à Convenção, Protocolo de San Salvador, que abarcou direitos econômicos, sociais e culturais e que entrou em vigor em novembro de 1999.

A Parte II da Convenção dispõe sobre os meios de proteção dos direitos humanos na região: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Reitera-se que a primeira foi criada pela Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA) de 1948, com a função de promover o respeito e a defesa dos direitos humanos e de servir como órgão consultivo da Organização. Dessa forma, representa todos os Estados membros da OEA, devendo seus membros formularem recomendações aos governos dos Estados-partes, quando considerarem conveniente, para que adotem medidas progressivas em prol dos direitos humanos no âmbito de suas leis internas e seus preceitos constitucionais, bem como disposições apropriadas para promover o devido respeito a esses direitos (PIOVESAN, 2006).

Há, portanto, um desdobramento funcional nas atribuições da Comissão, que exerce seu papel tanto como órgão da OEA quanto como órgão da Convenção Americana, nos casos em que os Estados-partes reconhecem a jurisdição contenciosa da Corte.

> A Comissão é, a um só tempo, órgão de "vocação geral" do sistema interamericano (quando atua como órgão da OEA) e órgão "processual" desse mesmo sistema (nas funções que lhe são atribuídas pela Convenção). Trata-se do aspecto ambivalente ou bifronte da Comissão.
> (...) os Estados que não ratificaram a Convenção Americana não ficam desonerados de suas obrigações assumidas nos termos da Carta da OEA e da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, de 1948, podendo acionar normalmente a Comissão, que fará recomendações aos governos para o respeito dos direitos humanos violados no território do Estado em questão.
> Em caso de descumprimento do que estabelecido pela Comissão, este órgão poderá acionar a Assembleia-Geral da OEA para que adote sanções contra o Estado infrator.
> No entanto, para os Estados que aderiram à Convenção Americana sobre Direitos Humanos e reconheceram a competência contenciosa da Corte Interamericana, toda a disciplina de atuação da Comissão deve ser buscada na própria Convenção (MAZZUOLI, 2011, p. 29-30).

A Comissão é composta por sete membros com comprovada experiência na área de direitos humanos. São eleitos pela Assembleia Geral da OEA a partir de listas de candidatos apresentadas pelos Estados-partes, mas desempenham suas funções de forma independente, sem qualquer vínculo com seus países de origem. O mandato tem duração de quatro anos, com possibilidade de reeleição.

De acordo com o Artigo 41 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, "a principal função da Comissão é promover a observância e a proteção dos direitos humanos". Suas atribuições incluem:

> a) fomentar a consciência dos direitos humanos entre os povos das Américas;
> b) recomendar, quando necessário, que os governos dos Estados-Membros adotem medidas progressivas para promover os direitos humanos em suas legislações internas e constituições, bem como garantir o devido respeito a esses direitos;
> c) realizar estudos ou relatórios que considere relevantes para o cumprimento de suas funções;
> d) solicitar aos governos dos Estados-Membros informações sobre as medidas tomadas em relação aos direitos humanos;
> e) responder às consultas formuladas pelos Estados-Membros, por meio da Secretaria-Geral da OEA, sobre questões relacionadas a direitos humanos e, sempre que possível, oferecer o assessoramento solicitado;
> f) atuar no tratamento de petições e comunicações dentro de sua autoridade, conforme disposto nos artigos 44 a 51 da Convenção; e
> g) apresentar um relatório anual à Assembleia Geral da OEA (OEA, 1969).

A Comissão exerce funções promocionais, consultivas e de proteção dos direitos humanos. No âmbito promocional, busca fomentar a conscientização sobre a relevância dos direitos humanos por meio de estudos, relatórios, seminários e conferências. Como órgão consultivo, está habilitada a elaborar projetos de tratados e convenções, além de interpretar a

Convenção Americana. Já na função de proteção, a Comissão realiza investigações sobre a situação dos direitos humanos nos Estados, elabora relatórios especiais e recebe denúncias de violações aos direitos assegurados pela Convenção (APOLINÁRIO, 2019).

De acordo com o Artigo 44 da Convenção, qualquer pessoa, grupo ou entidade não governamental legalmente reconhecida em um ou mais Estados-Membros da OEA pode apresentar petições à Comissão relatando violações da Convenção por um Estado-parte. Adicionalmente, um Estado-parte pode denunciar violações de direitos humanos praticadas por outro Estado-parte, desde que tenha submetido à Secretaria-Geral da OEA uma declaração reconhecendo a competência da Comissão para analisar essas comunicações (OEA, 1969).

Portanto, há a possibilidade de acesso à Comissão por indivíduos cujos direitos foram lesados pelos Estados-partes da Convenção, por meio do sistema de petições previsto no artigo 41, "f", e nos artigos 44 e 51 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (OEA, 1969). Desse modo, observa-se que a legitimidade para a apresentação de petições junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) abrange desde indivíduos até organizações não governamentais[33].

Conforme o Artigo 46, para que uma comunicação seja admitida pela Comissão, é necessário:

a) que tenham sido interpostos e esgotados os recursos da jurisdição interna, conforme os princípios geralmente reconhecidos do direito internacional;
b) que seja apresentada no prazo de seis meses a partir da data em que a decisão definitiva foi notificada ao suposto prejudicado;
c) que o assunto da petição ou comunicação não esteja pendente em outro processo de solução internacional; e
d) que, no caso do Artigo 44, a petição inclua o nome, nacionalidade, profissão, domicílio e assinatura do autor ou do representante legal da entidade que a submeteu.

As exigências previstas nas alíneas "a" e "b" não se aplicam quando:

a) não houver, na legislação interna do Estado em questão, o devido processo legal para proteger o direito alegadamente violado;

[33] "A Comissão atua principalmente por meio do sistema de relatorias e do sistema de petições. Este último é acionado por meio de denúncias de indivíduos e organizações que buscam reparação e exposição de violações que são ignoradas pelos Estados. Esse mecanismo, assim como os outros regimes regionais, possui uma característica particular que o diferencia do regime global de direitos humanos: a permeabilidade à atuação direta da sociedade civil nas denúncias. Essa peculiaridade é tema de ampla discussão tanto no âmbito do Direito Internacional Público, no que se refere aos indivíduos e organizações não governamentais (ONGs) enquanto atores relevantes no direito internacional, como nos debates das Relações Internacionais que discutem o papel desses atores como agentes no sistema internacional" (MAIA; LIMA, 2017, p. 1422).

b) o acesso aos recursos da jurisdição interna tenha sido negado ou o esgotamento desses recursos tenha sido impossibilitado ao suposto prejudicado; ou
c) houver demora injustificada na resolução dos recursos mencionados (OEA, 1969)

De acordo com Trindade e Robles (2003), o dever do provimento pelos Estados-partes de recursos internos eficazes, imposto pelos tratados de direitos humanos, constitui o necessário fundamento no direito interno do dever correspondente dos indivíduos reclamantes de fazer uso de tais recursos antes de levar o caso aos órgãos internacionais.

Em síntese, a Comissão considerará inadmissível qualquer petição ou comunicação nos seguintes casos: a) se não atender aos requisitos estabelecidos no Artigo 46; b) se não descrever fatos que configurem violação dos direitos garantidos pela Convenção; c) se, com base na exposição do próprio peticionário ou do Estado, a petição ou comunicação for manifestamente infundada ou evidentemente improcedente; ou d) se for uma reprodução substancial de uma petição ou comunicação anterior já analisada pela Comissão ou por outro organismo internacional (OEA, 1969).

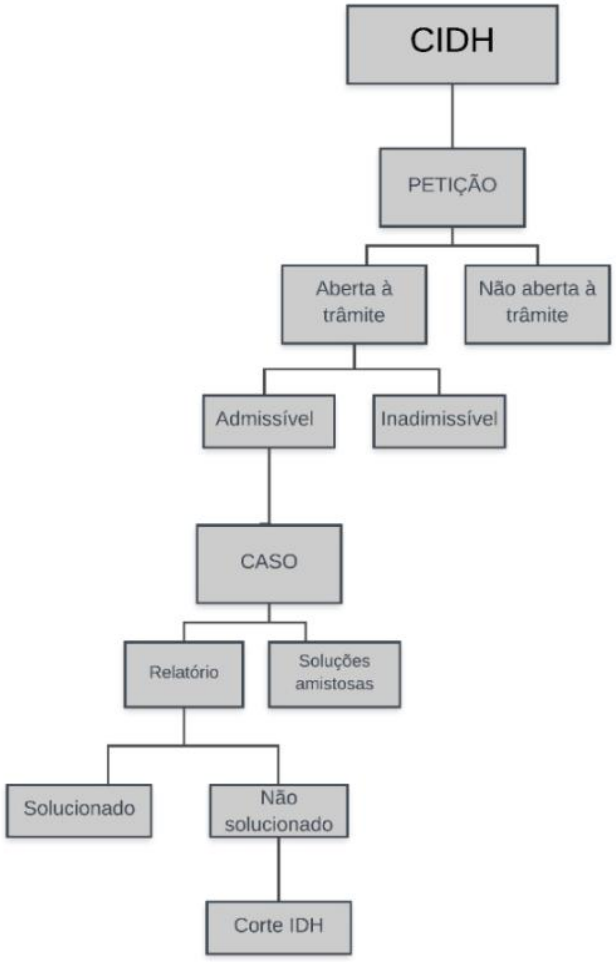
O procedimento na Comissão está regulado nos Artigos 48 a 51 da Convenção. Procedimentalmente, ao receber uma petição, a Comissão inicialmente decide sobre sua admissibilidade, com base nos requisitos acima elencados. Se reconhecer a admissibilidade da petição, solicita informações ao governo denunciado. Em casos graves e urgentes, pode ser realizada uma investigação, mediante prévio consentimento do Estado em cujo território se alegue haver sido cometida a violação, tão somente com a apresentação de uma petição ou comunicação que reúna todos os requisitos formais de admissibilidade (OEA, 1969).

Recebidas as informações, ou transcorrido o prazo, sem que as tenha recebido, a Comissão verificará se existem ou se subsistem os motivos da petição ou comunicação. Na hipótese de não existirem ou subsistirem, a Comissão arquivará o expediente. Por outro lado, se o expediente não for arquivado, e com o objetivo de comprovar os fatos, a Comissão realizará, com o conhecimento das partes, um exame do assunto e realizará, se necessária, uma investigação dos fatos, solicitando aos Estados interessados o apoio necessário. Além disso, a Comissão poderá solicitar aos Estados envolvidos qualquer informação relevante e receberá, caso solicitado, as exposições verbais ou escritas que eles apresentarem (OEA, 1969).

Após o exame da matéria, a Comissão buscará uma solução amistosa entre as partes, fundada no respeito aos direitos humanos reconhecidos na Convenção. Se a solução ocorrer, a Comissão elaborará um relatório, que será transmitido ao peticionário e aos Estados partes da Convenção, comunicando posteriormente à Secretaria da OEA para publicação. O relatório conterá breve exposição dos fatos e da solução alcançada (OEA, 1969).

Quando não houver solução amistosa, a Comissão redigirá um relatório, apresentando os fatos, conclusões e, eventualmente, recomendações ao Estado-parte. O relatório será encaminhado ao Estado-parte, que terá o prazo de 3 meses para dar cumprimento às recomendações. Durante o período de 3 meses, o caso pode ser solucionado pelas partes ou encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos (PIOVESAN, 2006).

Figura 3 - Fluxo das denúncias enviadas à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.



Fonte: Schwether, Oliveira, 2022, p. 45.

Caso, no prazo de três meses após o envio do relatório da Comissão aos Estados envolvidos, a questão não seja resolvida nem submetida à Corte pela Comissão ou pelo Estado interessado que reconheça sua jurisdição, a Comissão poderá, por decisão da maioria absoluta de seus membros, apresentar sua opinião e conclusões sobre o caso. Nesse contexto, emitirá as recomendações pertinentes e fixará um prazo para que o Estado adote as medidas necessárias à solução do problema. Decorrido o prazo, a Comissão decidirá, novamente por maioria absoluta, se as medidas adotadas pelo Estado foram adequadas e se o relatório será ou não divulgado (APOLINÁRIO, 2019).

Sobre o tema, Galli e Dulitzky (2000) destacam que um Estado considerado pela Comissão como responsável por violar suas obrigações internacionais ao não respeitar e garantir os direitos humanos em seu território estará sujeito a um constrangimento público internacional por meio da divulgação de um relatório aos Estados-membros da OEA. Dessa forma, a sanção mais severa aplicada pela Comissão será a inclusão de um relatório final condenatório em seu Relatório Anual, apresentado na Assembleia Geral da OEA. Além disso, a Comissão poderá acrescentar recomendações no relatório, sugerindo medidas para que o Estado resolva a questão identificada.

Em suma, a Convenção prevê três etapas na fase final do processo na Comissão Interamericana de Direitos Humanos: 1. com base no artigo 50, elabora-se um primeiro relatório, no qual a Comissão fará uma exposição dos fatos e da solução alcançada, caso se tenha chegado a um acordo, ou, no caso de falta de solução, fará suas proposições e as recomendações que julgar adequadas; 2. em consonância com o artigo 51, é facultado à Comissão enviar o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos, após decorridos três meses da notificação do Estado-parte sobre o primeiro relatório sem que a questão tenha sido resolvida, ou elaborar o segundo relatório, de caráter definitivo, no qual fará recomendações e fixará um prazo dentro do qual o Estado deve tomar as medidas que lhe competirem; 3. se o Estado não acatar as recomendações do segundo relatório, a Comissão publicará o relatório final no seu Relatório Anual que será submetido à Assembleia-Geral da OEA (APOLINÁRIO, 2019).

Figura 4 - Síntese das Etapas da Fase Final do Processo junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

Fonte: Dados do estudo com visualização gerada no Napkin AI.

Também como organismo decisivo de proteção de direitos humanos no continente, a Corte Interamericana de Direitos Humanos[34] possui a finalidade de julgar casos de violação dos direitos humanos ocorridos em países que integram a Organização dos Estados Americanos (OEA) e que reconheçam sua competência. Instalada em 3 de setembro de 1979, a Corte constitui órgão judicial autônomo, que analisa os casos de suspeita de que os Estados membros tenham violado um direito ou liberdade protegido pela Convenção (BERNARDES; VENTURA, 2012).

Diversamente do sistema europeu, que assegura acesso direto de qualquer indivíduo, grupo de indivíduos ou organização não governamental à Corte Europeia, no sistema interamericano, apenas a Comissão e os Estados-partes podem submeter um caso à Corte Interamericana, não estando prevista a legitimação do indivíduo, nos termos do artigo 61 da Convenção Americana. Importa ressaltar que o caso somente será submetido à Corte se o Estado-parte reconhecer, mediante declaração expressa e específica, a competência da Corte no tocante à interpretação e aplicação da Convenção (PIOVESAN, 2006).

Atualmente, são 20 Estados que reconheceram a competência contenciosa da Corte: Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname e Uruguai. Estados Unidos e Canadá não firmaram seu reconhecimento. Ainda, Trinidad e Tobago denunciou a Convenção em 1998 e a Venezuela o fez em 2012. A figura abaixo ilustra a distribuição dos Estados-partes no continente americano, demonstrando a prevalência dos países latino-americanos.

[34] A Corte Interamericana constitui um dos três tribunais regionais de proteção de direitos humanos, em conjunto com a Corte Europeia, descrita anteriormente neste trabalho, e a Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos.

Figura 5 - Estados-partes da Convenção Americana sobre Direitos Humanos que aceitaram a competência contenciosa da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Fonte: Annual Report Interamerican Court of Human Rights, 2023.

A Corte exerce funções de natureza contenciosa e consultiva, além de adotar medidas provisionais em casos de extrema urgência e gravidade. No desempenho da função contenciosa, a Corte determina se um Estado é responsável por violar direitos consagrados na Convenção Americana, adotando as medidas de reparação cabíveis, além de supervisionar o cumprimento de suas decisões. Como órgão consultivo, a Corte responde às consultas formuladas pelos Estados-partes da OEA sobre a compatibilidade das normas internas com a Convenção e sobre a interpretação da Convenção ou de outras normas de proteção dos direitos humanos. Finalmente, cabe à Corte adotar medidas provisionais em casos de extrema gravidade e urgência, quando for

necessário evitar danos irreparáveis às pessoas (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2019).

A competência da Corte embasa-se em quatro critérios: a. *ratione personae* – somente os Estados-partes[35] e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos possuem o direito de submeter casos à Corte (artigo 61 da Convenção)[36]; b. *ratione materiae* – a Corte é competente para conhecer qualquer caso que diga respeito à aplicação das disposições da Convenção Americana; c. *ratione temporis* – deve-se observar a irretroatividade da Convenção e a irretroatividade do reconhecimento da competência contenciosa da Corte por um Estado-parte; e d. *ratione loci* – os casos devem ter ocorrido no território de um Estado-parte (APOLINÁRIO, 2019).

Em situações de extrema gravidade e urgência, em que seja necessário prevenir danos irreparáveis às pessoas, a Corte poderá adotar as medidas provisionais que julgar adequadas nos casos sob sua análise. Quando se tratar de assuntos ainda não submetidos à sua apreciação, a atuação da Corte poderá ocorrer mediante solicitação da Comissão. Nos casos contenciosos em trâmite na Corte, as vítimas ou supostas vítimas, ou seus representantes, têm a possibilidade de apresentar diretamente à Corte uma petição de medidas provisionais, desde que relacionadas ao objeto do caso. Essa solicitação pode ser feita à Presidência, a qualquer Juiz ou à Secretaria, utilizando qualquer meio de comunicação disponível (APOLINÁRIO, 2019).

Quem receber a solicitação deverá encaminhá-la imediatamente à Presidência. A Corte, ou, na ausência de sua reunião, a Presidência, poderá solicitar ao Estado, à Comissão ou aos representantes dos beneficiários, sempre que necessário e possível, informações adicionais sobre o pedido de medidas provisionais antes de tomar uma decisão. Caso a Corte não esteja reunida, a Presidência, em consulta com a Comissão Permanente e, se possível, com os demais Juízes, solicitará ao Estado interessado que adote as medidas urgentes necessárias para garantir a eficácia das medidas provisionais que a Corte venha a adotar em seu próximo período de sessões. A supervisão das medidas urgentes ou provisórias será realizada por meio da apresentação de relatórios do Estado, acompanhados das observações dos beneficiários ou seus representantes. A

[35] É relevante reiterar que para que os Estados-partes possam submeter pedidos à Corte, precisam reconhecer sua competência contenciosa, o que ocorre no momento da ratificação ou adesão à Convenção, ou por declaração especial apresentada em momento posterior.

[36] Vítimas não possuem legitimidade para postular diretamente à Corte. Dessa forma, qualquer denúncia de violação de direitos humanos feita por uma pessoa ou organização governamental deve ser submetida para a Comissão, que poderá enviar o caso à Corte, após o rito mencionado anteriormente neste trabalho. Outrossim, o Regulamento da Corte faculta às vítimas ou aos seus representantes a apresentação de petições, argumentos e provas e que continuem atuando dessa forma durante todo o processo, depois de notificados da submissão do caso a esta instância.

Comissão deverá emitir observações sobre o relatório do Estado e sobre as observações feitas pelos beneficiários das medidas. Na análise dos pedidos urgentes, a Corte poderá requisitar outras fontes de informação relevantes sobre a situação, de forma a avaliar a gravidade e a urgência do caso, além da eficácia das medidas, podendo também solicitar perícias e relatórios que considerar necessários. A Corte ou, se não estiver reunida, a Presidência, poderá convocar a Comissão, os beneficiários ou seus representantes e o Estado para uma audiência pública ou privada sobre as medidas provisórias. A Corte incluirá em seu relatório anual à Assembleia Geral uma lista das medidas provisórias que tenha ordenado durante o período do relatório e, caso estas não tenham sido devidamente executadas, apresentará as recomendações que considerar apropriadas (APOLINÁRIO, 2019).

Segundo o Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2009), a Corte realizará os períodos ordinários de sessões que sejam necessários para o pleno exercício de suas funções, podendo alterar as datas desses períodos em circunstâncias excepcionais. Também podem ser convocadas sessões extraordinárias pela Presidência, por iniciativa própria ou a pedido da maioria dos juízes. Composta por sete juízes[37], o quórum para deliberações é de cinco juízes.

Como descrito na figura abaixo, o processo junto à Corte se inicia com a etapa escrita a partir da apresentação de uma causa à Secretaria. Em caso de submissão pela Comissão, o caso é apresentado à Corte por meio de relatório contendo todos os fatos supostamente lesivos aos direitos humanos, inclusive a identificação das supostas vítimas[38]. Além da Comissão, um Estado-parte poderá submeter um caso à Corte conforme o artigo 61 da Convenção, por meio de um escrito motivado, contendo as informações[39] indicadas no artigo 36 do Regulamento da Corte (CIDH,2009).

[37] Os juízes são selecionados a partir de listas tríplices apresentadas pelos Estados-partes e são eleitos pela Assembleia Geral da OEA, com mandato de seis anos, permitida uma reeleição.

[38] Para que o caso possa ser examinado, a Corte deverá receber as informações dispostas no artigo 35 do Regulamento da Corte: a. os nomes dos Delegados; b. os nomes, endereço, telefone, correio eletrônico dos representantes das supostas vítimas devidamente credenciados, se for o caso; c. os motivos que levaram a Comissão a apresentar o caso para a Corte e suas observações sobre a resposta do Estado demandado às recomendações do relatório ao qual ser refere o artigo 50 da Convenção; d. cópia da totalidade do expediente ante a Comissão, incluindo toda comunicação posterior ao relatório a que se refere o artigo 50 da Convenção; e. as provas que recebeu, incluindo o áudio ou a transcrição, com indicação dos fatos e argumentos sobre os quais versam; f. quando se afetar de maneira relevante a ordem pública interamericana dos direitos humanos, a eventual designação dos peritos, indicando o objeto de suas declarações e acompanhando seu currículo; g. as pretensões, incluídas as que concernem as reparações (CIDH, 2009).

[39] As informações indicadas são: a. os nomes dos Agentes e Agentes assistentes e o endereço no qual se considerarão oficialmente recebidas as comunicações pertinentes; b. os nomes, endereço, telefone, correio eletrônico dos representantes das supostas vítimas devidamente credenciados, se for o caso; c. os motivos que levaram o Estado a apresentar o caso ante a Corte; d. cópia da totalidade do expediente ante a Comissão, incluindo

Atendidos os requisitos formais para o recebimento do caso pela Corte, o Secretário notificará a apresentação do caso a: a. a Presidência e os Juízes; b. o Estado demandado; c. a Comissão, se não for ela que apresenta o caso; d. a suposta vítima, seus representantes ou o Defensor Interamericano, se for o caso. Também, informará sobre a apresentação do caso aos outros Estados-partes, ao Conselho Permanente por intermédio da sua Presidência e ao Secretário Geral (CIDH, 2009).

Notificada a apresentação do caso à suposta vítima ou aos seus representantes, estes disporão de um prazo improrrogável de dois meses, contado a partir do recebimento desse escrito e de seus anexos, para apresentar à Corte seu escrito de petições, argumentos e provas[40] (CIDH, 2009).

O Estado demandado realizará a contestação nos dois meses posteriores contados a partir do recebimento da petição inicial, sem prejuízo do prazo que possa estabelecer a Presidência, na hipótese de vítimas assistidas por múltiplos representantes. O Estado pode indicar: a. se aceita os fatos e as pretensões ou se os contradiz; b. as provas oferecidas devidamente ordenadas, com indicação dos fatos e argumentos sobre os quais versam; c. o rol de pessoas a serem inquiridas pela Corte e o objeto de suas declarações. No caso dos peritos, deverá ademais remeter seu currículo e seus dados de contato; d. os fundamentos de direito, as observações às reparações e às custas solicitadas, bem como as conclusões pertinentes. O demandado poderá, ainda, suscitar exceções preliminares, como faculta o Artigo 42 do Regulamento. Nas exceções preliminares, deverão ser expostos os fatos, os fundamentos de direito, as conclusões e os documentos que as embasem, bem como o oferecimento de provas. A apresentação de exceções preliminares não suspenderá o procedimento em relação ao mérito, nem aos prazos e aos termos respectivos, e a Comissão, as supostas vítimas ou seus representantes e, se for o caso, o Estado demandante poderão apresentar suas observações no prazo de 30 dias, contado a partir do recebimento das exceções. A Corte poderá convocar uma audiência especial para as exceções preliminares, depois da qual proferirá decisão. As exceções poderão ser resolvidas juntamente com o mérito e as reparações e as custas do caso, no momento da prolação da sentença (CIDH, 2009).

---

o relatório ao qual se refere o artigo 50 da Convenção e toda comunicação posterior a esse relatório; e. as provas que oferece, com indicação dos fatos e argumentos sobre os quais versam; f. a individualização dos declarantes e o objeto de suas declarações.

[40] O escrito de petições, argumentos e provas deve conter os elementos descritos no artigo 40 do Regulamento: a. a descrição dos fatos dentro do marco fático estabelecido na apresentação do caso pela Comissão; b. as provas oferecidas devidamente ordenadas, com indicação dos fatos e argumentos sobre os quais versam; c. a individualização dos declarantes e o objeto de sua declaração. d. as pretensões, incluídas as que concernem a reparações e custas (CIDH, 2009).

Na sequência do procedimento escrito, o Regulamento estabelece a etapa oral composta pela etapa probatória, que consiste na solicitação e apresentação da lista de declarantes pelas partes, na qual deverão confirmar ou desistir da oitiva das supostas vítimas, das testemunhas e dos peritos inicialmente arrolados. A Corte transmitirá a lista definitiva de declarantes à contraparte e concederá um prazo para apresentar as observações, impugnações ou recusas. Na convocação para a audiência, a Corte emitirá resolução em que resolverá sobre as objeções e solicitações, se pronunciando sobre a admissibilidade das testemunhas (CIDH, 2009).

Uma vez que a Corte tenha escutado os declarantes e os Juízes tenham formulado a estes as perguntas que considerarem pertinentes, a Presidência concederá a palavra às supostas vítimas ou aos seus representantes e ao Estado demandado para que exponham suas alegações (Art. 51). A Presidência outorgará posteriormente às supostas vítimas ou a seus representantes e ao Estado, respectivamente, a possibilidade de uma réplica e uma tréplica. Concluídas as alegações, a Comissão apresentará suas observações finais. Por último, a Presidência dará a palavra aos Juízes, em ordem inversa ao sistema de precedência estabelecido no artigo 13 do Regulamento, a fim de que, se o desejarem, formulem perguntas à Comissão, às supostas vítimas ou a seus representantes e ao Estado. Findo o procedimento oral, as supostas vítimas ou seus representantes, o Estado demandado e, se for o caso, o Estado demandante terão a oportunidade de apresentar alegações finais escritas no prazo que determine a Presidência (Art. 56) (CIDH, 2009).

As provas produzidas ante a Comissão serão incorporadas ao expediente, desde que tenham sido recebidas em procedimentos contraditórios, salvo se a Corte considerar indispensável repeti-las. Excepcionalmente e depois de escutar o parecer de todos os intervenientes no processo, a Corte poderá admitir uma prova se aquele que a apresenta justificar adequadamente que, por força maior ou impedimento grave, não apresentou ou ofereceu essa prova nos momentos processuais estabelecidos nos artigos 35.1, 36.1, 40.2 e 41.1 do Regulamento. A Corte poderá, ademais, admitir uma prova que se refira a um fato ocorrido posteriormente aos citados momentos processuais (Art. 57). O Artigo 58 confere à Corte poder de determinar a realização de diligências probatórias de ofício[41] (CIDH, 2009).

[41] São diligências probatórias de ofício: a. Procurar *ex officio* toda prova que considere útil e necessária; b. Requerer à Comissão, às vítimas ou supostas vítimas ou a seus representantes, ao Estado demandado e, se for o caso, ao Estado demandante o fornecimento de alguma prova que estejam em condições de oferecer ou de qualquer explicação ou declaração que, em seu entender, possa ser útil; c. Solicitar a qualquer entidade, escritório, órgão ou autoridade de sua escolha que obtenha informação, que expresse uma opinião ou elabore um relatório ou parecer sobre um determinado aspecto; d. Encarregar um ou vários de seus membros da realização de qualquer medida de instrução, incluindo audiências, seja na sede da Corte ou fora desta. e. comissionar à Secretaria a realização das diligências de instrução que se requeiram (APOLINÁRIO, 2019).

O processo poderá terminar pela desistência, pelo reconhecimento da procedência do pedido, pela solução amistosa ou pela prolação de sentença sobre o mérito da lide. Na primeira possibilidade, quando quem fez a apresentação do caso notificar a Corte de sua desistência, esta decidirá, ouvida a opinião de todos os intervenientes no processo, sobre sua procedência e seus efeitos jurídicos. Ocorre o reconhecimento se o demandado comunicar à Corte sua aceitação dos fatos ou seu acatamento total ou parcial das pretensões que constam na submissão do caso ou no escrito das supostas vítimas ou seus representantes. A Corte, ouvido o parecer dos demais intervenientes no processo, resolverá, no momento processual oportuno, sobre sua procedência e seus efeitos jurídicos. Ainda, haverá solução amistosa quando a Comissão, as vítimas ou supostas vítimas ou seus representantes, o Estado demandado e, se for o caso, o Estado demandante em um caso perante a Corte comunicarem a esta a existência de um acordo para dar solução ao litígio, hipótese em que a Corte resolverá, no momento processual oportuno, sobre sua procedência e seus efeitos jurídicos. Por fim, verificando-se ou não qualquer das situações precedentes, a Corte, levando em conta as responsabilidades que lhe cabem em matéria de proteção dos direitos humanos, poderá decidir pelo prosseguimento do exame do caso, exarando sentença de mérito. Mesmo nos casos em que as partes acenam com uma solução amistosa, a Corte poderá ordenar a continuação do processo, caso entenda que a solução apontada não se revela justa e apropriada a um verdadeiro sistema de proteção de direitos (APOLINÁRIO, 2019).

Segundo o Artigo 65 do Regulamento da Corte, a sentença conterá: o nome de quem presidir a Corte e dos demais Juízes que a proferiram, do Secretário e do Secretário Adjunto; a identificação dos intervenientes no processo e seus representantes; uma relação dos atos do procedimento; a determinação dos fatos; as conclusões da Comissão, das vítimas ou seus representantes, do Estado demandado e, se for o caso, do Estado demandante; os fundamentos de direito; a decisão sobre o caso; o pronunciamento sobre as reparações e as custas, se procede; o resultado da votação; a indicação sobre qual é a versão autêntica da sentença (CIDH, 2009).

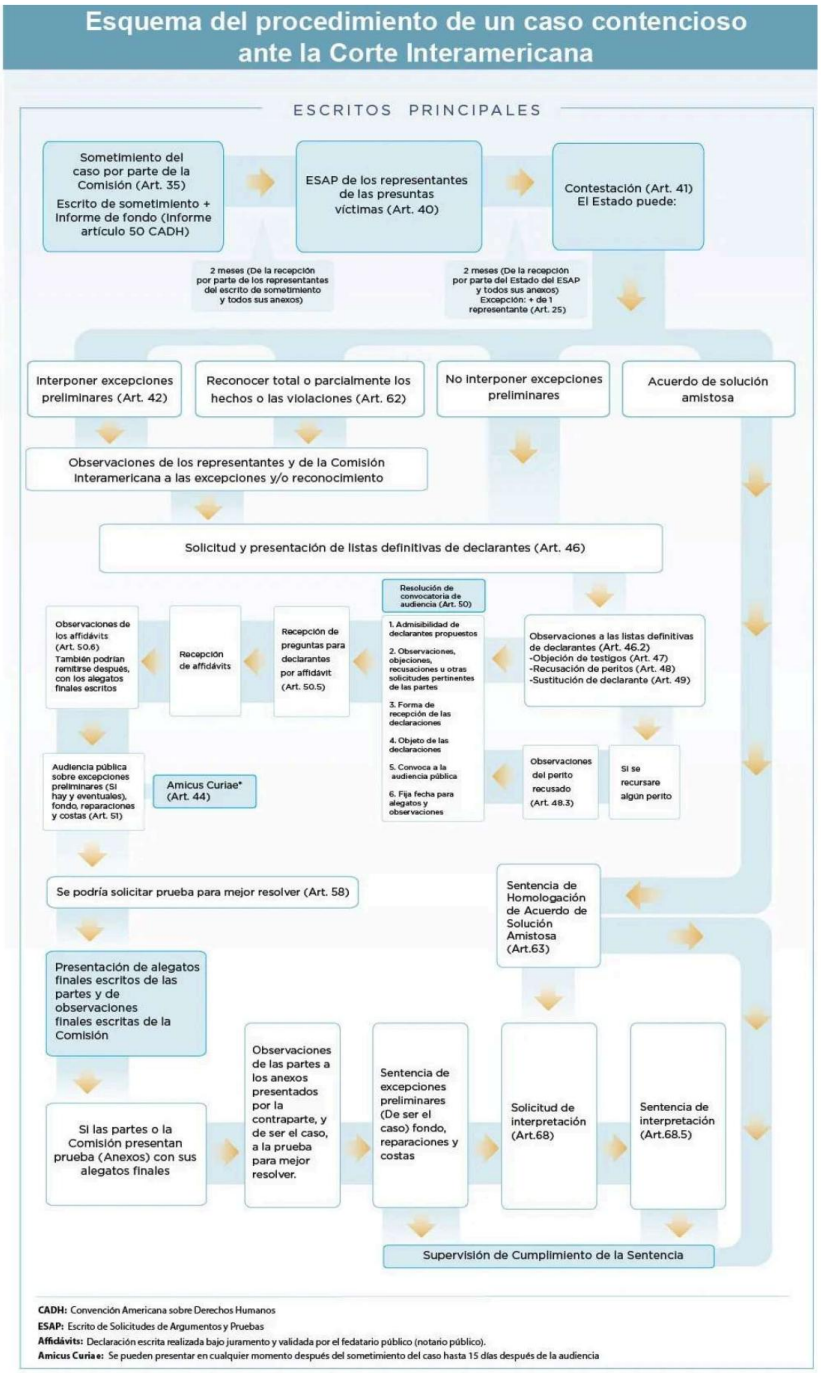
A sentença é aprovada em deliberação privada e é notificada pela Secretaria à Comissão, às vítimas ou supostas vítimas ou a seus representantes, ao Estado demandado e, se for o caso, ao Estado demandante. Deve conter as assinaturas de todos os Juízes que participaram da votação e pelo Secretário, mas será válida se assinada pela maioria dos Juízes e pelo Secretário. As sentenças serão concluídas com uma ordem de comunicação e execução assinada pela Presidência e pelo Secretário e selada por este (APOLINÁRIO, 2019).

Quando decidir que houve violação de um direito ou liberdade protegido na Convenção, a Corte determinará que se assegure ao prejudicado o gozo do seu direito ou liberdade violados. Determinará também, se isso for procedente, que sejam reparadas as consequências da medida

ou situação que haja configurado a violação desses direitos, bem como o pagamento de indenização justa à parte lesada (APOLINÁRIO, 2019).

As partes e Comissão são notificadas pela Secretaria. As partes podem ainda solicitar interpretação sobre o alcance e sentido de alguns ou todos os aspectos decididos pela sentença.

Figura 6 - Síntese de tramitação de caso contencioso junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos.



Fonte: https://www.corteidh.or.cr/que_es_la_corte.cfm?lang=pt.

A decisão da Corte tem força jurídica vinculante e obrigatória, cabendo ao Estado seu imediato cumprimento. Se a Corte fixar uma compensação à vítima, a decisão valerá como título executivo, em conformidade com os procedimentos internos relativos à execução de sentença desfavorável ao Estado. Contudo, a Convenção Americana não cita mecanismo específico para supervisionar o cumprimento das decisões da Corte, embora a Assembleia Geral da OEA tenha este mandato estabelecido pelo art. 65 da Convenção (PIOVESAN, 2006).

O quadro abaixo sintetiza semelhanças e diferenças entre o Sistema Europeu e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Quadro 2 - Síntese das principais características dos Sistemas Europeu e Interamericano de proteção dos direitos humanos.

Características	**Sistema Europeu**	**Sistema Interamericano**
Principal instrumento de proteção	Convenção Europeia de Direitos Humanos de 1950.	Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969.
Direitos protegidos	Direitos civis e políticos. Direitos econômicos, sociais e culturais foram contemplados com a Carta Social Europeia de 1961.	Direitos civis e políticos. Direitos econômicos, sociais e culturais foram contemplados pelo Protocolo de San Salvador de 1988.
Meio de proteção dos direitos	Corte Europeia de Direitos Humanos.	Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos.
Acesso à jurisdição das Cortes regionais	Indivíduos, grupos de indivíduos e ONGs têm acesso direto à Corte Europeia.	Somente a Comissão Interamericana e os Estados partes têm acesso direto à Corte Interamericana. Os indivíduos, grupos de indivíduos e ONGs têm acesso à Comissão Interamericana.

Fonte: Próprio estudo.

Em suma, a contextualização histórica e caracterização dos sistemas de proteção regionais da Europa e Américas permitem compreender melhor o processo de consolidação de uma arquitetura protetiva internacional e regional para os direitos da pessoa humana, considerando o indivíduo como sujeito do Direito Internacional, ao ser parte legítima para peticionar contra o Estado no âmbito da Comissão Interamericana e da Corte Europeia de Direitos Humanos. No entanto, deve-se enfatizar que este processo de construção vem sendo permeado por muitos desafios e dicotomias, com crescentes violações de direitos.

Dessa forma, é importante redefinir o papel do Estado na implementação e consolidação dos direitos humanos, principalmente dos direitos sociais em um contexto de acentuadas desigualdades, caracterizadas por forte exclusão social, inclusive e predominantemente na saúde (VENTURA, 2015). Nessa perspectiva, esta tese centra-se no direito à saúde e à saúde mental de pessoas com transtornos mentais.

3.3 Do direito à saúde e à saúde mental

3.3.1 Saúde e Direito Internacional

Abordar a saúde como direito implica considerar a ampliação e transformação do conceito de saúde, associadas às mudanças nos saberes sobre a saúde e a reconfigurações nas relações sociais[42]. A saúde pode ser compreendida, portanto, como um processo que transcende aspectos biológicos e está conectado a fenômenos sociais, culturais e políticos (VENTURA, 2008).

Outrossim, a concepção inicial de saúde como direito desempenhou papel crucial na estrutura capitalista durante a Revolução Industrial. Isso se deveu à rápida urbanização que ocorreu no século XIX, impulsionada pelo aumento da industrialização, mas que não foi acompanhada por uma adequada melhoria nas condições de higiene. Como resultado, uma

[42] Sobre a saúde como direito, Nunes (2009, p. 143) argumenta: "o que significa falar da saúde como direito? E quais as formas de ação cidadã que permitem realizar este direito? Uma possível resposta à primeira pergunta remete-nos para o corpo do que hoje se designa por direito da saúde, as normas de direito, legislação ou jurisprudência que tratam da organização do sistema de saúde e dos serviços de saúde, do acesso a cuidados de saúde e dos direitos dos usuários de serviços de saúde, das relações entre profissionais de saúde e doentes, das condições de exercício da medicina e da realização de atos médicos, da regulação de medicamentos e técnicas médicas ou de proteção dos sujeitos humanos na investigação clínica. Mas falar da saúde como direito implica algo que está para além do domínio estrito do direito e que nos conduz a um terreno distinto, marcado por controvérsias, lutas e derivas que não passam (apenas) pelo domínio do direito da saúde: o da consagração da saúde como um direito fundamental ou um dos direitos humanos, referido no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos."

ampla gama de doenças se propagou facilmente. Nesse cenário, proteger a saúde dos trabalhadores era essencial não apenas para manter a produtividade nas fábricas, mas também para evitar que as doenças se espalhassem entre os próprios empregadores. Portanto, havia uma pressão significativa por parte da elite econômica para que o Estado assumisse o papel de guardião da saúde pública (PIVETTA, 2014).

Todavia, somente após a Segunda Guerra Mundial, com a consolidação do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, a saúde, juntamente com outras necessidades como educação e trabalho, foram consideradas direitos universais. Em 1946, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que "gozar do mais alto padrão de saúde alcançável é um dos direitos fundamentais de todo ser humano" (OMS, 1946)[43].

Dois anos depois, o direito à saúde foi promulgado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), sendo essencialmente uma política pública, com a possibilidade de configurações diversas conforme opções políticas. Contudo, embora esses instrumentos de *soft law* tenham marcado a intenção política de definir a saúde como um direito fundamental, somente em 1966, com o art. 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a implementação do direito à saúde para todos os cidadãos se tornou um compromisso legalmente vinculante para os Estados signatários do Pacto supramencionado (ONU, 1966b)[44].

Cabe reiterar, contudo, que a saúde, assim como outros direitos econômicos e sociais, está sujeita ao princípio da "realização progressiva" (ONU, 1966b), ou seja, os Estados são obrigados a tomar medidas progressivas para cumprir o direito à saúde e não devem adotar medidas regressivas (princípio de não regressão). A realização progressiva também significa que cada Estado deve monitorar regularmente o alcance do direito à saúde, a fim de avaliar se está fazendo progressos adequados, considerando o nível de recursos disponíveis.

---

[43] A Organização Mundial da Saúde (OMS) é a organização internacional universal que compõe o Sistema das Nações Unidas responsável pela conformação do Direito Internacional da Saúde. Foi fundada em 7 de abril de 1948, com o objetivo de promover a saúde global, prevenir doenças e responder a emergências sanitárias. Sua criação foi motivada pela necessidade de coordenação internacional para combater problemas de saúde que ultrapassavam fronteiras, como epidemias e pandemias (OMS, 1946).

[44] Observa-se uma plurituteIa normativa do direito à saúde que também é reafirmado em outras convenções internacionais como a Convenções sobre a Eliminação da Discriminação Racial (art. 5.º, letra e, IV), Discriminação contra a Mulher (art. 12) , Convenção dos Direitos da Criança (art. 25), e sobre o Direito dos Povos Indígenas e Tribais em países independentes (art. 25). Nesses casos são ainda incluídas recomendações específicas de cuidado para cada um desses segmentos, visando garantir assistência adequada às suas especificidades e ao acesso aos serviços de saúde sem discriminação.

Nessa perspectiva, Backman et al (2008, p. 2048) argumentam:

> International human rights law recognises that the right to the highest attainable standard of health cannot be realised overnight; it is expressly subject to both progressive realisation and resource availability. Put simply, progressive realisation means that a country has to improve its human-rights performance steadily; if there is no progress, the government of that country has to provide a rational and objective explanation. Because of their greater resource availability, more is expected of high-income than of low-income countries. However, the right to health also imposes obligations of immediate effect, such as non-discrimination, and the requirement that a state at least prepares a national plan for health care and protection. Furthermore, the right to health requires that there are indicators and benchmarks to monitor progressive realisation and that individuals and communities have opportunities for active and informed participation in health decision making that affects them. Under international human rights law, developed countries have some responsibilities towards the realisation of the right to health in developing countries. Because the right to health gives rise to legal entitlements and obligations, effective mechanisms of monitoring and accountability are needed[45].

Em suma, os Estados e as autoridades responsáveis devem tomar medidas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, medicamentos e serviços médicos disponíveis com os recursos existentes. No entanto, reconhece-se que, em muitos casos, a realização completa desse direito pode ser um processo gradual devido a limitações financeiras, técnicas ou de recursos humanos. Dessa forma, o direito à saúde de progressiva realização afirma a necessidade de um esforço constante por parte dos Estados e autoridades para melhorar o acesso à saúde e alcançar progressivamente níveis mais elevados de realização desse direito, respeitando as circunstâncias e recursos disponíveis em um determinado momento.

Segundo Yamin (2005, p. 1156):

> The language of progressive realization and maximal available resources, which suggests different standards for different countries, does not easily jibe with the absoluteness with which people in the United States generally think about rights. Yet in practice, due process and other civil rights may

[45] "O direito internacional dos direitos humanos reconhece que o direito ao mais alto padrão alcançável de saúde não pode ser realizado da noite para o dia; ele está expressamente sujeito à realização progressiva e à disponibilidade de recursos. Simplificadamente, a realização progressiva significa que um país deve melhorar gradualmente sua atuação em direitos humanos; caso não haja progresso, o governo desse país deve fornecer uma explicação racional e objetiva. Devido à maior disponibilidade de recursos, espera-se mais de países de alta renda do que de países de baixa renda. No entanto, o direito à saúde também impõe obrigações de efeito imediato, como a não discriminação e a exigência de que o Estado, ao menos, elabore um plano nacional para cuidados e proteção à saúde. Além disso, o direito à saúde exige a existência de indicadores e metas para monitorar a realização progressiva e a garantia de que indivíduos e comunidades tenham oportunidades de participação ativa e informada nas decisões relacionadas à saúde que os afetam. De acordo com o direito internacional dos direitos humanos, os países desenvolvidos têm algumas responsabilidades em relação à realização do direito à saúde nos países em desenvolvimento. Como o direito à saúde gera direitos e obrigações, são necessários mecanismos eficazes de monitoramento e responsabilização" (Tradução Livre).

> vary just as much. Indeed, the egregious disparities among countries, and in particular between the global north and south, suggest not the irrelevance of defining a right to health but rather the need to situate state obligations within a global political economy in which international institutions and third-party states often exercise inordinate influence over developing countries' economies and policies. The right to health demands, as do all human rights, international assistance and cooperation[46].

Ao abordar o tema, Ventura (2010) argumenta que a expressão "realização progressiva" reflete o reconhecimento de que a plena implementação dos direitos sociais, econômicos e culturais não pode ser alcançada de forma imediata. No entanto, essa ideia deve ser interpretada à luz de seu objetivo principal: estabelecer obrigações claras para que os governos adotem medidas efetivas o mais rapidamente possível, proibindo retrocessos ou recuos. Ressalta-se a responsabilidade dos governos de garantir o mínimo essencial relacionado a cada direito social ("minimum core obligation"). Ademais, a expressão "promover a progressiva realização dos direitos sociais no máximo de recursos disponíveis" abrange não apenas os recursos internos de cada Estado, mas também aqueles disponíveis na comunidade internacional, por meio de assistência e cooperação global.

A discussão a respeito dos recursos para a realização do direito à saúde é complexa. Os recursos englobam não apenas bens materiais e produtos, mas também conhecimento e habilidades para identificar e tratar a ampla gama de problemas de saúde humanos. Há muitas condições para as quais a prevenção ou cura ainda não são compreendidas, e também existem condições conhecidas que são atualmente dispendiosas para prevenir ou tratar. A ideia de recursos disponíveis apresenta, portanto, muitos desafios: por exemplo, quando uma nação argumenta não ter recursos para combater a pobreza, enquanto aloca mais de 50% de seu orçamento para fins militares e concede grandes benefícios fiscais aos mais ricos, a alegação de compromisso com a saúde para todos soa vazia. A disponibilidade de recursos é, em grande parte, uma questão de prioridades e vontade política. Em muitos países ricos, os sistemas de tributação têm favorecido cada vez mais os mais ricos, fornecendo cada vez menos recursos para aqueles com maiores necessidades (HAHN e MUNTANER, 2020).

---

[46] "A linguagem de realização progressiva e recursos máximos disponíveis, que sugere diferentes padrões para diferentes países, não se alinha facilmente com a visão absoluta que as pessoas nos Estados Unidos geralmente têm sobre direitos. No entanto, na prática, o devido processo e outros direitos civis também podem variar tanto quanto. De fato, as disparidades gritantes entre países, especialmente entre o norte e o sul globais, não indicam a irrelevância de definir um direito à saúde, mas sim a necessidade de situar as obrigações dos Estados dentro de uma economia política global, na qual instituições internacionais e Estados terceiros frequentemente exercem influência desproporcional sobre as economias e políticas dos países em desenvolvimento. O direito à saúde exige, como todos os direitos humanos, 'assistência e cooperação internacionais'" (Tradução Livre).

Nesse contexto histórico de afirmação da saúde como direito, em contraposição ao aumento das desigualdades dentro e fora dos países e dificuldades para a realização deste direito, em 1978, a saúde foi reconhecida como fundamental para a manutenção da paz entre os países. A Declaração de Alma-Ata moldou a saúde como um objetivo compartilhado, compreendido a partir de uma perspectiva ampla que englobava, além do tratamento, a prevenção e promoção da saúde. Para atingir a meta de "saúde para todos", os Estados que participaram da Conferência de Alma-Ata reconheceram como estratégia primordial a valorização da atenção primária à saúde ancorada nos princípios dos direitos humanos (OMS, 1978)[47].

Sendo assim, se fortalece a compreensão de que a saúde como direito humano abarca não somente a saúde em si, mas também o acesso aos determinantes sociais da saúde[48]. Todos, independentemente de qualquer distinção de sexo, religião, idade, etnia ou nacionalidade, têm direito a serviços de saúde, medicamentos e equipamentos que sejam disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. Esta visão da saúde e da importância da atenção primária foi reafirmada pela Declaração de Astana, em 2018 (WHO, 2018).

O direito à saúde passa a englobar, portanto, mais que o direito ao tratamento de saúde. Para Yamin (2005, p. 1156):

> Under international law, there is a right not merely to health care but to a broader concept of health. Because rights must be realized inherently within the social sphere, this formulation immediately suggests that determinants of health and ill health are not purely biological or 'natural', but are also factors of societal relations. Thus, a rights perspective is entirely compatible with work in epidemiology that has established social determinants as fundamental causes of disease[49].

[47] No que diz respeito à discussão acadêmica sobre o direito à saúde, Hunt (2016, p. 112) nos ensina que: "Although the international right to health found its place in the UN in 1946, it was not subject to academic treatment until more than 30 years later. WHO's first director-general, Brock Chisholm, was an energetic proponent of the right to health, and it was partly thanks to his leadership that the right was firmly established in the International Bill of Rights. But it was only in 1978—30 years after the Universal Declaration of Human Rights and 12 years after the ICESCR were adopted by the General Assembly—that eminent scholars, policy makers, and others explored the right to health in a three-day workshop organized by the Hague Academy of International Law and United Nations University. The proceedings were published in 1979 as The Right to Health as a Human Right."
"Embora o direito internacional à saúde tenha encontrado seu lugar nas Nações Unidas em 1946, ele só foi objeto de tratamento acadêmico mais de 30 anos depois. O primeiro diretor-geral da OMS, Brock Chisholm, foi um enérgico defensor do direito à saúde, e foi em parte graças à sua liderança que esse direito foi firmemente estabelecido na Carta Internacional de Direitos Humanos. No entanto, foi somente em 1978 — 30 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos e 12 anos após o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) ter sido adotado pela Assembleia Geral — que acadêmicos eminentes, formuladores de políticas e outros exploraram o direito à saúde em um workshop de três dias organizado pela Academia de Direito Internacional de Haia e pela Universidade das Nações Unidas. Os anais foram publicados em 1979 com o título *The Right to Health as a Human Right*" (Tradução Livre).

[48] O direito à saúde é, portanto, multidimensional, uma vez que seu pleno exercício requer a concretização de diversos níveis de direitos interligados à qualidade de vida física e mental.

[49]"No âmbito do direito internacional, existe um direito não apenas aos cuidados de saúde, mas a um conceito mais amplo de saúde. Como os direitos devem ser realizados intrinsecamente dentro da esfera social, essa formulação

Essa visão do direito à saúde, a partir de uma perspectiva ampliada de saúde e fundamentada na determinação social da saúde, representa uma compreensão mais avançada do processo saúde-doença. Desloca o foco no corpo adoecido e avança para a identificação dos diversos determinantes, com ênfase nos fatores de risco, o que contribui para diluir as fronteiras entre os doentes e aqueles considerados supostamente saudáveis. Esse entendimento desafia a biomedicalização da vida, incentivando as pessoas a reconhecerem que a saúde depende de uma variedade de determinantes, e que sua implementação representa um grande desafio (OLIVEIRA et al., 2019).

Portanto, monitorar os direitos econômicos e sociais, especialmente o direito à saúde, requer indicadores adequados fundamentados em princípios de direitos humanos. A busca por indicadores começou com a nomeação do Relator Especial da ONU para a realização dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em um seminário da ONU em 1993 sobre "indicadores apropriados para medir realizações na realização progressiva dos direitos econômicos, sociais e culturais". Todavia, ficou acordado que o conteúdo de cada direito e as obrigações correspondentes dos Estados membros deveriam ser definidos com clareza primeiro (ONU, 1993).

Como resultado desse movimento, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, órgão responsável pela monitorização da implementação do Pacto de 1966, emitiu uma interpretação formal do direito à saúde por meio do Comentário Geral 14 em 2000 (ONU, 2000). Esse Comentário estabeleceu o conteúdo "normativo" do direito à saúde, englobando a saúde física e mental, e listou as obrigações dos Estados e os possíveis recursos para os cidadãos se seus direitos não forem respeitados. Incorporou, ainda, muitos princípios de direitos humanos, como a não discriminação, participação e transparência, bem como um quadro geral sobre "Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade" dos serviços de saúde e medicamentos[50].

---

sugere imediatamente que os determinantes da saúde e da doença não são puramente biológicos ou "naturais", mas também fatores resultantes das relações sociais. Assim, a perspectiva dos direitos é totalmente compatível com o trabalho na área de epidemiologia, que estabeleceu os determinantes sociais como causas fundamentais das doenças"(Tradução Livre).

[50] "O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC) fixa os seguintes elementos essenciais para exata aplicação do direito à saúde: a) disponibilidade: os serviços e programas de saúde devem ser disponíveis em quantidade suficiente para todos; b) acessibilidade: envolve quatro dimensões – o princípio da não- -discriminação (a saúde deve ser acessível a todos, especialmente aos grupos mais vulneráveis); a acessibilidade física; a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informação; d) aceitabilidade: os serviços e programas de saúde devem respeitar a ética médica e devem ser culturalmente apropriados, sensíveis, ainda, à questão de gênero e geracional; e) qualidade: os programas e serviços de saúde devem ser apropriados para atender a demanda da população, baseados em evidências científicas e devem buscar incorporar os avanços científicos e tecnológicos; f) integralidade: envolve o oferecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e

Sendo assim, observa-se que há uma complexa variedade de normas internacionais na área da saúde, incluindo aquelas que são vinculantes, ou "hard" (como os tratados), e aquelas que não são vinculantes, ou "soft" (como declarações e resoluções). Instrumentos jurídicos “hard” e “soft” possuem muitas semelhanças, uma vez que ambos são negociados e adotados pelos países, administrados por organizações internacionais e contam com mecanismos de conformidade semelhantes, como o estabelecimento de metas, o monitoramento do progresso e a elaboração de relatórios para agências governamentais. Instrumentos “soft” podem influenciar a legislação e as políticas domésticas e são frequentemente considerados parte do corpo do direito internacional. Nos últimos anos, a comunidade internacional tem avançado em direção a uma nova linguagem de governança global. Nesse contexto, a característica central do direito internacional da saúde é a negociação, adoção e monitoramento de regras normativas entre os países. Tanto o direito quanto a governança mais ampla exigem instituições para realizar grande parte do trabalho, incluindo a criação de normas, a mobilização de recursos, a orientação de múltiplos atores para trabalharem de forma colaborativa e a garantia de responsabilização pelos resultados. Nesse cenário, a OMS é a instituição mais importante para a negociação de acordos internacionais na área da saúde (GOSTIN; SRIDHAR, 2014)[51].

Em 2009, a OMS emitiu orientações sobre uma abordagem baseada em direitos humanos à saúde, usando o Comentário Geral 14 como base (WHO, 2009). Apesar de não vinculante, o Comentário Geral 14, como já discutido anteriormente, busca facilitar uma compreensão compartilhada do que o direito à saúde implica na prática (BACKMAN et al., 2008)[52].

---

curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade e devem ser prestados durante todo o ciclo vital de homens e mulheres” (VENTURA, 2010, p. 94).

[51] O artigo 19 da Constituição da OMS preconiza que a Assembleia Mundial da Saúde pode "adotar convenções ou acordos" por meio de votação de dois terços sobre "qualquer matéria dentro da competência da Organização". A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (adotada em 2003) é a única convenção aprovada pela Assembleia até o momento. Ainda, o artigo 21 da Carta da OMS autoriza a Assembleia Mundial da Saúde a adotar regulamentos sobre uma série de tópicos de saúde, como, por exemplo, o Regulamento Sanitário Internacional. De acordo com o artigo 23, a OMS pode emitir recomendações formais. Nesse contexto, além de recomendações, a organização desenvolveu normas por meio de uma série de instrumentos "soft", como estratégias globais, planos de ação e diretrizes (OMS, 1946).

[52] Para Backman et al. (2008, p. 2048-2049): “Although neither complete, perfect, nor binding, general comment 14 is compelling and groundbreaking. The comment shows a substantive understanding of the right to health that can be made operational and improved in the light of practical experience. The influence of Alma-Ata on general comment 14 is explicit and clear. Although much more work is needed to grasp all the implications of the right to the highest attainable standard of health, the general comment confirms that the right cannot be dismissed as a rhetorical device. General comment 14 provides a common right-to-health language for talking about health issues and sets out a way of analysing the right to health, making it easier for policy makers and practitioners to use”.
"Embora não seja completo, perfeito ou vinculante, o Comentário Geral 14 é convincente e inovador. O comentário demonstra uma compreensão substantiva do direito à saúde que pode ser operacionalizada e aprimorada à luz da

A saúde constitui direito essencial para o exercício de outros direitos humanos, pois é condição para uma vida digna. Por outro lado, o exercício do direito à saúde também envolve a realização de outros direitos humanos, como o direito à liberdade, equidade, privacidade, alimentação, habitação, trabalho, educação, dentre outros. A saúde é, assim, fator decisivo para o bem-estar e requisito para o desenvolvimento com equidade (VENTURA, 2008).

Durante a maior parte do período de 1946 a 2012, a comunidade de saúde pública realizou pesquisas sobre desigualdades de saúde e determinantes sociais da saúde. Esse conjunto de pesquisas fornece evidências empíricas da interconexão dos direitos humanos e da saúde como um fenômeno social, e não apenas o resultado da prestação de cuidados de saúde (MARMOT et al, 2008).

Ao buscar melhor entender as obrigações dos Estados no que diz respeito ao direito à saúde, Yamin (2005, p. 1157 - 1158) argumenta que:

> Under international law, states that are party to a variety of different treaties assume tripartite obligations: (1) to respect the right to health by refraining from direct violations, such as systemic discrimination within the health system; (2) to protect the right from interference by third parties, through such measures as environmental regulation of third parties; and (3) to fulfill the right by adopting deliberate measures aimed at achieving universal access to care, as well as to preconditions for health. Thus, it is wrong to think of the right to health in terms of a package of services, even a package extending beyond medical care. Realization of the right to health further implies providing individuals and communities with an authentic voice in decisions defining, determining, and affecting their well-being (…). Failure to respect, protect, or fulfill responsibilities relating to health are construed not only in terms of ensuing social or economic problems, but also explicitly in terms of the accountability of the state and, to a certain extent, other actors, under national and international law (…). As with all international human rights, implementation and enforcement of the right to health critically depend on legislative and judicial action at the national level. More than 70 national constitutions recognize the right to health, and far more countries legislate various aspects of the right to health[53].

experiência prática. A influência de Alma-Ata no Comentário Geral 14 é explícita e evidente. Embora muito mais trabalho seja necessário para compreender todas as implicações do direito ao mais alto padrão alcançável de saúde, o comentário geral confirma que esse direito não pode ser descartado como um mero artifício retórico. O Comentário Geral 14 fornece uma linguagem comum sobre o direito à saúde para tratar de questões de saúde e apresenta uma forma de analisar esse direito, facilitando seu uso por formuladores de políticas e profissionais" (Tradução Livre).

[53] "Segundo o direito internacional, os Estados que são partes de diversos tratados assumem obrigações tripartites: (1) respeitar o direito à saúde, abstendo-se de violações diretas, como a discriminação sistêmica no sistema de saúde; (2) proteger o direito contra interferências de terceiros, por meio de medidas como a regulamentação ambiental aplicada a terceiros; e (3) garantir o direito, adotando medidas deliberadas para alcançar o acesso universal aos cuidados de saúde, bem como às condições prévias para a saúde. Assim, é equivocado pensar no direito à saúde apenas em termos de um pacote de serviços, mesmo que vá além dos cuidados médicos. A concretização do direito à saúde também implica possibilitar que os indivíduos e comunidades tenham voz nas decisões que definem, determinam e afetam seu bem-estar (...). O não cumprimento das responsabilidades de

Apesar desses avanços na compreensão do direito à saúde e das obrigações que recaem sobre os Estados para garanti-lo, os resultados são insuficientes e grande parte da população não tem acesso ao direito à saúde no globo (MONTEL et al., 2022).

As demandas relacionadas ao direito à saúde têm sido frequentemente objeto de judicialização em âmbitos nacionais e internacionais[54]. O entendimento predominante nas Cortes Constitucionais e de Direitos Humanos é de que os governos têm a obrigação de preservar o núcleo essencial do direito à saúde, que é a garantia da vida. Assim, devem fornecer todos os tratamentos necessários para atender às necessidades do indivíduo, mesmo quando a regulamentação estatal não prevê expressamente essa cobertura, especialmente no caso de pessoas que não possuem condições econômicas para custear o próprio tratamento (GILARDI, 2007).

Estima-se que sejam necessários menos de US$1,4 trilhão anualmente para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, que incluem a prestação de serviços de saúde, educação, água potável e serviços sociais nos países mais pobres do mundo - um valor inferior a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial e uma fração dos gastos globais anuais com armamentos. No entanto, mesmo que se tenha êxito em elevar as pessoas da pobreza para um estado de saúde ideal, ainda haverá bilhões em condições menos severas de pobreza que necessitarão de intervenções de saúde e sociais. Nessa perspectiva, um dos grandes desafios para o exercício do direito à saúde é a necessária redistribuição de recursos e poder nos níveis nacional e global - ou seja, o controle de

---

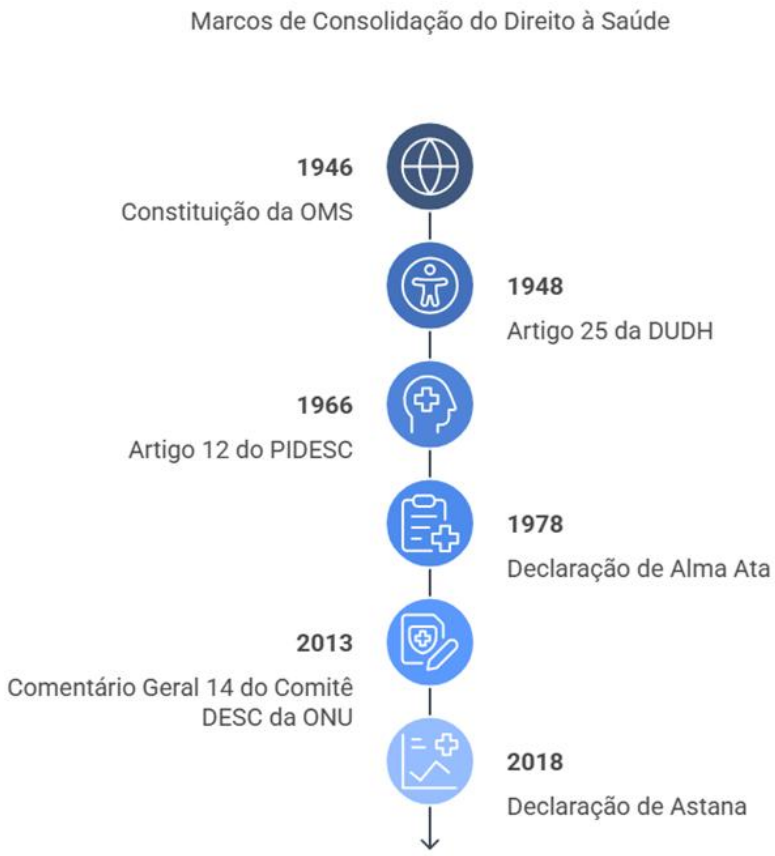
respeitar, proteger ou garantir o direito à saúde é interpretado não apenas em termos dos problemas sociais ou econômicos resultantes, mas também explicitamente em termos de responsabilização do Estado e, até certo ponto, de outros atores, conforme o direito nacional e internacional (...). Assim como ocorre com todos os direitos humanos no contexto internacional, a implementação e a aplicação do direito à saúde dependem criticamente de ações legislativas e judiciais no nível nacional. Mais de 70 constituições nacionais reconhecem o direito à saúde, e muitos outros países legislam sobre vários aspectos desse direito" (Tradução Livre).

[54] 140 países membros da OMS inseriram o direito à saúde em suas Constituições: Afeganistão, Albânia, Argélia, Andorra, Angola, Armênia, Azerbaijão, Barein, Bangladesh, Belarus, Bélgica, Belize, Benim, Butão, Bolívia (Estado Plurinacional de), Bósnia e Herzegovina, Brasil, Bulgária, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboja, República Centro-Africana, Chile, Colômbia, Comores, Congo, Costa do Marfim, Croácia, Cuba, República Checa, República Popular Democrática da Coreia, República Democrática do Congo, República Dominicana, Equador, Egito, El Salvador, Guiné Equatorial, Eritreia, Estônia, Eswatini, Etiópia, Fiji, Finlândia, Gabão, Gâmbia, Geórgia, Grécia, Guatemala, Guiné, Guiné-Bissau, Guiana, Haiti, Honduras, Hungria, Indonésia, Irã (República Islâmica do), Iraque, Itália, Japão, Cazaquistão, Quênia, Kuwait, Quirguistão, República Democrática Popular do Laos, Letônia, Lesoto, Libéria, Líbia, Lituânia, Luxemburgo, Madagascar, Malawi, Maldivas, Mali, Ilhas Marshall, México, Micronésia (Estados Federados da), Mongólia, Montenegro, Marrocos, Moçambique, Mianmar, Namíbia, Nepal, Países Baixos (Reino dos), Nicarágua, Níger, Nigéria, Niue, Macedônia do Norte, Omã, Paquistão, Palau, Panamá, Papua Nova Guiné, Paraguai, Peru, Filipinas, Polônia, Portugal, Catar, República da Coreia, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Arábia Saudita, Senegal, Sérvia, Seicheles, Serra Leoa, Eslováquia, Eslovênia, Somália, África do Sul, Sudão do Sul, Espanha, Sri Lanka, Sudão, Suriname, Suíça, República Árabe Síria, Tajiquistão, Tailândia, Timor-Leste, Togo, Tunísia, Turquia, Turcomenistão, Uganda, Ucrânia, República Unida da Tanzânia, Uruguai, Uzbequistão, Venezuela (República Bolivariana da), Vietnã, Iêmen e Zimbábue (YAMIN et al., 2024, p. 309).

recursos, especialmente considerando que os determinantes sociais devem ser incluídos para uma distribuição equitativa (HAHN e MUNTANER, 2020). As iniquidades no exercício do direito à saúde são particularmente relevantes entre as populações em situação de vulnerabilidade, como as pessoas com transtornos mentais[55].

[55] "Três mitos prejudiciais sobre pessoas com transtornos mentais continuam a dificultar os esforços para eliminar a discriminação, reduzir o estigma e promover o apoio político aos serviços de saúde mental. Esses mitos têm alimentado percepções equivocadas sobre pessoas com transtornos mentais e perpetuado estereótipos negativos duradouros. Como resultado, esses mitos foram difundidos largamente, influenciando o discurso público em torno do transtorno mental e do direito à saúde mental. O mito da incompetência se baseia na falsa suposição de que pessoas com transtornos mentais não podem tomar decisões competentes ou conceder consentimento de forma competente. Na realidade, os transtornos mentais variam substancialmente, e existe um "continuum" de competência. Enquanto algumas pessoas podem não ser competentes, outras têm plena competência ou capacidade limitada. Políticas que presumem automaticamente ou perpetuamente a incompetência de indivíduos com transtorno mental, ou que deixam de avaliar separadamente a competência de uma pessoa com relação a serviços específicos, decisões ou funções, violam os direitos humanos dessas pessoas. O direito de uma pessoa à saúde mental claramente pode ser prejudicado se a ela for negada de forma inadequada a capacidade de tomar decisões relacionadas à saúde. Um segundo mito destrutivo é a ideia equivocada comum de que pessoas com transtornos mentais geralmente representam uma ameaça para os outros. Pesquisas sobre esse tema demonstram que pessoas com transtornos mentais não têm uma propensão maior para cometer atos violentos do que pessoas sem esses transtornos. A variável-chave na previsão da periculosidade está relacionada à comorbidade com dependência de álcool e drogas. Além disso, a maioria dos atos violentos é cometida por pessoas que não têm transtorno mental. No entanto, a mídia frequentemente dá atenção desproporcional aos casos raros em que uma pessoa com transtorno mental comete um crime violento, estimulando ainda mais o estigma social contra todas as pessoas com transtornos mentais, além de proporcionar o ímpeto para a promulgação de leis de saúde mental mais punitivas. Mudanças recentes na legislação de saúde mental no Reino Unido refletem essa tendência. Em reação a um crime violento amplamente divulgado, o Parlamento promulgou o *Mental Health Act* de 2007, que adota os estereótipos mencionados sobre a periculosidade e fortalece os poderes do governo para confinamento preventivo em detrimento do tratamento e dos direitos dos pacientes. Abordagens desse tipo ameaçam minar o direito à saúde mental ao promulgar medidas punitivas ao invés de tratamento. O terceiro mito invoca a ideia equivocada de que o movimento de desinstitucionalização resolveu as questões mais importantes de direitos humanos enfrentadas por pessoas com transtornos mentais e intelectuais. Após a descoberta e disponibilização eficaz de medicamentos psicotrópicos na década de 1960, milhares de pessoas com graves transtornos mentais puderam receber tratamento na comunidade e foram liberadas de ambientes institucionais. Esses medicamentos tinham grande potencial para beneficiar os pacientes com tratamentos mais eficazes e maior liberdade. Além disso, os governos apoiaram fortemente a desinstitucionalização pelos seus benefícios econômicos. Instituições psiquiátricas dispendiosas poderiam ser fechadas e os recursos direcionados para outras áreas. No entanto, os benefícios promissores da desinstitucionalização não se concretizaram conforme o planejado. Primeiro, embora os medicamentos aliviassem eficazmente os sintomas de esquizofrenia e outras condições graves, eles também tinham efeitos colaterais significativos quando usados em doses elevadas por longos períodos. Muitas pessoas que tomavam esses medicamentos, por exemplo, desenvolveram uma condição neurológica debilitante que causa tiques e tremores incontroláveis. Em segundo lugar, os esforços para implementar cuidados e tratamentos na comunidade foram prejudicados por planejamento ineficaz e apoio econômico escasso. O tratamento eficaz com medicamentos na comunidade exige uma infraestrutura robusta para garantir que medicamentos e outros serviços de apoio estejam disponíveis e acessíveis. Muitos países não criaram sistemas de saúde mental com base na comunidade para apoiar pessoas que foram desinstitucionalizadas. Nas jurisdições que estabeleceram serviços comunitários, esses serviços frequentemente permanecem cronicamente subfinanciados, fragmentados e punitivos" (GABLE e GOSTIN, 2009, p. 252).

Figura 7 - Marcos do Direito à Saúde no contexto internacional.



Fonte: Figura gerada com Napkin AI.

3.3.2 Saúde Mental e Direitos Humanos

A busca por uma boa saúde mental permanece como desafio, ainda que frequentemente seja negligenciada e enfraquecida por tomadores de decisão e políticos. Dados demonstram que os transtornos mentais afetam uma em cada três pessoas globalmente em seu curso de vida e um em cada cinco indivíduos nos últimos doze meses. Ainda, é relevante mencionar que o impacto global da pandemia de COVID-19 na saúde mental, incluindo a perda de empregos e a insegurança financeira, foi profundo. Pessoas com condições de saúde mental preexistentes e deficiências psicossociais enfrentaram níveis mais profundos de isolamento social e interrupções em seus sistemas de apoio. A pandemia também evidenciou as inadequações nos serviços e no suporte à saúde mental em muitos países. Por outro lado, em diversos contextos, o silêncio em torno da saúde mental foi rompido, destacando a importância de integrá-la como componente essencial da cobertura universal de saúde. Além disso, cresce

o número de iniciativas de serviços comunitários de saúde mental fundamentados em princípios de direitos, incluindo programas de apoio entre pares, que têm potencial para serem ampliados e incorporados aos sistemas de saúde convencionais. Ainda, o papel das pessoas com transtornos mentais está sendo cada vez mais valorizado, demonstrando-se fundamental na oferta de apoio e orientação para outros indivíduos que enfrentam situações semelhantes. (WHO, 2023).

O termo "transtorno mental" é amplo. Neste trabalho adota-se o preconizado no Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, previamente citado. Dessa forma, o termo "*mental disorders*" engloba transtornos mentais e de comportamento causados por depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, demência e transtornos pelo uso de substâncias (WHO, 2013)[56].

Estima-se que o custo econômico anual global dos transtornos mentais em 2030 representará mais da metade do custo integral relacionado a todas as doenças crônicas existentes (MANN et al., 2016). Os transtornos mentais resultam em impacto econômico expressivo, afetando não apenas os indivíduos acometidos, mas também suas famílias, comunidades, empregadores, sistemas de saúde e orçamentos públicos. Enquanto há ampla pesquisa sobre os custos econômicos associados aos transtornos mentais em países de alta renda, as informações sobre os efeitos econômicos da saúde mental precária em nações de baixa e média renda ainda são escassas. Esses transtornos contribuem para perpetuar o ciclo da pobreza, comprometendo a capacidade dos indivíduos de desempenharem atividades remuneradas ou não, o que resulta em queda na produtividade social e econômica. Como consequência, pessoas com problemas de saúde mental frequentemente se encontram entre os mais pobres, já que tanto elas quanto seus cuidadores familiares muitas vezes não conseguem trabalhar[57]. Em países de baixa e média

[56] "Em 2002, a Resolução 55/10 da OMS enfatizou que no transtorno mental pode-se fazer presente uma significativa ou grave deficiência. Do mesmo modo, a Resolução 48/96 da ONU, adotada em 1993, introduziu o termo "deficiência" referindo-se a um grande número de diferentes limitações funcionais que ocorrem em qualquer população de qualquer país do mundo. As pessoas podem apresentar deficiência por limitação física, intelectual ou sensorial, condições de saúde ou doença mental. Tais condições ou doenças podem ser de caráter permanente ou transitório" (CANDIDO et al., 2020, p. 222).

[57] "Poor mental health in childhood and adolescence increases the risk of poverty and other adverse economic outcomes in adulthood. About 10% of children and between 10% and 15% of young adults globally experience mental health problems. Longitudinal studies in a number of high-income countries demonstrate that untreated mental health and behavioural problems in childhood and youth can have profound longstanding social and economic consequences in adulthood. These include poorer levels of educational attainment, increased contact with the criminal justice system, reduced employment levels (with lower salaries when employed) and personal relationship difficulties. Mental disorder in parents can also adversely impact on the health, development and education of their children. In some low-income countries children may be removed from school during health crises to provide informal care, or it may be that the parent is simply too sick to ensure that the child attends school. Even if a child does receive some schooling, there can be adverse impacts on educational outcomes for children with unrecognized and untreated mental disorders. There may also be a disruptive impact on classmates. There are

renda, onde frequentemente faltam acesso universal à saúde e sistemas de proteção financeira e social, indivíduos com transtornos mentais podem gastar grande parte de suas economias ou recorrer a empréstimos para obter medicamentos convencionais ou tradicionais, enfrentando ainda dificuldades de transporte para acessar os serviços necessários (JENKINS et al., 2011).

Indivíduos que enfrentam o sofrimento mental frequentemente encontram obstáculos significativos para melhorar seu bem-estar psicológico e participar plenamente em suas comunidades e sociedades. São vítimas de discriminação, estigmatização[58] e outras formas de

---

also costs for educational systems of children with unrecognised and untreated mental disorders. Poor parental health may also reduce the chances that children come into contact with primary healthcare services, which again may have consequences for their physical and mental health. In summary, although the effects of poor health on poverty are by no means unique to mental illness, their negative impacts are greater than for most acute and chronic illnesses. These adverse impacts increase the risk of impoverishment for households that fall below the poverty line, and for those already below the poverty line they potentially could lead to starvation. They can also frequently lead to physical illnesses which present to under-resourced primary care services" (JENKINS, 2011, p. 88).
"A saúde mental precária na infância e adolescência aumenta o risco de pobreza e outros resultados econômicos adversos na vida adulta. Cerca de 10% das crianças e entre 10% e 15% dos jovens adultos em todo o mundo enfrentam problemas de saúde mental. Estudos longitudinais realizados em diversos países de alta renda demonstram que problemas de saúde mental e comportamentais não tratados na infância e juventude podem ter consequências sociais e econômicas profundas e duradouras na vida adulta. Essas consequências incluem níveis mais baixos de realização educacional, maior envolvimento com o sistema de justiça criminal, redução nos níveis de emprego (com salários mais baixos quando empregados) e dificuldades em relacionamentos pessoais. Os transtornos mentais em pais também podem impactar negativamente a saúde, o desenvolvimento e a educação de seus filhos. Em alguns países de baixa renda, crianças podem ser retiradas da escola durante crises de saúde para fornecer cuidados informais, ou o próprio estado de saúde do pai ou mãe pode ser tão grave que impede que a criança frequente a escola. Mesmo que uma criança receba alguma educação, os transtornos mentais não reconhecidos e não tratados podem impactar negativamente seus resultados educacionais. Esses problemas podem também causar perturbações entre colegas de classe. Há, ainda, custos para os sistemas educacionais associados a crianças com transtornos mentais não reconhecidos e não tratados. Além disso, a saúde precária dos pais pode reduzir as chances de que crianças tenham acesso a serviços básicos de saúde, o que pode ter consequências para sua saúde física e mental. Em resumo, embora os efeitos da saúde precária sobre a pobreza não sejam exclusivos de doenças mentais, seus impactos negativos são maiores do que para a maioria das doenças agudas e crônicas. Esses impactos adversos aumentam o risco de empobrecimento para famílias que caem abaixo da linha de pobreza, e, para aquelas já abaixo dessa linha, podem levar à fome. Com frequência, esses problemas também podem resultar em doenças físicas que sobrecarregam serviços de atenção primária já com poucos recursos. (Tradução Livre)".

[58] O estigma relacionado ao transtorno mental pode atuar como barreira às oportunidades que definem uma boa qualidade de vida, impedindo o acesso aos serviços de saúde necessários, o que leva ao empoderamento reduzido. O estigma tem demonstrado agravar os problemas de saúde mental e pode afetar seriamente as chances de recuperação, reforçando atitudes negativas e comportamentos discriminatórios no processo. É, portanto, uma construção social que desvaloriza as pessoas em função de uma característica ou marca distintiva e é, também, definido pela co-ocorrência de elementos como rotulagem, estereótipos, distanciamento social, perda de status e discriminação. Além da agregação desses elementos, para que o estigma exista, deve ser expresso no contexto de poder social, econômico e político. Ou seja, envolve uma combinação de atributos pessoais e estereótipos sociais relacionados ao acesso e à aprovação social de características humanas conhecidas como "inaceitáveis" ou "inferiores". Embora o estigma seja frequentemente discutido como um constructo unitário, há evidências de que ele é complexo e multidimensional, com componentes que dependem das medidas utilizadas e do tipo de transtornos investigados (CARRARA et al., 2019). O estigma e a discriminação arraigados são a base das violações dos direitos humanos. Estereótipos negativos não são apenas amplamente difundidos entre o público em geral; pesquisas também apontam para crenças e atitudes estigmatizantes generalizadas entre os profissionais de saúde mental, em diversas regiões, incluindo os países industrializados do Ocidente (THORNICROFT et al., 2009).

tratamento injusto, incluindo confinamento involuntário sem processo justo, dificuldade em acessar cuidados e tratamentos necessários, bem como a imposição de barreiras sociais e econômicas que restringem suas oportunidades (DREW et al., 2011). Muitas vezes, pessoas com transtornos mentais são institucionalizadas contra sua vontade, à força e sem o devido processo, sendo abandonadas por anos, às vezes por toda a vida, vivendo em condições desumanas. Muitas possuem pouca esperança de que seu caso seja revisado; outras são mantidas em isolamento em hospitais psiquiátricos remotos, distantes de qualquer fiscalização governamental ou conformidade com regulamentos. Algumas são completamente negligenciadas em suas próprias casas e sofrem tratamento cruel, desumano e degradante. Os transtornos mentais ou diferentes condições de saúde mental aumentam o risco para outras doenças e contribuem para diversos danos de saúde (PAHO, 2022).

Nessa perspectiva, existe o risco de confundir a saúde mental, definida pela OMS como um "estado de bem-estar mental que capacita as pessoas a lidar com os estresses da vida, perceber suas habilidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para sua comunidade", com as condições de saúde mental ou transtornos mentais. A OMS enfatiza ainda que "a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais. Ela existe em um contínuo complexo, que é vivenciado de maneira diferente por cada pessoa, com graus variados de dificuldade e sofrimento, além de potenciais resultados sociais e clínicos muito diversos" (OMS, 2001; PATEL, 2023).

A saúde mental está diretamente relacionada a uma ampla variedade de apoios e recursos que promovem o engajamento individual e em diferentes papéis dentro da comunidade. Dentre esses fatores, destacam-se a saúde, o acesso a habitação adequada, condições de trabalho justas e favoráveis, e a garantia de liberdade contra discriminações, todos assegurados pelo direito internacional dos direitos humanos. Dessa forma, há uma ligação profunda entre saúde mental e direitos humanos (MANN et al., 2016).

Apesar do amplo reconhecimento desses problemas por parte de agências internacionais e governos, abusos aos direitos humanos continuam a ocorrer com frequência em todo o mundo. De acordo com Mann et al. (2016, p. 17):

> The historical and current incidence of human rights violations in mental health care across nations has been variously described as a “global emergency” and an “unresolved global crisis,” evidenced by reports of physical and sexual abuse; discrimination and stigma; arbitrary detention; inability to access health care, vocational and residential resources; and denial of self-determination in financial and marital matters, among other rights deprivations[59].

[59] A incidência histórica e atual de violações dos direitos humanos nos cuidados de saúde mental em diversos países tem sido descrita de diferentes formas como uma "emergência global" e uma "crise global não resolvida",

A relação entre saúde mental e direitos humanos é, portanto, complexa e bidirecional. Violações de direitos humanos podem impactar negativamente a saúde mental, assim como o respeito aos direitos humanos pode melhorar a saúde mental. Segundo Mann et al. (2016), a relação entre saúde mental e direitos humanos pode ser analisada a partir três perspectivas principais. Em primeiro lugar, violações de direitos humanos, como tortura e deslocamento forçado, têm impactos negativos sobre a saúde mental. Em segundo lugar, práticas, programas e legislações voltados para a saúde mental, como tratamentos coercitivos, podem infringir os direitos humanos. Por fim, a promoção dos direitos humanos contribui de forma sinérgica para a melhoria da saúde mental. Esses benefícios vão além do campo da saúde mental, evidenciando a conexão intrínseca entre saúde física e mental. Nesse contexto, há justificativas clínicas e econômicas, além de imperativos morais e legais, para fortalecer a proteção dos direitos humanos no cuidado à saúde mental.

O ex-Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Saúde, Paul Hunt, considera a saúde mental como um dos elementos mais gravemente negligenciados do direito à saúde. Dessa forma, a compreensão do direito à saúde mental abarca a relação entre a saúde mental e a saúde física, bem como entre o direito à saúde mental e outros direitos humanos. A saúde mental é, assim, um componente integral da saúde geral e do bem-estar. De maneira semelhante, o direito à saúde, conforme definido nos instrumentos internacionais de direitos humanos citados previamente, engloba de forma inequívoca tanto a saúde física quanto a saúde mental. Assim como é desafiador abordar o direito à saúde sem considerar outros direitos humanos correlatos, a saúde mental e a saúde física não podem ser tratadas de forma isolada no contexto dos direitos humanos, uma vez que um nível mínimo de saúde mental e física é essencial para garantir a capacidade de desfrutar e se beneficiar de outros direitos humanos (GABLE e GOSTIN, 2009).

Portanto, os esforços para reconhecer e proteger o direito humano à saúde devem incluir estratégias para respeitar e atender tanto à saúde mental quanto à saúde física. O estabelecimento e cumprimento de direitos afirmativos em relação à saúde mental podem, de maneira fundamental, promover a dignidade e o bem-estar das pessoas com transtornos mentais, enquanto, ao mesmo tempo, contribuem para o reconhecimento e o desenvolvimento do direito à saúde de maneira abrangente.

---

evidenciada por relatos de abusos físicos e sexuais; discriminação e estigmatização; detenção arbitrária; incapacidade de acessar cuidados de saúde, recursos vocacionais e residenciais; e negação da autodeterminação em questões financeiras e matrimoniais, entre outras violações de direitos (Tradução Livre).

Nesse cenário, prova da importância da saúde mental no contexto da saúde e desenvolvimento foi a inserção, dentre as metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades", de indicadores de saúde mental a serem atingidos no período de 2015 a 2030 (Indicadores 3.4 e 3.5) (WHO, 2015) [60]. Reforça-se, então, o pressuposto de que o desenvolvimento sustentável não pode ser alcançado sem a inclusão da saúde mental como uma prioridade chave global. Ao abordarem o tema, Izutsu et al. (2015) advertem que, até recentemente, a comunidade internacional não havia mobilizado atenção, esforços e recursos necessários para as pessoas com transtornos mentais e deficiência, apesar de saber que o custo econômico dos transtornos mentais é superior a 4% do PIB mundial, a depressão é uma das principais causas de deficiência e mais de 800.000 mortes por suicídio ocorrem a cada ano, muitas das quais são preveníveis.

Ainda, reforçando a relevância da saúde mental, em setembro de 2017 foi aprovada a Resolução do Conselho de Direitos Humanos da ONU sobre Saúde Mental e Direitos Humanos, liderada pelos governos de Portugal e Brasil. A resolução sobre saúde mental reforça as obrigações dos Estados em combater o estigma, discriminação e violência e em proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais e utilizadores de serviços de saúde mental (UN, 2017).

[60] "A saúde mental está ligada a cada um dos ODS. 1. Erradicação da pobreza: as condições de saúde mental estão fortemente ligadas ao ciclo vicioso da pobreza; 2. Erradicação da fome: condições desfavoráveis de nutrição prejudicam o desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças. A insegurança alimentar aumento o risco para transtornos mentais em adultos; 3. Saúde e bem-estar: a saúde mental é parte integral da saúde e bem-estar; 4. Educação de qualidade: a saúde mental é importante para o aprendizado e os ambientes de aprendizagem são determinantes chave para a saúde mental. Pessoas com transtornos mentais vivenciam barreiras para o acesso à educação; 5. Igualdade de gênero: iniquidades e violência baseada em gênero são fatores de risco para as condições de saúde mental; 6. Água potável e saneamento e 7. Energia acessível e limpa: privação socioeconômica e dificuldade de acesso a serviços criam múltiplos estressores e estão ligados a muitas condições de saúde mental; 8. Trabalho decente e crescimento econômico: práticas e ambientes de trabalho são determinantes para a saúde mental e pessoas com transtornos mentais vivenciam barreiras de acesso a trabalhos decentes; 9. Indústria, inovação e infraestrutura: trabalho e crescimento econômico são importantes fatores protetores para a saúde mental; 10. Redução das desigualdades: discriminação e tratamento desigual para pessoas com transtornos mentais são causas de stress psicológico; 11. Cidades e comunidades sustentáveis: urbanização bem planejada pode beneficiar a saúde mental por meio de melhorias de acesso ao trabalho, educação e moradia, assim como com ambientes seguros e espaços verdes; 12. Consumo e produção responsáveis: privação socioeconômica e dificuldades no acesso a recursos são ligados com vários transtornos mentais; 13. Ação contra mudança global no clima: mudanças climáticas 14. e eventos ambientais causam sofrimento humano e afetam a saúde mental; 14. Vida na água e 15. Vida terrestre: a disponibilidade de recursos naturais terrestres e aquáticos impacta a saúde das pessoas, incluindo sua saúde mental; 16. Paz, justiça e instituições eficazes: conflito e violência ameaçam a saúde mental, ao mesmo tempo que a saúde mental contribui para a redução da violência; 17. Parcerias e meio de implementação: a saúde mental representa um desafio universal e as lições apreendidas de parcerias em saúde mental podem ser utilizadas na agenda dos ODS" (WHO, 2022, p. 96).

Dentre as resoluções e declarações não compulsórias que versam sobre a saúde mental, é relevante salientar: Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1985[61]; Declaração de Caracas de 1990[62]; Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental de 1991[63]; Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências de 1993[64]; Declaração de Salamanca e o

[61] Os Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotados em 1985, são um conjunto de diretrizes estabelecidas pela ONU para regulamentar as restrições que os Estados podem impor aos direitos previstos no Pacto. Esses princípios visam garantir que as limitações sejam aplicadas de forma clara, legítima e necessária, sem comprometer os direitos essenciais dos indivíduos. Os Princípios de Siracusa destacam que, em situações excepcionais, como ameaças à segurança nacional ou a ordem pública, os Estados podem suspender ou restringir alguns direitos, mas tais medidas devem ser proporcionais, temporárias e sujeitas a uma análise judicial independente. As restrições devem ser claramente previstas por lei, não discriminatórias e não devem ser aplicadas de forma arbitrária. Além disso, os Princípios ressaltam que algumas liberdades, como o direito à vida, à proibição da tortura e à liberdade de pensamento, consciência e religião, são irrenunciáveis, ou seja, não podem ser suspensas em nenhuma circunstância. Dessa forma, os Princípios de Siracusa buscam equilibrar a proteção dos direitos humanos com as necessidades de segurança pública, assegurando que qualquer limitação seja devidamente justificada e respeite os direitos fundamentais dos indivíduos.

[62] Esta Declaração da OPAS afirma que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos às pessoas com transtornos mentais devem proteger sua dignidade pessoal e seus direitos humanos e civis. Ela convoca as autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores, juristas e organizações da sociedade civil a defenderem e desenvolverem programas que promovam serviços de saúde integrados e baseados na comunidade. Também convida esses grupos a monitorar e defender os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, de acordo com a legislação nacional e os acordos internacionais. A Declaração pede reformas legislativas baseadas no aumento da conscientização sobre os direitos humanos das pessoas com deficiências mentais. Ela adverte que os hospitais psiquiátricos, quando são o único modelo de cuidado psiquiátrico oferecido, isolam os pacientes, gerando assim maior deficiência, o que pode comprometer o direito à saúde e outros direitos.

[63] Esses princípios estão entre os padrões ou diretrizes internacionais mais abrangentes e detalhados para a proteção de pessoas com transtornos mentais. Eles fornecem diretrizes para estabelecer ou avaliar sistemas nacionais de saúde mental e podem ser usados para interpretar os padrões gerais de direitos humanos no contexto da saúde mental. Frequentemente, serviram como modelo para a formulação de legislações sobre saúde mental e como guia para revisar e formular políticas de saúde mental e reestruturar serviços de saúde mental em alguns países. Os princípios estabelecem que as pessoas com transtornos mentais devem desfrutar de todos os direitos e liberdades fundamentais estabelecidos nas convenções gerais de direitos humanos. Elas também estabelecem que os direitos e liberdades mais importantes para as pessoas com transtornos mentais são: o direito à assistência médica, o direito de ser tratadas com humanidade e respeito, o direito à proteção igual perante a lei, o direito de receber cuidados na comunidade, o direito de dar consentimento informado antes de receber qualquer tratamento, o direito à privacidade, à liberdade de comunicação e à liberdade religiosa, o direito à internação voluntária e o direito ao devido processo legal (PAHO, 2022).

[64] As Regras Padrão para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência estabelecem diretrizes para implementar as liberdades fundamentais e os direitos básicos previstos em tratados internacionais em relação às pessoas com deficiência. Essas Regras recomendam que as pessoas com transtornos mentais e suas organizações sejam envolvidas na elaboração de legislações sobre questões que as afetam. Espera-se que os governos facilitem essa participação e o façam de maneira significativa. Em vez da participação puramente simbólica de algumas pessoas com transtornos mentais, que são deixadas de lado em grandes comitês compostos por numerosos profissionais ou representantes do governo, as Regras preveem um nível de participação que garante que as vozes dessas pessoas sejam totalmente ouvidas no processo. De acordo com as Regras Padrão, as pessoas com condições de saúde mental e suas famílias devem ser incluídas no planejamento, projeto, implementação e avaliação de programas de serviços, apoio e monitoramento (PAHO, 2022).

Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais de 1994[65]; e os Princípios Básicos da Legislação de Atenção à Saúde Mental da OMS de 1996[66]. Esses documentos estabeleceram padrões mínimos de direitos humanos para a prática no campo de saúde mental, com base na comunidade. Recomendam, ainda, critérios para a restrição dos direitos das pessoas com transtornos mentais, considerando sua possibilidade somente nos casos em que: a limitação for prevista em lei, for aplicada em razão de objetivo legítimo, responder a uma necessidade de saúde pública, não podendo ser arbitrariamente elaborada ou imposta (VENTURA, 2015). Dessa forma, em todos os instrumentos de direitos humanos elencados anteriormente e sintetizados no quadro abaixo, uma recomendação fundamental a ser cumprida pelos Estados é a proteção contra a discriminação.

[65] A Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais, adotados em 1994 na cidade de Salamanca, Espanha, são marcos importantes na promoção da educação inclusiva. A declaração enfatiza o direito de todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, mentais ou sociais, a receberem educação em sistemas escolares regulares, ao lado de seus pares. O documento reforça a importância de adaptar o ambiente educacional para atender às necessidades individuais, garantindo o acesso ao aprendizado de maneira equitativa. O Referencial para Ação propõe diretrizes práticas para que os países criem políticas e estratégias voltadas para a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais. Ele sugere que a educação inclusiva deve ser implementada em todos os níveis de ensino e destaca a necessidade de capacitação de professores, adequação de currículos e materiais didáticos, além de um maior apoio aos estudantes e suas famílias. O foco principal é a construção de um sistema educacional mais justo e acessível, que valorize a diversidade e promova a igualdade de oportunidades para todos.

[66] Os Princípios Básicos da Legislação de Atenção à Saúde Mental da OMS, adotados em 1996, estabelecem diretrizes para os países na formulação de leis e políticas voltadas à saúde mental. Os princípios têm como objetivo garantir que as pessoas com transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais respeitados e assegurem um tratamento digno e eficaz. Entre os principais pontos abordados, destacam-se: a. Direitos Humanos: As pessoas com transtornos mentais devem ser tratadas com dignidade, respeitando sua autonomia e seus direitos fundamentais, incluindo o direito à privacidade, à liberdade e à não discriminação; b. Acesso ao Tratamento: A legislação deve assegurar que todos os indivíduos, independentemente de sua condição econômica ou social, tenham acesso a cuidados de saúde mental adequados, em ambientes que promovam a inclusão e a recuperação; c. Consentimento Informado: A pessoa com transtorno mental tem o direito de ser informada sobre seu tratamento e deve consentir, de maneira voluntária, sobre a abordagem terapêutica a ser seguida; d. Cuidados Comunitários: A promoção de serviços de saúde mental comunitários é essencial, garantindo a integração social e a qualidade de vida dos pacientes, minimizando o uso de internações em hospitais psiquiátricos; e. Proteção Contra Abusos: A legislação deve prevenir abusos, como tratamentos forçados ou em condições desumanas, e garantir que existam mecanismos de supervisão e revisão do tratamento. Esses princípios visam a criação de uma rede de serviços de saúde mental mais justa, inclusiva e humana, focada na reabilitação e no bem-estar das pessoas com transtornos mentais.

Quadro 3 - Instrumentos de Direitos Humanos não compulsórios e relevantes para a área de saúde mental.

Instrumentos Não Compulsórios relevantes para a Saúde Mental	**Conteúdo Central**
Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1985)	Diretrizes para regulamentar as restrições que os Estados-partes podem impor aos direitos previstos no Pacto.
Declaração de Caracas (1990)	Recursos, cuidados e tratamentos às pessoas com transtornos mentais devem proteger sua dignidade pessoal e seus direitos humanos e civis e serem oferecidos, preferencialmente, nas comunidades.
Princípios da ONU para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991)	Diretrizes para estabelecer ou avaliar sistemas nacionais de saúde mental e interpretar os padrões gerais de direitos humanos no contexto da saúde mental.
Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993)	Diretrizes para implementar as liberdades fundamentais e os direitos básicos previstos em tratados internacionais em relação às pessoas com deficiência.
Declaração de Salamanca e o Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994)	Promoção da educação inclusiva.
Princípios Básicos da Legislação de Atenção à Saúde Mental da OMS (1996)	Diretrizes para os países para a formulação de leis e políticas voltadas à saúde mental.

Fonte: Próprio estudo.

Há ainda, o Comentário Geral 5 de 1994 do Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, detalhando a aplicação do Pacto sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966b), que especifica que o direito à saúde inclui o direito a serviços de reabilitação. Reafirma a necessidade de ações afirmativas para proteger os direitos de pessoas com deficiências, o que inclui as pessoas com transtornos mentais[67] (VENTURA, 2015).

A publicação do Relatório Mundial de Saúde Mental em 1995 reformulou o conceito de saúde mental, a partir de um conceito biomédico restrito centrado em condições clínicas para se tornar uma questão de desenvolvimento mais ampla que afeta toda a população, embora de maneira desigual, devido a uma variedade de forças históricas, sociais, culturais e econômicas. No cerne dessa redefinição está a questão dos direitos, especialmente o direito de ser protegido contra danos conhecidos à saúde mental. Esses danos são, direta ou indiretamente, resultado de

[67] Este comentário geral analisa as obrigações dos Estados em relação à igualdade de direitos sob a lei para homens e mulheres com deficiência, direitos relacionados ao trabalho, seguridade social, proteção da família e das mães de crianças com deficiência, liberdade de movimento, usufruto da saúde física e mental, educação, participação na vida cultural e usufruto dos benefícios do progresso científico (PAHO, 2022).

políticas que levaram ao aumento, amplificação e sustentação de diversas formas de violência estrutural que, por sua vez, são fatores críticos da saúde mental. Esses fatores são a razão pela qual ampla pesquisa epidemiológica e social demonstrou forte associação entre saúde mental debilitada, pobreza e desigualdade, bem como violência de todos os tipos, especialmente a que é experimentada de forma desproporcional por grupos historicamente marginalizados e por aqueles que são deslocados devido a conflitos e mudanças climáticas (PATEL, 2023).

Em 2013, a OMS adotou o *Plano de Ação em Saúde Mental*, em que se comprometeu, em conjunto com os seus Estados membros, a atingir metas globais para a melhora da saúde mental, por meio do fortalecimento da governança e liderança, cuidado comunitário, promoção e prevenção, assim como sistemas de informação e pesquisas (WHO, 2013). O Plano foi desenvolvido como consequência direta de discussões durante a Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2012 sobre a carga global de transtornos mentais e a necessidade de uma resposta abrangente e coordenada dos setores de saúde dos diferentes países.

Segundo Saxena et al, 2014, p. 113:

> The adoption of the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 by the World Health Assembly in May 2013 provides the clearest example to date of the increasing commitment by governments to enhance the priority given to mental health within their health and public policy. The fact that all countries – large and small, rich and poor, and from all regions of the world – have agreed on a common vision for mental health along with objectives to reach defined targets within a specified time period, gives ample testimony to the strength of current political commitment for mental health across the world[68].

No entanto, a análise mais recente da OMS sobre o desempenho dos países em relação ao Plano de Ação mostra que o progresso tem sido lento, com muitos sistemas e serviços de saúde mental despreparados para atender às necessidades das pessoas (WHO, 2022). Ainda, dentre seus muitos impactos, a pandemia de COVID-19 criou uma crise global de saúde mental, afetando a saúde mental de milhões de pessoas. Estimativas apontam aumento de mais de 25% nos distúrbios de ansiedade e depressão durante o primeiro ano da pandemia (KOLA et al., 2021). Ao mesmo tempo, os serviços de saúde mental foram gravemente interrompidos e a lacuna no tratamento de condições de saúde mental se ampliou.

[68] A adoção do Plano de Ação Integral em Saúde Mental 2013-2020 pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2013 é o exemplo mais claro, até o momento, do crescente compromisso dos governos em aumentar a prioridade dada à saúde mental em suas políticas de saúde e públicas. O fato de todos os países – grandes e pequenos, ricos e pobres, de todas as regiões do mundo – terem concordado com uma visão comum para a saúde mental, juntamente com objetivos para alcançar metas definidas dentro de um período específico, testemunha amplamente a força do compromisso político atual com a saúde mental em todo o mundo (Tradução Livre).

Ressalta-se, também, que as consequências econômicas dos transtornos mentais são enormes. As perdas de produtividade e outros custos indiretos para a sociedade muitas vezes superam em muito os custos com cuidados de saúde. Economicamente, a esquizofrenia é o transtorno mental mais caro por pessoa para a sociedade. Os transtornos depressivos e de ansiedade são muito menos dispendiosos por pessoa, mas são mais prevalentes e, portanto, contribuem de forma significativa para os custos nacionais totais. Além de serem generalizadas e dispendiosas, as condições de saúde mental também são gravemente negligenciadas. Sistemas de saúde mental em todo o mundo são marcados por lacunas e desequilíbrios significativos em informações e pesquisas, governança, recursos e serviços (WHO, 2013; WHO, 2022).

Nesse contexto, outras condições de saúde frequentemente têm prioridade sobre a saúde mental, e dentro dos orçamentos de saúde mental, o atendimento comunitário é consistentemente subfinanciado.

Ao abordarem o tema do financiamento para a saúde mental, Szmukler e Bach (2015, p. 3) argumentam que:

> A hugely disproportionate investment of resources is made in institutional and acute care compared to community-based services, resulting in the vast majority not accessing the supports they require. In developing and low income countries prevalence trends are exacerbated due to socio-economic conditions while investments are minimal compared to responses to physical health needs. (…). Moreover, in many lower-income countries the disproportionate investment in a few acute care facilities compared with community-based care is that much more extreme. These factors set a context for an increasing vulnerability of this group and systemic human rights violations[69].

Em média, os países dedicam menos de 2% de seus orçamentos de saúde para a saúde mental[70]. Mais de 70% dos gastos com saúde mental em países de renda média ainda se

[69] "Há um investimento desproporcionalmente grande em cuidados institucionais e agudos em comparação com os serviços baseados na comunidade, o que resulta na grande maioria das pessoas não tendo acesso ao suporte de que precisam. Em países em desenvolvimento e de baixa renda, as tendências de prevalência são agravadas pelas condições socioeconômicas, enquanto os investimentos são mínimos em comparação com as respostas às necessidades de saúde física. (...). Além disso, em muitos países de baixa renda, o investimento desproporcional em poucas unidades de cuidados agudos, em detrimento do cuidado baseado na comunidade, é ainda mais extremo. Esses fatores criam um contexto de crescente vulnerabilidade desse grupo e de violações sistêmicas dos direitos humanos" (Tradução Livre).

[70] Embora o argumento econômico para investir em saúde mental e bem-estar esteja bem documentado, o investimento em cuidados e apoio à saúde mental de qualidade e baseados em direitos é tipicamente visto como custo, ao invés de investimento, e geralmente é escasso. O Atlas de Saúde Mental da OMS de 2020 relata que o gasto público com saúde mental é baixo, envolvendo uma mediana global de 2,1% do financiamento governamental para a saúde. O subinvestimento em sistemas de saúde mental resulta em dificuldades para fornecer o apoio adequado às necessidades das pessoas. Ainda, as preocupações com a saúde mental não podem ser tratadas apenas pelo setor de saúde mental, nem simplesmente pelo aumento de recursos: há uma necessidade urgente de transformar a forma como os cuidados e apoios à saúde mental são concebidos e fornecidos (WHO, 2023).

destinam a hospitais psiquiátricos e aproximadamente metade da população mundial vive em países onde há apenas um psiquiatra para atender a 200.000 pessoas ou mais. Ainda, a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais acessíveis é limitada, especialmente em países de baixa renda e a maioria das pessoas com condições de saúde mental diagnosticadas não recebe tratamento algum. Em todos os países, lacunas na cobertura de serviços são agravadas pela variabilidade na qualidade do atendimento. Vários fatores impedem as pessoas de buscar ajuda para condições de saúde mental, incluindo baixa qualidade dos serviços, baixos níveis de conhecimento sobre a saúde mental, estigma e discriminação. Em muitos lugares, os serviços formais de saúde mental simplesmente não existem. Mesmo quando estão disponíveis, muitas vezes são inacessíveis ou inacessíveis financeiramente (WHO, 2022).

Sendo assim, estruturas globais e nacionais são fundamentais para orientar a ação em saúde mental e fornecer um contexto favorável para a transformação desse cenário. Desse modo, a legislação deve estar em conformidade com os instrumentos internacionais de proteção e promoção dos direitos humanos. Uma vez que as causas e necessidades de saúde mental englobam diferentes setores, é essencial que leis e políticas voltadas para a melhoria da saúde mental abranjam esses setores. Em suma, três tipos de compromisso político - expresso, institucional e orçamentário - são necessários para impulsionar a agenda de saúde mental. Nessa perspectiva, uma abordagem baseada em direitos para os serviços de saúde mental protege aqueles em risco de violações dos direitos humanos, apoia aqueles que vivem com condições de saúde mental e promove a saúde mental para todos. Para tanto, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) precisa ser implementada em todo o mundo (WHO, 2022).

3.3.2.1 A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Apesar de atualmente representar um domínio importante no âmbito do direito internacional dos direitos humanos, a deficiência permaneceu invisível[71] por muito tempo até o início da década de 1970, quando começou a ser reconhecida como um aspecto fundamental dos direitos humanos. Naquele período, as declarações internacionais sobre deficiência eram

[71] O período foi marcado pela marginalização e, em muitos casos, pela eliminação física de pessoas com deficiência nas sociedades. Suas origens remontam a momentos históricos em que práticas eugênicas eram comuns em diversas culturas antigas. Essas práticas visavam eliminar indivíduos considerados indesejáveis ou incapazes de contribuir para a sociedade, de acordo com os padrões e critérios da época. A exclusão não se manifestava apenas na eliminação física, mas também na segregação social e na privação de direitos, mantendo pessoas com deficiência afastadas das esferas públicas e comunitárias.

criticadas por serem não vinculativas[72] e por refletirem uma abordagem medicalizada da deficiência[73]. Em 1982, a ONU adotou um Programa Mundial de Ação relativo às Pessoas com Deficiência, com o objetivo de estabelecer direitos iguais para as pessoas com deficiência. Esse período marcou o início de uma mudança de um "modelo médico" de deficiência para paradigmas focados na deficiência como um aspecto dos direitos humanos (HOFFMAN et al., 2016).

Nesse sentido, o modelo médico tradicional tem definido as deficiências como problemas de saúde a serem diagnosticados e tratados por meio de intervenções médicas. Esse enfoque é frequentemente criticado por promover a institucionalização forçada de pessoas com transtornos mentais e por desconsiderar seu direito de consentir ou recusar tratamentos. Institucionalizar consiste em colocar pessoas com deficiência sob os cuidados de instituições médicas, as quais Goffman (1987) denomina instituições totais. Essas instituições possuem as seguintes características principais: a. ambientes fechados que não permitem a livre circulação das pessoas sob sua custódia, como manicômios, prisões, escolas e conventos; b. hierarquia estruturada - operam com uma organização hierárquica, em que alguns exercem o poder de comando (como médicos e diretores), enquanto outros têm o dever de obediência (como pacientes); c. normas rígidas que regulam os comportamentos dos internos de maneira implícita, por meio de regras e rotinas estabelecidas (regulamentos, regimentos, leis). As principais

[72] O movimento atual para persuadir a ONU a adotar uma convenção de direitos humanos voltada às pessoas com deficiência não é inédito. No passado, Suécia e Itália tentaram, sem sucesso, alcançar uma convenção com esse objetivo. Essas iniciativas foram rejeitadas sob a justificativa de que a deficiência já estava incluída nos instrumentos gerais de direitos humanos e, portanto, não haveria necessidade de uma convenção específica. No entanto, apesar dessas alegações de inclusão normativa, a realidade vivida pelas pessoas com deficiência era marcada pela exclusão e privação. Na prática, essas rejeições desconsideravam tanto as pessoas com deficiência quanto suas experiências e demandas. Como as vivências dessas pessoas não se adequavam ao raciocínio usado para negar uma convenção especial, o México liderou um novo esforço para persuadir a ONU a adotar esse tipo de tratado. Vale destacar que, embora não tenha atendido inicialmente aos apelos das pessoas com deficiência por uma convenção específica, a comunidade internacional reconheceu as dificuldades enfrentadas por esse grupo ao adotar as Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência e o Programa Mundial de Ação. Antes desses marcos, a ONU também proclamou declarações como os Direitos das Pessoas com Deficiência Mental, os Direitos das Pessoas Deficientes e os Princípios para a Proteção das Pessoas com Doenças Mentais e para a Melhoria do Atendimento em Saúde Mental. No entanto, esses instrumentos, de caráter não vinculante (*soft law*), foram elaborados sem a participação das pessoas com deficiência e refletem uma visão predominantemente externa e limitada sobre as suas vivências. Como resultado, criaram-se padrões inferiores de direitos para esse público. É importante notar que, embora reconheça os avanços trazidos pelo Programa Mundial de Ação e pelas Normas de Igualdade, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) mantém completo silêncio sobre as declarações e princípios mencionados. Esse silêncio decorre das críticas contundentes feitas pelas pessoas com deficiência ao tom paternalista e pejorativo desses instrumentos jurídicos não vinculantes (DHANDA, 2008).

[73] O modelo médico entende a deficiência como uma lesão, ou seja, uma anormalidade ou desvio do funcionamento padrão do corpo. Nesse modelo, os estudos e as atenções voltadas à deficiência estão centrados exclusivamente no corpo individual das pessoas. O sofrimento, a exclusão e a repressão social enfrentados por pessoas com deficiência são vistos como consequências diretas de suas condições físicas ou funcionais. Dessa forma, a deficiência é considerada um problema individual, de inteira responsabilidade do indivíduo com alguma deficiência. A pessoa, por seus próprios meios, deve buscar saída para suas mazelas corporais, uma vez que seu sofrimento decorre das desvantagens de ter um corpo não funcional.

instituições totais voltadas para pessoas com deficiência incluem: manicômios ou hospitais psiquiátricos, destinados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais; centros de reabilitação, que geralmente atendem pessoas com deficiência física; casas de abrigo, que têm diversas funções, especialmente para pessoas com deficiências visuais ou auditivas.

Muitos apontam que a predominância desse modelo reforçou suposições sociais e culturais sobre a suposta incapacidade dessas pessoas de tomar decisões relacionadas à sua vida pessoal e cuidados médicos. Por outro lado, o "modelo social" compreende a deficiência não apenas como um problema médico intrínseco, mas como uma desigualdade gerada por barreiras estruturais que limitam a participação plena na sociedade. Embora não rejeite completamente a medicina, o modelo social[74] enfatiza a necessidade de garantir às pessoas com transtornos mentais tanto o acesso igualitário à sociedade quanto o controle sobre os tratamentos médicos que necessitem (HOFFMAN et al., 2016; CLAESSEN et al., 2023).

A CDPD, aprovada em 2006, constitui o primeiro tratado internacional de proteção às pessoas com deficiência e transtornos mentais. É também o primeiro tratado do século XXI, o negociado de maneira mais rápida e um dos que possuem o maior número de Estados-partes.

A deficiência é conceituada no preâmbulo da Convenção como resultante da "interação entre pessoas com deficiências e barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais". Esse conceito é coerente com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

> A CIF define deficiência como um termo abrangente para prejuízos, limitações e restrição na participação de atividades. Refere-se a aspectos negativos da interação entre os indivíduos com uma condição de saúde, tais como: a paralisia cerebral, a síndrome de Down e a depressão, e fatores pessoais e ambientais como as atitudes negativas, o transporte e edifícios públicos inacessíveis, e rede social limitada. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal e de participação, ou seja, da interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental (...). Já o transtorno mental é de difícil definição, pois não se trata de uma condição unitária e, ao contrário, inclui um grupo de transtornos com alguns pontos em comum (...). Embora a deficiência não seja sinônimo de transtorno mental, pode estar presente na pessoa com transtorno mental. Isso porque, mesmo durante ou após o tratamento, pessoa com transtorno mental pode continuar a apresentar deficiências decorrentes do transtorno. Partindo desse conceito, em que a limitação da atividade é entendida como dificuldade no desempenho pessoal, afirma-se que a pessoa com transtorno mental também apresenta tais limitações. Assim, em muitas

[74] Segundo o modelo social, a deficiência é resultado da opressão social às lesões físicas e mentais. Em outras palavras, a deficiência não é incapacitante em si mesma, mas é a convivência de um corpo com lesões ou disfuncionalidades em um ambiente social inacessível que gera desvantagens sociais. As desvantagens estão na sociedade, não na lesão ou na pessoa com deficiência.

> situações, faz-se presente a deficiência "relacional", ou seja, nas relações, tanto no âmbito pessoal, como no profissional e social. Nessa perspectiva, sabe-se que a Classificação Internacional das Doenças – CID confere em seus critérios diagnósticos, sinais e sintomas, envolvendo dificuldades e limitações do funcionamento da pessoa com transtorno mental, tais como: diminuição da concentração, isolamento, negativismo, embotamento afetivo, alucinações, lentificação psicomotora, diminuição da energia, entre outros. A incapacidade se correlaciona com as desvantagens, mas nem todas as pessoas padecem do mesmo nível de desvantagem. Em geral, as pessoas que apresentam deficiências mais graves são as que estão em maior desvantagem. Em razão da sua doença, pessoas com transtornos mentais são particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis reflete uma sociedade que respeita e cuida de seu povo. Dessa forma, a legislação em saúde mental pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção à saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais (CANDIDO et al., 2020, p. 199-200).

A CDPD reafirma o direito ao mais alto nível possível de saúde, acesso a serviços de habilitação e reabilitação e inclusão na comunidade para pessoas com deficiências físicas e psicossociais. A CDPD articula detalhes do direito à saúde, incluindo a garantia de acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde sem discriminação, promoção de ações de intervenção e identificação precoce para minimizar e prevenir outras deficiências, e facilitar os serviços de saúde de base comunitária. Além disso, a Convenção exige a participação substantiva das pessoas com deficiência na aplicação dos direitos enumerados (ONU, 2006).

O objetivo geral da Convenção, conforme expresso em seu Artigo 1, é "promover, proteger e garantir o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito pela sua dignidade inerente". A eliminação da discriminação, garantindo que os direitos possam ser exercidos "em igualdade de condições com os outros", constitui objetivo fundamental (ONU, 2006).

Dessa forma, o artigo 3 da Convenção preconiza como princípios gerais: a. respeito à dignidade inerente à pessoa humana, autonomia individual, incluindo a liberdade de escolha e independência das pessoas; b. não discriminação; c. participação efetiva e inclusão na sociedade; d. respeito pela diferença e aceitação da pessoa com deficiência como parte da diversidade humana; e. igualdade de oportunidades; f. acessibilidade; g. igualdade entre homens e mulheres; h. respeito pelas capacidades de crianças com deficiência e respeito aos direitos das crianças com deficiência preservarem sua identidade (ONU, 2006; WELLER, 2011).

Nessa perspectiva, a CDPD reforça que as pessoas com deficiências são sujeitos de direito que podem se beneficiar de modificações em práticas e sistemas que tradicionalmente os excluíram. A CDPD adota, assim, um modelo substancial de "igualdade inclusiva" relevante

para os cuidados e apoio à saúde mental, que se estende por quatro dimensões: a. dimensão de reconhecimento: combater o estigma, os estereótipos, o preconceito e a violência, e reconhecer a interseccionalidade; b. dimensão redistributiva: abordar as desvantagens socioeconômicas; c. dimensão participativa: reafirmar a natureza social das pessoas como membros de grupos sociais e o pleno reconhecimento da humanidade por meio da inclusão; e d. dimensão acomodativa: fazer espaço para a diferença como uma questão de dignidade humana (WHO, 2023).

Em consonância com a obrigação de promover a igualdade perante a lei, a CDPD trata da questão do processo de tomada de decisão. O artigo 5 reforça esta obrigação e estabelece que os Estados-partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo. Reafirma, também, que a fim de promover a igualdade, os Estados- partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida. Por fim, preconiza que as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias (ONU, 2006).

Dentre as medidas, ressaltam-se as estabelecidas no artigo 12: 1. Os Estados-partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de serem reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei; 2. Os Estados-partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida; 3. Os Estados-partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal; 4. Os Estados-partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos; Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, apliquem-se pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa; e 5. Os Estados-partes tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens (ONU, 2006).

Segundo Pathare e Shields (2012, p. 1-2):

> People with disabilities are thus at risk of being stripped of their decision-making abilities and rights to self-determination by having others take on the authority to make decisions for them. In particular, the presence of a mental illness is often equated with a lack of decision-making capacity. Society has historically restricted choice to persons with mental illness (PWMI) due to an assumption of incapacity. As a result, institutions "took care" of many choices for PWMI, removing autonomy, responsibility, and self-direction. For PWMI, having a substitute decision-making or guardianship system in place can abolish rights to self-determination and take away the opportunity to enter into transactions or contracts autonomously. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) came into force in 2008 and has created an impetus for change in disability laws (including mental health laws). The CRPD demands a paradigm shift in the disability sphere, moving from a substitute decision-making model to a supported decision-making model. Article 12 has been called the core of the CRPD and states that all persons with disabilities (PWD) should have equal recognition before the law. It declares that PWD should have both the recognition of their rights, legal capacity and the right to exercise this legal capacity. In practical terms, exercising legal capacity means making decisions for oneself in all areas of life including medical treatment, housing, employment, relationships, finances, children, family planning, and property. The CRPD recognizes that there are times when PWD may require support in making decisions and that depending on the course of the disability or illness, varying levels of support may be needed. Accessing support, regardless of its form, is central to the recognition of being equal and full citizens before the law. Countries are expected to take measures to support PWD to exercise their legal capacity, which are tailor-made to the person's circumstances and preferences; apply for the shortest amount of time possible; provide safeguards to prevent abuse; and are regularly reviewed by a legal authority[75].

[75] "Pessoas com deficiência correm o risco de ter suas habilidades de tomada de decisão e direitos à autodeterminação retirados, ao terem outras pessoas assumindo a autoridade de decidir por elas. Em particular, a presença de um transtorno mental é frequentemente associada à falta de capacidade para tomar decisões. Historicamente, a sociedade restringiu escolhas para pessoas com transtornos mentais devido à suposição de incapacidade. Como resultado, instituições "cuidaram" de muitas escolhas para essas pessoas, removendo sua autonomia, responsabilidade e autogestão. Para as pessoas com deficiência, ter um sistema de tomada de decisão substitutiva ou de tutela em vigor pode abolir seus direitos à autodeterminação e tirar a oportunidade de realizar transações ou contratos de forma autônoma. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que entrou em vigor em 2008, criou um impulso para mudanças nas leis sobre deficiência (incluindo leis de saúde mental). A CDPD exige uma mudança de paradigma no campo da deficiência, passando de um modelo de decisão substitutiva para um modelo de decisão apoiada. O artigo 12 é considerado o núcleo da CDPD e afirma que todas as pessoas com deficiência devem ter igualdade de reconhecimento perante a lei. Ele declara que as pessoas com deficiência devem ter tanto o reconhecimento de seus direitos, capacidade legal quanto o direito de exercer essa capacidade legal. Na prática, exercer a capacidade jurídica significa tomar decisões por si mesmo em todas as áreas da vida, incluindo tratamento médico, moradia, emprego, relacionamentos, finanças, filhos, planejamento familiar e propriedades. A CDPD reconhece que pode haver momentos em que as pessoas com deficiência precisem de apoio para tomar decisões e que, dependendo do curso da deficiência ou doença, diferentes níveis de apoio podem ser necessários. Acesso ao suporte, independentemente de sua forma, é central para o reconhecimento da igualdade e cidadania plena perante a lei. Os países devem adotar medidas para apoiar as pessoas com deficiência no exercício de sua capacidade jurídica, medidas essas que sejam personalizadas às circunstâncias e preferências da pessoa, aplicáveis pelo menor tempo possível, que ofereçam salvaguardas para prevenir abusos e sejam regularmente revisadas por uma autoridade legal" (Tradução Livre).

Ainda, em 2014, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência observou um equívoco geral sobre o alcance das obrigações dos Estados-Partes no que diz respeito ao artigo 12 da Convenção e publicou o Comentário Geral nº 1. Este documento introduz um marco que esclarece e regula a tomada de decisões, considerando que a Convenção representa uma "mudança de paradigma", que transita do modelo tradicional de decisão substitutiva para um modelo de tomada de decisão apoiada. A tomada de decisão apoiada implica que os indivíduos são os principais tomadores de decisão; com isso, todos devem ter reconhecimento igual perante a lei e ter garantido o respeito tanto por sua dignidade inerente quanto por sua autonomia individual. O Comitê adota a abordagem de decisão apoiada e solicita aos Estados-partes que "revisem as leis que permitem a curatela e a tutela, e tomem medidas para desenvolver leis e políticas que substituam os regimes de decisão substitutiva por regimes de decisão apoiada, que respeitem a autonomia, a vontade e as preferências da pessoa". Além disso, o Comitê adota um marco baseado em "salvaguardas" para preservar a autonomia da pessoa e exige que os Estados-partes criem salvaguardas adequadas e eficazes para o exercício da capacidade, a fim de garantir o respeito aos direitos, à vontade e às preferências das pessoas (artigo 12, parágrafo 4) (POZÓN, 2016).

A CDPD contém direitos civis e políticos clássicos, como o direito à liberdade (Artigo 14), à integridade da pessoa (Artigo 17)[76], à liberdade de expressão (Artigo 21), à privacidade (Artigo 22), à liberdade de tortura e tratamento desumano (Artigo 15), ao reconhecimento igual perante a lei (Artigo 12) e ao acesso à justiça (Artigo 13). Também inclui direitos econômicos,

[76] O princípio da não discriminação fundamenta o Artigo 17, que protege o direito ao respeito pela integridade física e mental em igualdade de condições com os demais. Seu texto truncado é o resultado de um silêncio negociado durante a elaboração da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), com o objetivo de reforçar uma proibição implícita contra tratamentos involuntários na CDPD. O Artigo 17 chama a atenção para uma série de práticas comuns nos cuidados psiquiátricos que comprometem a integridade física e mental das pessoas. O Relator Especial das Nações Unidas sobre Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos e Degradantes identifica essas práticas como: condições precárias de detenção; uso de contenção, incluindo o uso de medicação como forma de contenção química; administração de medicamentos como punição ou contenção; uso de isolamento e segregação; experimentação ou tratamentos experimentais sem consentimento; tratamentos forçados destinados a corrigir ou aliviar determinadas deficiências; tratamentos intrusivos ou irreversíveis, como lobotomia e psicocirurgia; aborto forçado ou esterilização sem consentimento livre e informado; terapia eletroconvulsiva modificada sem consentimento livre e informado; intervenções psiquiátricas forçadas que equivalem a repressão política ou social; administração forçada e não consensual de medicamentos psiquiátricos, particularmente neurolépticos, para o tratamento de uma condição mental, especialmente na presença de efeitos colaterais extremos e debilitantes; internação involuntária em instituições psiquiátricas com base arbitrária. A internação involuntária pode ser arbitrária quando os critérios para admissão involuntária incluem apenas o diagnóstico de transtorno mental, combinado com critérios arbitrários adicionais, como ser um perigo para si mesmo ou para os outros, ou necessitar de tratamento; além de violência, incluindo violência sexual. Embora países ocidentais desenvolvidos possam considerar seus sistemas de saúde mental livres das piores formas de abuso, algumas das práticas mencionadas acima ainda são comuns (WELLER, 2011).

sociais e culturais que se tornaram mais proeminentes recentemente, incluindo o direito à vida em família e à habitação (Artigo 23), à educação (Artigo 24), à saúde (Artigo 25)[77] e à habilitação e reabilitação (Artigo 26). Alguns desses direitos foram formulados de maneira a ter relevância particular para as pessoas com deficiência: direitos à não discriminação (Artigo 5), à vida independente e inclusão na comunidade (Artigo 19), ao trabalho e emprego (Artigo 27), à participação na vida cultural (Artigo 30) e a serem livres de exploração e abuso (Artigo 16) (ONU, 2006).

Os países[78] ficam, portanto, obrigados a modificar ou abolir leis, regulamentos e práticas discriminatórias existentes, bem como a fornecer programas para apoiar os direitos da CDPD (Artigo 4). Esses programas incluem, por exemplo, o dever de fornecer treinamento sobre questões de deficiência para aqueles envolvidos na administração da justiça (Artigo 13), programas para reconhecer e combater a exploração (Artigo 16), fornecer serviços de apoio à comunidade (Artigo 19), aumentar a conscientização sobre questões de deficiência (Artigo 8) e combater a discriminação (Artigo 5) (ONU, 2006).

Em síntese, a CDPD abrange direitos civis e políticos, bem como direitos econômicos, sociais e culturais, sem estabelecer novos direitos. Dessa forma, esclarece e especifica como os direitos já existentes, previstos em documentos gerais de direitos humanos, se aplicam às pessoas com deficiência. O Artigo 9 da Convenção estabelece claramente a acessibilidade como condição indispensável para que as pessoas com deficiência possam viver de forma independente, participar plena e igualmente na sociedade e desfrutar plenamente de todos os seus direitos

[77] Em relação ao direito ao mais alto padrão de saúde possível, o Artigo 25 exige que os Estados-partes garantam que os profissionais de saúde deem concretude aos direitos humanos das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtornos mentais, fornecendo cuidados de saúde de alta qualidade, sem discriminação, com base no consentimento livre e informado e de acordo com os princípios de acessibilidade e aceitabilidade. Exige que os serviços de saúde prestados sejam acessíveis, sensíveis às questões de gênero e tenham a mesma variedade, qualidade e padrão daqueles oferecidos a outras pessoas. Os serviços devem atender tanto às necessidades gerais quanto às específicas de saúde das pessoas com deficiência, incluindo a oferta de programas de saúde sexual e reprodutiva e de saúde pública baseados na população. Os serviços devem ser fornecidos o mais próximo possível das comunidades das pessoas. Os Estados-partes também são obrigados a auxiliar e apoiar os profissionais de saúde a prestar serviços da mesma qualidade daqueles oferecidos a outras pessoas, com base no consentimento livre e informado. Devem conscientizar os profissionais de saúde sobre questões de direitos humanos e apoiar o desenvolvimento e a promulgação de padrões éticos tanto no setor público quanto no privado. A obrigação de não discriminação se estende à oferta de seguros de saúde e de vida, além de impedir a negação de serviços, alimentos ou líquidos com base em discriminação. Na saúde mental, é importante reforçar que o Artigo 25 requer que os serviços de saúde devem incluir identificação precoce e intervenção apropriada e serviços organizados de forma a minimizar ou prevenir outras deficiências e danos, incluindo crianças e idosos (WELLER, 2011).

[78] A Convenção estabeleceu o Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ao qual os Estados-partes devem relatar periodicamente sobre seu progresso na implementação da Convenção. O Comitê é composto por 18 especialistas independentes que monitoram a implementação da Convenção. O Comitê, por sua vez, publica suas observações sobre esse progresso. A CDPD exige que os governos garantam que representantes da sociedade civil, em particular as pessoas com deficiência, estejam totalmente envolvidos nesse monitoramento. Os Estados-partes que assinarem o Protocolo Facultativo reconhecem a competência do Comitê para examinar denúncias de indivíduos e suas decisões são públicas.

humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições (CLAESSEN et al., 2023).

Até o momento, 184 países aderiram ou ratificaram à CDPD, que, como já mencionado previamente, é monitorada pelo Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (WHO, 2022).

Dentre os comentários gerais do Comitê ressalta-se o n. 3 sobre as mulheres e meninas com deficiência de 2016. Neste documento, o Comitê insta os Estados-partes a emendar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas existentes que constituem discriminação contra mulheres com deficiência, incluindo mulheres com transtornos mentais. Dessa forma, os Estados-partes devem tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação com base no sexo e/ou na deficiência por qualquer pessoa, organização ou empresa privada. Isso também inclui o dever de exercer a devida diligência, prevenindo a violência ou violações dos direitos humanos, protegendo as vítimas e testemunhas de violações, investigando, processando e punindo os responsáveis, incluindo atores privados, e fornecendo acesso à reparação e compensações quando ocorrerem violações dos direitos humanos. Além disso, o Comitê afirma que os Estados-partes devem adotar uma abordagem dupla: (a) integrando sistematicamente os interesses e direitos das mulheres e meninas com deficiência em todos os planos de ação, estratégias e políticas nacionais relativos às mulheres, infância e deficiência, bem como em planos setoriais relativos, por exemplo, à igualdade de gênero, saúde, violência, educação, participação política, emprego, acesso à justiça e proteção social; e (b) por meio de medidas direcionadas e monitoradas especificamente voltadas para mulheres com deficiência, incluindo mulheres com condições de saúde mental (PAHO, 2022).

Em 2017, o Comitê acima mencionado também organizou o Comentário Geral n. 5 sobre a vida independente e inclusão na comunidade de pessoas com deficiência. Este comentário geral interpreta o Artigo 19 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que reconhece o direito igual de todas as pessoas com deficiência de viver de forma independente e serem incluídas na comunidade, com a liberdade de escolher e controlar suas vidas. Este artigo é baseado no princípio central dos direitos humanos de que todos os seres humanos nascem iguais em dignidade e direitos e todas as vidas têm o mesmo valor. O comentário geral afirma que viver de forma independente significa que indivíduos com deficiência, incluindo pessoas com transtornos mentais, devem ser providos de todos os meios necessários para exercer a escolha e o controle sobre suas vidas e tomar todas as decisões relacionadas a suas vidas. O Comitê recomenda que os Estados promovam, facilitem e forneçam medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, programáticas, promocionais e outras adequadas para garantir a plena realização do direito de viver de forma independente e ser incluído na comunidade, conforme

consagrado na Convenção. Os Estados-partes também devem adotar medidas para erradicar barreiras práticas para a plena realização do direito de viver de forma independente e ser incluído na comunidade, como moradias inacessíveis, acesso limitado a serviços de apoio à deficiência, instalações, bens e serviços inacessíveis na comunidade, e preconceitos contra pessoas com deficiência, bem como medidas para prevenir que membros da família e terceiros interfiram direta ou indiretamente no exercício do direito de viver de forma independente dentro da comunidade. Finalmente, estabelece a obrigação dos Estados-partes de se absterem de interferir direta ou indiretamente ou de qualquer forma limitar o exercício individual do direito de viver de forma independente e ser incluído na comunidade.

Posteriormente, em 2018, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovou o Comentário Geral n. 6 sobre igualdade e não discriminação. Neste comentário geral, o Comitê afirma que o modelo baseado nos direitos humanos de deficiência reconhece a deficiência como uma construção social, e que as deficiências não devem ser consideradas motivos legítimos para negar ou restringir direitos humanos. De acordo com esse modelo, a deficiência é uma das várias camadas de identidade. Portanto, as leis e políticas de deficiência devem levar em consideração a diversidade das pessoas com deficiência. Este modelo também reconhece que os direitos humanos são interdependentes, inter-relacionados e indivisíveis. Assim, os Estados devem modificar ou abolir leis, regulamentos, costumes e práticas existentes que constituam discriminação contra essas pessoas. Além disso, o pleno exercício dos direitos à igualdade e à não discriminação exige a adoção de medidas de aplicação, como: (a) medidas para aumentar a conscientização de todas as pessoas sobre os direitos das pessoas com deficiência sob a Convenção, o significado de discriminação e as medidas legais necessárias; (b) medidas para garantir que os direitos contidos na Convenção sejam aplicáveis nos tribunais nacionais e ofereçam acesso à justiça para todas as pessoas que tenham sofrido discriminação; (c) proteção contra represálias, como tratamento adverso ou consequências negativas em reação a uma queixa ou a processos destinados a garantir o cumprimento das disposições de igualdade; (d) o direito de processar judicialmente e de buscar reivindicações por meio de associações, organizações ou outras entidades legais que tenham um interesse legítimo na realização do direito à igualdade; (e) regras específicas relacionadas a evidências e provas para garantir que atitudes estereotipadas sobre a capacidade das pessoas com deficiência não resultem em vítimas de discriminação sendo impedidas de obter reparação; (f) ações eficazes, proporcionais e dissuasivas para violação do direito à igualdade e reparações adequadas; (g) provisão suficiente e acessível de assistência jurídica para garantir acesso à justiça ao reclamante em litígios de discriminação (PAHO, 2022).

Reitera-se, portanto, que a Convenção adota um modelo social da deficiência, utilizado pela OMS como referência para estimular que as legislações de saúde mental dos países reconheçam integralmente os direitos das pessoas com transtornos mentais (WILDEMAN, 2013), uma vez que vivenciam taxas desproporcionalmente mais altas de saúde física debilitada e expectativa de vida reduzida, acesso inadequado a cuidados de qualidade e a um conjunto de serviços para sua condição de saúde mental, bem como discriminação, estereótipos prejudiciais e estigma na comunidade, família, escolas e no local de trabalho. Esses são direitos amplamente reconhecidos, mas longe de serem efetivamente implementados em qualquer contexto global.

A realização da saúde mental como direito humano requer ações para abordar as forças estruturais que prejudicam a saúde mental e investem no poder de um modelo focado estritamente em transtornos na arquitetura da prestação de cuidados. O direito universal à saúde mental deve sempre estar incorporado no direito de ser protegido contra danos conhecidos à saúde mental e no direito à cidadania, liberdade, inclusão e dignidade das pessoas com transtornos mentais (WHO, 2022). Todavia, nos últimos 150 anos, a legislação de saúde mental legitima e, em alguns casos, facilita violações dos direitos humanos: leis consolidam o paternalismo e o conceito de que pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais são "perigosas", como já discutido anteriormente neste trabalho.

> Legislation may cover a broad range of issues including access to mental health care and other services and their quality; admission to mental health facilities; consent to treatment; freedom from cruel, inhuman and degrading treatment; freedom from discrimination; the enjoyment of civil, cultural, economic, political and social rights; and, legal mechanisms to promote and protect human rights (e.g. review bodies to oversee admission to mental health facilities and treatment, monitoring bodies and complaints mechanisms). In 2011 only 59% of the world's people lived in a country with dedicated mental health legislation. The numbers varied according to the country's level of income: 77% in high-income countries compared with only 39% in low-income countries. In 15% of countries with legislation, it was enacted before 1970; in 42% it was enacted or revised after 2005. Legal provisions relevant to mental health in non-dedicated legislation – covering, for example, welfare, disability, general health, discrimination – were present in 71% of countries. Six per cent of countries had no relevant legislation at all (…). We suggest it is helpful to think about the legal protection of the human rights of persons with mental disabilities in terms of levels. We propose the following typology: Level 0 is where there are no laws concerning those rights. Level 1 is where there are relevant laws but where they are generally not observed in practice. (This may be due, for example, to lack of political will, lack of public interest, lack of resources – human and material – to enable their observance, because the laws are dated or otherwise unworkable, or the absence of a 'voice' of people with mental disabilities). Level 2 is where there are relevant laws that are observed, certainly a major advance on Level 1, but where they themselves may fall short of the desired standard in protecting the rights of persons with mental health disabilities. Countries at Level 3 have laws that are compliant

> with the UN CRPD and observed in policy and practice[79] (SZMUKLER; BACH, 2015, p. 3).

Na região das Américas, 76% dos Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) possuem uma política ou plano de saúde mental independente, e 67% têm uma lei independente de saúde mental. Nos últimos oito anos, 46% dos Estados Membros da OPAS atualizaram suas políticas e planos. Onze países desenvolveram ou atualizaram suas políticas ou planos de saúde mental para alinhá-los com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos. No entanto, os recursos humanos e financeiros alocados à saúde mental são limitados, o que restringe a implementação dos planos nacionais (PAHO, 2022).

Em suma, a legislação existente em saúde mental tem implicações significativas para os direitos humanos, muitas vezes sendo desatualizada, limitada em sua compreensão dos direitos humanos e dependente de um modelo biomédico reducionista. A legislação autônoma da maioria dos países inclui disposições para limitar direitos, como internação involuntária e tratamento forçado, contenção e isolamento. Além disso, as leis de saúde mental frequentemente reforçam estruturas de poder e contribuem para a opressão de populações marginalizadas.

A adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) reforça a proteção de padrões internacionais de direitos humanos na assistência à saúde mental e reconhece que os direitos das pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais são iguais aos de qualquer pessoa, criando um ambiente legal favorável para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados em direitos. Contudo, a maioria dos países ainda está inerte, sem

[79] "A legislação pode abranger uma ampla gama de questões, incluindo o acesso ao cuidado de saúde mental e outros serviços e sua qualidade; admissão em estabelecimentos de saúde mental; consentimento para o tratamento; liberdade de tratamento cruel, desumano e degradante; liberdade de discriminação; o exercício de direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais; e mecanismos legais para promover e proteger os direitos humanos (por exemplo, órgãos de revisão para supervisionar a admissão em estabelecimentos de saúde mental e tratamento, órgãos de monitoramento e mecanismos de reclamação). Em 2011, apenas 59% das pessoas no mundo viviam em países com legislação na área de saúde mental. Os números variaram de acordo com o nível de renda dos países: 77% nos países de alta renda em comparação com apenas 39% nos países de baixa renda. Em 15% dos países com legislação, ela foi promulgada antes de 1970; em 42%, foi promulgada ou revisada após 2005. Disposições legais relevantes para a saúde mental em legislações não relacionadas diretamente ao tema – que cobrem, por exemplo, bem-estar, deficiência, saúde geral, discriminação – estavam presentes em 71% dos países. Seis por cento dos países não tinham legislação relevante. (...) Sugerimos que seja útil pensar sobre a proteção legal dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em termos de níveis. Propomos a seguinte tipologia: Nível 0 é onde não existem leis sobre esses direitos. Nível 1 é onde existem leis relevantes, mas geralmente não são observadas na prática. (Isso pode ser devido, por exemplo, à falta de vontade política, falta de interesse público, falta de recursos – humanos e materiais – para permitir sua observância, porque as leis estão desatualizadas ou são inviáveis, ou à ausência de uma "voz" das pessoas com deficiências mentais). Nível 2 é onde existem leis relevantes que são observadas, o que é certamente um grande avanço em relação ao Nível 1, mas onde elas próprias podem não atingir o padrão desejado na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Países no Nível 3 possuem leis que estão em conformidade com a CDPD da ONU e são observadas na política e na prática" (Tradução Livre).

desafiar o *status quo* (WHO, 2023) e assumindo o risco pela ocorrência de violações do direito à saúde mental em seus territórios. Considerando este contexto, a OMS lançou, em 2023, o documento “Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática”, propondo uma lista de checagem para que os países avaliem se suas legislações adotam uma abordagem baseada em direitos e à luz da CDPD.

3.3.2.2 Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação

Com base no exposto até o momento, pode se afirmar que o movimento internacional de proteção dos direitos humanos, especialmente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), exige uma mudança significativa dos enfoques biomédicos para um paradigma de apoio que promove a individualidade, autonomia e inclusão comunitária das pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com transtornos mentais. Visando oferecer apoio e direcionamento para a elaboração de legislações nacionais de saúde mental que respeitem os direitos preconizados na Convenção, a OMS e o Escritório do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos (ACNUDH), organizaram a publicação intitulada "Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientações e práticas”.

Nesse contexto, a publicação apresenta como proposta auxiliar os países na adoção, alteração ou implementação de legislações relacionadas à saúde mental. O objetivo é garantir que políticas, sistemas, serviços e programas de saúde mental ofereçam cuidados e apoio de alta qualidade para todos, em conformidade com os padrões internacionais de direitos humanos, incluindo a CDPD. As Orientações incentivam a integração da saúde mental em legislações gerais e são direcionadas a legisladores, formuladores de políticas públicas e profissionais que atuam na elaboração de legislações e na prestação de cuidados relacionados à saúde mental. Além disso, podem também se beneficiar de seu conteúdo indivíduos e grupos de áreas correlatas, como entidades das Nações Unidas, servidores públicos, pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, organizações profissionais, familiares, organizações da sociedade civil, associações de pessoas com deficiência, trabalhadores humanitários, organizações comunitárias e religiosas, bem como pesquisadores, acadêmicos e profissionais da mídia (WHO, 2023).

A publicação se divide em três capítulos e uma lista de checagem. O capítulo 1 discute os desafios enfrentados pelas legislações de saúde mental atuais e as necessidades de mudança para se alinhar ao referencial de proteção internacional dos direitos humanos. O capítulo 2 descreve os princípios que as legislações devem incorporar e o capítulo 3 enfatiza como

desenvolver, implementar e avaliar as legislações com base em processos fundamentados nos direitos humanos.

Para introduzir os desafios históricos enfrentados por pessoas com transtornos mentais, a publicação, em seu primeiro capítulo, reforça que a saúde mental e o bem-estar estão fortemente associados a ambientes sociais, econômicos e físicos, bem como à pobreza, violência e discriminação. No entanto, a maioria dos sistemas de saúde mental concentra-se no diagnóstico, medicação e redução de sintomas, negligenciando os determinantes sociais que afetam a saúde mental das pessoas. Muitas pessoas enfrentam discriminação e violações de direitos humanos ao buscar cuidados e apoio em saúde mental: algumas possuem seu atendimento negado em razão de raça, gênero, orientação sexual, idade, deficiência ou status social. Outras são expostas a serviços de baixa qualidade e condições de vida desumanas, sem acesso a água potável e saneamento básico, ou são submetidas a tratamentos degradantes e desumanos. Internações e tratamentos involuntários, isolamento ou confinamento solitário, e o uso de contenções são práticas prevalentes na maioria dos sistemas de saúde mental (WHO, 2023).

Ao longo dos últimos 150 anos, a legislação relacionada à saúde mental não apenas legitimou, como, em alguns casos, também facilitou graves violações de direitos humanos. Em muitas situações, as legislações sobre saúde mental apresentam implicações profundas para os direitos humanos, sendo frequentemente desatualizadas, restritas em sua compreensão sobre os direitos fundamentais e baseadas em um modelo biomédico reducionista. Muitas legislações específicas de saúde mental em diversos países incluem dispositivos que restringem direitos, como a internação involuntária, o tratamento forçado, a utilização de contenção física e o isolamento. Além disso, essas legislações frequentemente reforçam estruturas de poder desiguais, contribuindo para a opressão desse grupo marginalizado.

Embora a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD) tenha reafirmado o interesse em revisar a legislação sobre saúde mental sob a perspectiva dos direitos humanos, a maioria dos países não questionou as abordagens biomédicas utilizadas e os poderes do tratamento compulsório. O marco internacional de direitos humanos exige que os países adotem uma abordagem baseada em direitos para a legislação em saúde mental. Dessa forma, a CDPD reforça a proteção dos padrões internacionais de direitos humanos no cuidado em saúde mental e reconhece que os direitos das pessoas com transtornos mentais são iguais aos de qualquer outra pessoa.

A CDPD cria, portanto, um ambiente legal favorável para a organização de sistemas de saúde mental baseados em direitos, que priorizem o empoderamento da pessoa e sua participação ativa na própria recuperação. Assim, as legislações de saúde mental deveriam se afastar do paradigma biomédico tradicional e limitado, que, até então, contribuiu para ambientes coercitivos e restritivos nos serviços de saúde mental.

Para alcançar essas mudanças, a publicação propõe novas abordagens, como: estabelecer um mandato claro para que os sistemas de saúde mental adotem abordagens baseadas em direitos; viabilizar serviços centrados na pessoa e baseados na comunidade; aumentar a conscientização e combater o estigma; erradicar a discriminação e a coerção; promover a inclusão e a participação comunitária; e desenvolver medidas de responsabilização (WHO, 2023).

Ainda, adverte que qualquer nova direção exige o engajamento e a participação de pessoas com experiência vivida, incluindo aquelas com experiências de trauma intergeracional, para moldar as leis de forma que reflitam e respondam às suas perspectivas na busca por recuperação, reparação e cura. Essa abordagem colaborativa é essencial para criar um sistema de saúde mental que respeite os direitos humanos, priorize o cuidado e o apoio ao invés do controle, e apoie os indivíduos a alcançarem seu pleno potencial (WHO, 2023).

Por conseguinte, o capítulo 2 propõe um conjunto de disposições legislativas que os países podem adotar para apoiar uma abordagem baseada em direitos humanos na saúde mental. Ele abrange áreas em que a legislação pode proteger, promover e apoiar os tratados internacionais de direitos humanos relacionados à saúde mental, oferecendo exemplos de textos e disposições adotados por diferentes países, com orientações detalhadas para redigir normas baseadas em direitos. As áreas abordadas são:

a. Igualdade e não discriminação: disposições legislativas nacionais fundamentais para garantir os princípios de igualdade e não discriminação nos sistemas de saúde mental. Exemplos incluem a proibição de todas as formas de discriminação, inclusive no seguro de saúde e no oferecimento de acomodações razoáveis; o enfrentamento do estigma e da discriminação nas comunidades; e o reconhecimento igualitário de direitos dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o acesso à informação, confidencialidade, privacidade e instalações.
b. Personalidade jurídica e capacidade: disposições legislativas importantes para o reconhecimento e respeito à capacidade das pessoas que utilizam serviços de saúde mental, proporcionando-lhes o suporte adequado, se necessário. Exemplos incluem a proibição da substituição na tomada de decisão; a disponibilização de mecanismos de apoio à decisão; a

salvaguarda da vontade e preferências da pessoa; e o respeito à capacidade evolutiva das crianças.

c. Consentimento informado e eliminação de práticas coercitivas: disposições essenciais para eliminar a coerção nos serviços de saúde mental e garantir o direito ao consentimento livre e informado. Exemplos incluem a promoção e proteção do direito ao consentimento livre e informado; o apoio às diretivas antecipadas; o oferecimento de suporte em crises; a proibição de hospitalização e tratamento involuntários; e a eliminação do isolamento e da contenção.
d. Acesso a serviços de saúde mental de qualidade: disposições importantes para abordar questões relacionadas à eliminação de barreiras ao acesso a serviços de saúde mental de qualidade e ao suporte adequado. Exemplos incluem garantir a paridade entre saúde física e mental; a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde mental; o financiamento; e considerações de gênero, culturais e etárias no cuidado em saúde mental.
e. Implementação de serviços de saúde mental na comunidade: disposições-chave para transformar e implementar serviços comunitários de saúde mental centrados na pessoa e baseados em direitos. Exemplos incluem a integração da saúde mental em ambientes gerais de saúde; o desenvolvimento de serviços comunitários centrados na pessoa e baseados em direitos; a incorporação de serviços liderados e gerenciados por pares; e o apoio à desinstitucionalização.
f. Participação plena e efetiva em decisões públicas: disposições legislativas importantes para reconhecer e apoiar os direitos das pessoas com experiência vivida a participarem e estarem ativamente envolvidas em todos os processos de tomada de decisão pública relacionados aos sistemas de saúde mental.
g. Responsabilização: disposições legislativas para garantir e aplicar a responsabilização nos serviços de saúde mental. Exemplos incluem o fortalecimento de sistemas de informação; o estabelecimento de órgãos independentes de monitoramento; e a criação de mecanismos eficazes para reparação e indenização.
h. Reformas intersetoriais: principais disposições legislativas que lidam com a interface entre saúde mental e outros setores, incluindo o judiciário. Exemplos incluem a promoção da inclusão comunitária e da coordenação e ação intersetoriais; o apoio a organizações de pessoas com experiência vivida e suas famílias; e o acesso à justiça (WHO, 2023).

Posteriormente, o capítulo 3 enfatiza a importância de adotar uma abordagem baseada em direitos humanos ao revisar ou adotar legislações relacionadas à saúde mental. Descreve as etapas básicas a serem seguidas no processo, incluindo:

a. envolver e consultar pessoas com experiência vivida e suas organizações representativas;
b. compreender o marco jurídico internacional de direitos humanos;
c. realizar uma revisão abrangente da legislação sobre saúde mental;
d. avaliar as barreiras para o acesso a cuidados de saúde mental baseados em direitos; e
e. redigir e debater uma proposta de legislação relacionada à saúde mental (WHO, 2023).

A publicação também identifica pontos para a defesa e mobilização e discute o processo de implementação da lei. Isso inclui o papel dos órgãos responsáveis pela implementação; o desenvolvimento de regulamentos e outras orientações; a importância da educação e conscientização públicas; e o treinamento das partes interessadas principais. Por fim, destaca a importância de avaliar a legislação e sugere diversas opções políticas para realizar essa avaliação (WHO, 2023).

O último capítulo da publicação inclui uma lista de checagem ou de verificação (checklist) que oferece uma maneira simples, direta e prática de avaliar a conformidade da legislação relacionada à saúde mental, ou de um projeto de lei, com as obrigações internacionais de direitos humanos, como parte dos esforços de harmonização legal. Ela serve para auxiliar as partes interessadas a identificar as questões mais importantes que precisam ser abordadas para garantir uma legislação baseada em direitos. As perguntas não são exaustivas e utilizam uma escala de 5 pontos, em que o 1 indica Nada e o 5 Totalmente. A lista também inclui uma parte para os comentários relacionados a cada um dos itens. Divide-se em 4 Dimensões (WHO, 2023), detalhadas nos quadros a seguir, traduzidos pela autora desta tese (trão livre).

Quadro 4 - Dimensão 1 – Abordagem Legislativa[80].

Dimensão	**Perguntas**
1. Abordagem Legislativa	1. A legislação permite uma abordagem intersetorial para a saúde mental?
	2. A legislação desafia o estigma e a discriminação associados à saúde mental?
	3. A legislação permite o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?

- continua -

[80] "1. Legislative Approach – Questions: 1. Does the legislation enable a cross-sectoral approach to mental health?; 2. Does the legislation challenge stigma and discrimination associated with mental health?; 3. Does the legislation enable access to quality care and support that is person-centred and rights-based?; 4. Does the legislation enable the transition towards community-based mental health care and support?; 5. Does the legislation ensure the respect for legal capacity and informed consent and the elimination of coercion?; 6. Does the legislation enable community inclusion of persons using mental health services?; 7. Does the legislation ensure the meaningful participation of service users in public decision-making related to mental health?; 8. Does the legislation ensure the accountability of mental health services?" (WHO, 2023, p. 140-141).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	4. A legislação permite a transição para cuidados e apoio em saúde mental baseados na comunidade?
	5. A legislação garante o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção?
	6. A legislação promove a inclusão comunitária das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental?
	7. A legislação garante a participação significativa dos usuários dos serviços nas tomadas de decisão pública relacionadas à saúde mental?
	8. A legislação garante a responsabilização dos serviços de saúde mental?

Quadro 5 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a Igualdade e Não Discriminação[81].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a Igualdade e Não Discriminação	1. A legislação proíbe todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?
	2. A legislação garante o oferecimento de acomodações razoáveis nos serviços de saúde mental?
	3. A legislação previne a discriminação na obtenção de seguro de saúde adequado de provedores de seguros de saúde públicos e privados?
	4. A legislação proíbe as empresas de seguros de saúde de discriminar com base em condições de saúde mental preexistentes?
	5. A legislação não permite terminologias inadequadas, estigmatizantes e ultrapassadas relacionadas à saúde mental e a grupos marginalizados?

- continua -

[81] "2. Legislative content – 2.1. Ensuring equality and non-discrimination – Questions: 1. Does the legislation prohibit all forms of discrimination in mental health care, including in mental health services?; 2. Does the legislation ensure the provision of reasonable accommodation in mental health services?; 3. Does the legislation prevent discrimination in obtaining adequate health insurance from public and private health insurance providers?; 4. Does the legislation prohibit health insurance companies from discriminating on the basis of pre-existing mental health conditions?; 5. Does the legislation repeal inappropriate, stigmatizing and outdated terminology related to mental health and marginalized groups?; 6. Does the legislation mandate awareness raising activities to combat stigma and discrimination associated with mental health?; 7. Does the legislation afford persons using mental health services the same rights as persons using general health services?; 8. Does the legislation guarantee persons using mental health services the right to access information about their diagnosis and treatment?; 9. Does the legislation guarantee persons using mental health services the right of confidentiality of information about themselves and their diagnosis and treatment?; 10. Does the legislation guarantee persons using mental health services the right to privacy within those services?; 11. Does the legislation guarantee persons using mental health services the right to communicate with any person they choose?; 12. Does the legislation guarantee that persons using mental health services are given information about their rights in mental health services in an accessible manner?; 13. Does the legislation guarantee the provision of safe, hygienic and comfortable mental health services?; 14. Does the legislation guarantee the accessibility of facilities, services and information for persons with disabilities?" (WHO, 2023, p. 142-144).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	6. A legislação exige a realização de atividades de conscientização para combater o estigma e a discriminação associados à saúde mental?
	7. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?
	8. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de acessar informações sobre seu diagnóstico e tratamento?
	9. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à confidencialidade das informações sobre si mesmas, incluindo seu diagnóstico e tratamento?
	10. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à privacidade dentro desses serviços?
	11. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem?
	12. A legislação garante que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível?
	13. A legislação garante a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis?
	14. A legislação garante a acessibilidade das instalações, serviços e informações para pessoas com deficiências?

Quadro 6 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade Jurídica [82].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade Jurídica	1. A legislação exige o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?

- continua -

[82] "2. Legislative content – 2.2. Respecting personhood and legal capacity – Questions: 1. Does the legislation mandate the respect and protection of the right to legal capacity of all persons using mental health services, including those with psychosocial, intellectual and developmental disabilities?; 2. Does the legislation repeal legal provisions which authorize restrictions to legal capacity and substituted decision-making in mental health services?; 3. Does the legislation make supported decision-making available for persons using mental health services?; 4. Does the legislation include safeguards to ensure respect for the rights, will and preferences of the individual being supported in the exercise of their legal capacity, as well as to prevent abuse in the provision of supported decision-making?; 5. Does the legislation provide for children's evolving capacities to be taken into consideration in mental health-related decision-making?" (WHO, 2023, p. 145).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	2. A legislação revoga as disposições legais que autorizam restrições à capacidade jurídica e a tomada de decisões substitutivas nos serviços de saúde mental?
	3. A legislação torna disponível a tomada de decisão apoiada para as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental?
	4. A legislação inclui salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada?
	5. A legislação prevê que as capacidades evolutivas das crianças sejam levadas em consideração na tomada de decisões relacionadas à saúde mental?

Quadro 7 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas[83].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas	1. A legislação mantém o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?
	2. A legislação concede a crianças e adolescentes o direito de consentir ou recusar o tratamento, de acordo com sua idade e maturidade?
	3. A legislação prevê salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas, como a prescrição de medicamentos psicotrópicos e terapia eletroconvulsiva?

- continua –

[83] "2. Legislative content – 2.3. Informed consent and eliminating coercive practices – Questions: 1. Does the legislation uphold the right to free and informed consent within mental health services so that all support and treatment is provided voluntarily?; 2. Does the legislation grant children and adolescents a right to consent to, or refuse, treatment in accordance with their age and maturity?; 3. Does the legislation provide for safeguards to ensure full free and informed consent, and prevent coercion and potential abuses in the use of specific interventions, such as the prescription of psychotropic drugs and electroconvulsive therapy?; 4. Does the legislation prohibit all forms of coercive practices within mental health services, including seclusion and physical and chemical restraints?; 5. . Does the legislation prohibit medical or scientific research or experimentation on a person with mental health conditions and psychosocial disabilities, without their informed consent?; 6. Does the legislation provide for advanced planning options, and ensure their accessibility within all relevant mental health services?; 7. Does the legislation mandate advanced planning documents to be binding?; 8. Does the legislation establish a framework for supporting people experiencing crises?; 9. Does the legislation mandate the availability of community-based crisis support services?; 10. Does the legislation mandate the financing of non-medical crisis support services (e.g. peer support services, crisis houses)?; 11. Does the legislation ban all forms of coercion within the community, including community treatment orders and shackling?; 12. Does the legislation decriminalize suicide attempts?" (WHO, 2023, p. 146-148).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	4. A legislação proíbe todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas?
	5. A legislação proíbe a pesquisa ou experimentação médica ou científica em uma pessoa com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, sem o seu consentimento informado?
	6. A legislação prevê opções de planejamento antecipado/diretivas antecipadas e garante sua acessibilidade em todos os serviços de saúde mental relevantes?
	7. A legislação determina que os documentos de planejamento antecipado/diretivas antecipadas sejam vinculativos?
	8. A legislação estabelece um marco para apoiar pessoas em situações de crise?
	9. A legislação determina a disponibilidade de serviços de apoio comunitário para crises?
	10. A legislação exige o financiamento de serviços de apoio em crises não médicas (por exemplo, serviços de apoio entre pares, casas de crise)?
	11. A legislação proíbe todas as formas de coerção dentro da comunidade, incluindo ordens de tratamento comunitário e o uso de correntes/algemas?
	12. A legislação descriminaliza as tentativas de suicídio?

Quadro 8 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.4. Acesso a Serviços de Saúde mental de Qualidade[84].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.4. Acesso a Serviços de Saúde Mental de Qualidade	1. A legislação prevê um direito executável à saúde mental?
	2. A legislação considera a saúde mental igual à saúde física em termos de cobertura e qualidade dos serviços?

- continua –

[84] "2. Legislative content – 2.4. Access to high quality mental health services – Questions: 1. Does the legislation provide for an enforceable right to mental health?; 2. Does the legislation consider mental health as being equal to physical health in terms of coverage and quality of services?; 3. Does the legislation include or expand mental health coverage as part of national efforts towards universal health coverage?; 4. Does the legislation establish criteria for a needs-based allocation of services?; 5. Does the legislation institute earmarked funds for mental health, or progressive targets in their health budget, aimed at increasing mental health investment?; 6. Does the legislation contribute to ensuring that mental health services are gender-responsive?; 7. Does the legislation contribute to ensuring that mental health services are age-appropriate?; 8. Does the legislation contribute to ensuring that mental health services are culturally-appropriate?; 9. Does the legislation address the rights and needs of marginalized groups, including those experiencing systemic discrimination?; 10. Does the legislation provide for the training of health care and social care providers?" (WHO, 2023, p. 149 -150).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	3. A legislação inclui ou amplia a cobertura de saúde mental como parte dos esforços nacionais para alcançar a cobertura universal de saúde?
	4. A legislação estabelece critérios para a alocação de serviços baseada nas necessidades?
	5. A legislação institui fundos específicos para a saúde mental ou metas progressivas em seu orçamento de saúde, com o objetivo de aumentar o investimento em saúde mental?
	6. A legislação contribui para garantir que os serviços de saúde mental sejam sensíveis às questões de gênero?
	7. A legislação contribui para garantir que os serviços de saúde mental sejam apropriados para a faixa etária?
	8. A legislação contribui para garantir que os serviços de saúde mental sejam culturalmente apropriados?
	9. A legislação aborda os direitos e as necessidades de grupos marginalizados, incluindo aqueles que enfrentam discriminação sistêmica?
	10. A legislação prevê o treinamento de profissionais de saúde e de assistência social?

Quadro 9 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade[85].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade	1. A legislação prevê a integração da saúde mental na atenção primária à saúde e nos hospitais gerais?
	2. A legislação melhora a disponibilidade de bens de saúde mental e serviços na atenção primária?
	3. A legislação prevê a transformação dos serviços de saúde mental com base na comunidade e centrados nas pessoas?

- continua –

[85] "2. Legislative content – 2.5. Implementing mental health services in the community – Questions: 1. Does the legislation provide for the integration of mental health in primary health care and general hospitals?; 2. Does the legislation improve the availability of mental health goods and services at the primary care level?; 3. Does the legislation provide for the transformation of mental health service provision towards community based, person-centred responses?; 4. Does the legislation provide for the development of rights-based services in the community, including community mental health centres, crisis response services, community outreach services, among others?; 5. Does the legislation provide for the development of peer support services?; 6. Does the legislation allow for the creation of peer-led and peer-run services and for their operations to run alongside mental health services?; 7. Does the legislation provide for a deinstitutionalization policy with a clear action plan?; 8. Does the legislation provide for the redistribution of financial and human resources from institutions to community services?; 9. Does the legislation ensure that community-based mental health services and support are available in emergency situations and humanitarian contexts?; 10. Does the legislation stipulate that refugees, asylum-seekers and migrants are entitled to the same mental health care as citizens of the host country?" (WHO, 2023, p. 151-152).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	4. A legislação prevê o desenvolvimento de serviços na comunidade e fundamentados em direitos, incluindo centro de saúde mental comunitários, serviços de atenção em crises, serviços de busca na comundiade, dentre outros?
	5. A legislação prevê o desenvolvimento de serviços de apoio por pares?
	6. A legislação permite a criação de serviços liderados e oferecidos por pares para suas operações de apoio aos serviços de saúde mental?
	7. A legislação prevê a política de desinstitucionalização com um plano de ação claro?
	8. A legislação prevê a redistribuição de recursos humanos e financeiros de instituições para serviços na comunidade?
	9. A legislação garante que serviços de saúde mental de base comunitária e de apoio estejam disponíveis em situações de emergência e contextos humanitários?
	10. A legislação estabelece que refugiados, asilados e imigrantes tenham direito aos mesmos serviços de saúde mental que os cidadãos do país receptor?

Quadro 10 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas[86].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas	1. A legislação garante a plena e igual participação de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, bem como de suas organizações representativas, no desenvolvimento, implementação e monitoramento de legislações e políticas relacionadas à saúde mental?
	2. A legislação concede assentos em comitês permanentes de saúde mental, forças-tarefa temporárias ou órgãos de monitoramento para organizações de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais?

- continua –

[86] "2. Legislative content – 2.6. Ensuring full and effective participation in public decisions – Questions: 1. Does the legislation ensure the full and equal involvement of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities, as well as their representative organizations, in the development, implementation and monitoring of legislation and policies concerning mental health?; 2. Does the legislation grant seats on mental health standing committees, temporary task forces, or monitoring bodies to organizations of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities?; 3. Does the legislation regulate proper and transparent mechanisms and procedures for persons with mental health conditions and psychosocial disabilities to be consulted in decision-making processes related to mental health at the different branches and levels of government?" (WHO, 2023, p. 153).

- conclusão -

Dimensão	Perguntas
	3. A legislação regula sobre mecanismos e procedimentos adequados e transparentes para que pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais sejam consultadas nos processos de tomada de decisão relacionados à saúde mental nos diferentes ramos e níveis de governo?

Quadro 11 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização[87].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização	1. A legislação reconhece o direito de solicitar informações ou consultar ou obter uma cópia de documentos relacionados às autoridades, órgãos ou serviços públicos de saúde mental?
	2. A legislação estabelece um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?
	3. A legislação garante às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?
	4. A legislação garante que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?
	5. A legislação sobre responsabilidade profissional prevê sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações?
	6. A legislação exige a adoção de indicadores para medir, avaliar e revisar tanto o desempenho e impacto dos sistemas de saúde mental quanto o progresso na implementação dos direitos humanos no contexto da saúde mental?

[87] "2. Legislative content – 2.7. Ensuring accountability – Questions: 1. Does the legislation recognize the right to request information or to consult or obtain a copy of documents concerning public mental health authorities, bodies or services?; 2. Does the legislation establish an independent monitoring framework to monitor the situation of the rights of persons using mental health services?; 3. Does the legislation grant persons using mental health services the right to report complaints and initiate legal proceedings concerning any aspect of mental health care?; 4. Does the legislation ensure that complaint adjudicators, such as national human rights institutions or courts, provide remedies that are tailored to the individual and include redress and reparation? 5. Does the legislation on professional liability provide for effective civil, administrative or criminal sanctions and reparations?; 6. Does the legislation mandate the adoption of indicators to measure, evaluate and review both the performance and impact of mental health systems, and the progress towards implementing human rights in the context of mental health?" (WHO, 2023, p. 154-155).

Quadro 12 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade[88].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade	1. A legislação reconhece o direito das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais de viver de forma independente na comunidade?
	2. A legislação prevê o acesso de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais a serviços e apoio baseados na comunidade?
	3. A legislação garante que os serviços de saúde mental facilitem e apoiem os usuários dos serviços a viver, trabalhar e participar ativamente na comunidade?
	4. A legislação promove a integração da saúde mental nas políticas e programas setoriais pertinentes?
	5. A legislação cria um marco legal que favorece o estabelecimento e o funcionamento de organizações de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais?
	6. A legislação prevê o acesso à informação e aos serviços para as famílias de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais?

[88] "2. Legislative content – 2.8. Cross-sectoral reform for holistic service provision – a) Promoting community inclusion – Questions: 1. Does the legislation recognize the right of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities to live independently in the community?; 2. Does the legislation provide for access of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities to community-based services and support?; 3. Does the legislation ensure mental health services facilitate and support service users to live, work and actively participate in the community?; 4. Does the legislation promote the integration of mental health into pertinent sectoral policies and programmes?; 5. Does the legislation create an enabling legal framework for the establishment and functioning of organizations of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities?; 6. Does the legislation provide for access to information and services for families of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities?" (WHO, 2023, p. 156-157).

Quadro 13 - Dimensão 2 - Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça[89].

Dimensão	Perguntas
2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça	1. A legislação reconhece a plena capacidade das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais para participar de todos os processos legais?
	2. A legislação estabelece o direito das pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais de receber acomodações processuais individualmente determinadas em todos os processos legais?
	3. A legislação garante que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
	4. A legislação garante assistência jurídica gratuita ou acessível para pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em todos os procedimentos legais relacionados aos seus direitos fundamentais?
	5. A legislação limita a intervenção policial em crises e, quando inevitável, garante que seja isenta de discriminação e de qualquer uso de força ou coerção?
	6. A legislação reconhece a obrigação de fornecer acomodações e apoio adequados para prisioneiros com condições de saúde mental e deficiências psicossociais?
	7. A legislação prevê a formação de todo o poder judiciário em uma abordagem de saúde mental baseada em direitos humanos?

[89] "2. Legislative content – 2.8. Cross-sectoral reform for holistic service provision – b) Access to justice – Questions: 1. Does the legislation recognize the full capacity of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities to participate in all legal proceedings?; 2. Does the legislation establish a right for persons with mental health conditions and psychosocial disabilities to receive individually determined procedural accommodations in all legal proceedings?; 3. Does the legislation ensure that all substantive and procedural safeguards are afforded to persons with mental health conditions and psychosocial disabilities on an equal basis with others?; 4. Does the legislation ensure cost-free or affordable legal assistance to persons with mental health conditions and psychosocial disabilities in all legal procedures related to their fundamental rights?; 5. Does the legislation limit police intervention in crises and, when unavoidable, ensure it is free from discrimination and any use of force or coercion?; 6. Does the legislation recognize the obligation to provide appropriate accommodations and support for prisoners with mental health conditions and psychosocial disabilities?; 7. Does the legislation provide for the training of all judiciary on a human rights-based approach to mental health?" (WHO, 2023, p. 158-159).

Quadro 14 - Dimensão 3 – Processos de Elaboração e Legislativos[90].

Dimensão	Perguntas
3. Processos de Elaboração e Legislativos	1. Os processos de elaboração e legislativos envolvem a representação ativa de todos os principais grupos de partes interessadas, incluindo pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais e suas organizações representativas?
	2. As pessoas envolvidas no processo de elaboração são informadas e treinadas para compreender as obrigações de direitos humanos no âmbito da legislação internacional, incluindo as obrigações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)?
	3. As pessoas envolvidas no processo de elaboração são devidamente informadas sobre a situação do seu país e sobre as barreiras para a implementação de respostas em saúde mental baseadas em direitos?
	4. Foi realizada uma revisão rigorosa e abrangente da legislação nacional à luz das obrigações internacionais de direitos humanos?
	5. Houve um trabalho de construção de consenso para aprovar uma lei que incorpore diferentes perspectivas, incluindo as de pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais?
	6. Foram realizadas consultas amplas, inclusivas e acessíveis para garantir que diferentes partes interessadas, particularmente pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, apresentem comentários e sugestões?
	7. Foram realizadas ações de conscientização para garantir o apoio público?

[90] "3. Drafting and legislative process – Questions: 1. Do the drafting and legislative processes involve active representation from all principal stakeholder groups, including persons with mental health conditions and psychosocial disabilities and their representative organizations?; 2. Are people involved in the drafting process informed and trained to understand human rights obligations under international law, including the CRPD obligations?; 3. Are people involved in the drafting process reliably informed of their country's situation, and of barriers to implementing rights-based mental health responses?; 4. Has a rigorous and comprehensive review of national legislation been carried out in light of international human rights obligations?; 5. Has there been work in building consensus to pass a law that incorporates different perspectives, including those of persons with mental health conditions and psychosocial disabilities?; 6. Have broad, inclusive and accessible consultations been held to ensure that different stakeholders, particularly persons with mental health conditions and psychosocial disabilities, present comments and suggestions?; 7. Have awareness-raising actions been carried out to ensure public support?" (WHO, 2023, p. 160-161).

Quadro 15 - Dimensão 4 – Implementação e Avaliação[91].

Dimensão	Perguntas
4. Implementação e Avaliação	1. Foi nomeada uma agência para supervisionar a implementação da legislação?
	2. Foi adotada regulamentação ou outra orientação para guiar a implementação da legislação?
	3. Foram realizadas ações de conscientização para garantir que as partes interessadas tenham conhecimento e compreendam a legislação?
	4. Foi fornecido treinamento a todas as partes interessadas envolvidas na implementação da legislação?
	5. Os recursos financeiros máximos possíveis foram alocados para a implementação da legislação?
	6. Foram realizadas avaliações para assessorar a implementação da legislação?

Esta lista foi utilizada na análise dos casos de violações de direitos humanos identificados nos sistemas europeu e interamericano de proteção de direitos humanos no período de 2000 a 2023. Dessa forma, os itens foram relacionados para cada caso da amostra e detalhados na última coluna de cada quadro.

[91] "4. Implementation and evaluation – Questions: 1. Has an agency been appointed to oversee the implementation of legislation?; 2. Has regulation or other guidance been adopted to guide the implementation of legislation?; 3. Have awareness-raising actions been carried out to ensure that stakeholders have knowledge of, and understand, the legislation?; 4. Has training been provided to all stakeholders involved in the implementation of legislation?; 5. Have the maximum possible financial resources been allocated for the implementation of legislation?; 6. Have evaluations been conducted to assess the implementation of legislation?" (WHO, 2023, 162-163).

4 Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Minayo (2016) ressalta que a pesquisa científica reconstrói a realidade utilizando o método científico. Este, por sua vez, possibilita a reconstrução da realidade social como objeto de conhecimento, por meio de procedimentos e técnicas que abordam características específicas do objeto de estudo.

Os métodos de abordagem "esclarecem os procedimentos lógicos seguidos no processo de investigação científica dos fatos da natureza e da sociedade. (...). Possibilitam ao pesquisador decidir sobre o alcance de sua investigação, regras de explicação dos fatos e validade de suas generalizações" (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 26). Neste trabalho, utiliza-se o método de abordagem indutivo.

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 86):

> Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

No presente estudo, a generalização deriva de observações de casos da realidade concreta. Nessa perspectiva, a aproximação de fenômenos caminha geralmente a partir de planos cada vez mais abrangentes, iniciando-se de constatações particulares.

No que diz respeito ao procedimento, trata-se de estudo descritivo-comparativo dos casos de violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais analisados pela Corte Europeia de Direitos Humanos e pela Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos, no período de 2000 a 2023.

O método descritivo-comparativo é muito utilizado nas ciências humanas, visando-se recuperar dados históricos para explicar a realidade social de determinado fenômeno (SACARDO, 2009). A pesquisa descritiva, por sua vez, apresenta como objetivo descrever as características de determinado fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados. Nesta pesquisa, estuda-se o fenômeno da violação dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais nas Américas e Europa.

O método comparativo realiza comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências (GIL, 2011). Ocupa-se da explicação dos fenômenos e permite analisar o dado concreto, buscando elementos constantes, abstratos e gerais (LAKATOS; MARCONI, 2007).

São dois os momentos do método comparativo, o momento analógico, relacionado à identificação das similaridades entre os fenômenos; e o momento contrastivo, no qual são trabalhadas as diferenças entre os casos estudados (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998). Este estudo segue os dois momentos: primeiro identificando semelhanças entre as violações de direitos de pessoas com transtornos mentais e, posteriormente, trabalhando as diferenças e como um sistema pode contribuir com outro.

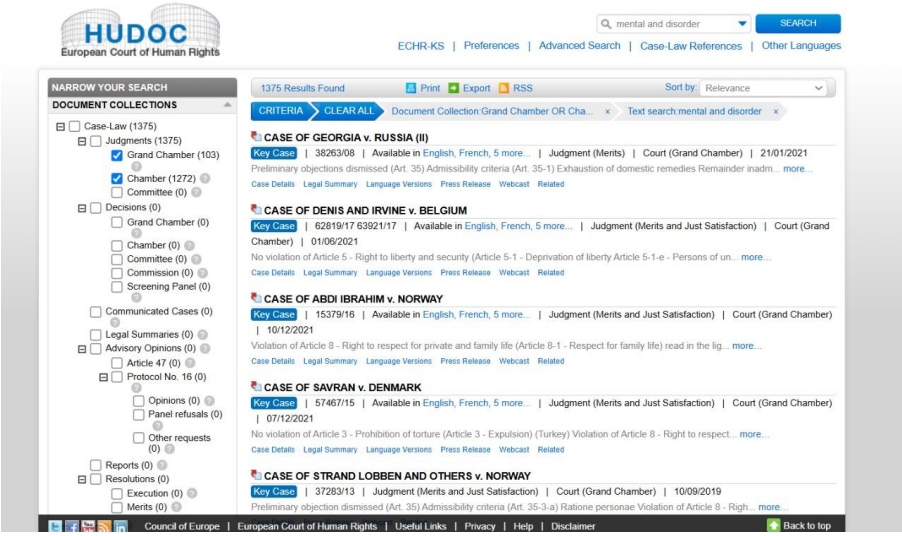
Desse modo, são comparadas as jurisprudências das duas Cortes de Direitos Humanos analisadas. A análise de jurisprudência representa abordagem fundamental para esta pesquisa com o objetivo de se compreender como o direito foi aplicado em situações semelhantes e as diferenças de fundamentos legais e razões lógicas nos casos de violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais ocorridos nos continentes europeu e americano no período deste estudo – 2000 a 2023.

Procedimento de Coleta de Dados

Corte Europeia de Direitos Humanos

Os registros foram extraídos por meio do site da Corte Europeia de Direitos Humanos <https://echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=home>, como demonstra a figura a seguir.

Figura 8 – Imagem do site de busca da Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: https://www.echr.coe.int/hudoc-database.

Foram utilizadas palavras-chave no próprio mecanismo de busca na plataforma, conforme a Tabela 1. Cada busca gerou um arquivo no modelo .xlsx (Excel) com os dados, recurso disponibilizado pelo site da instituição.

Tabela 1 - Palavras-chave utilizadas em cada busca e quantidades de registros extraídos.

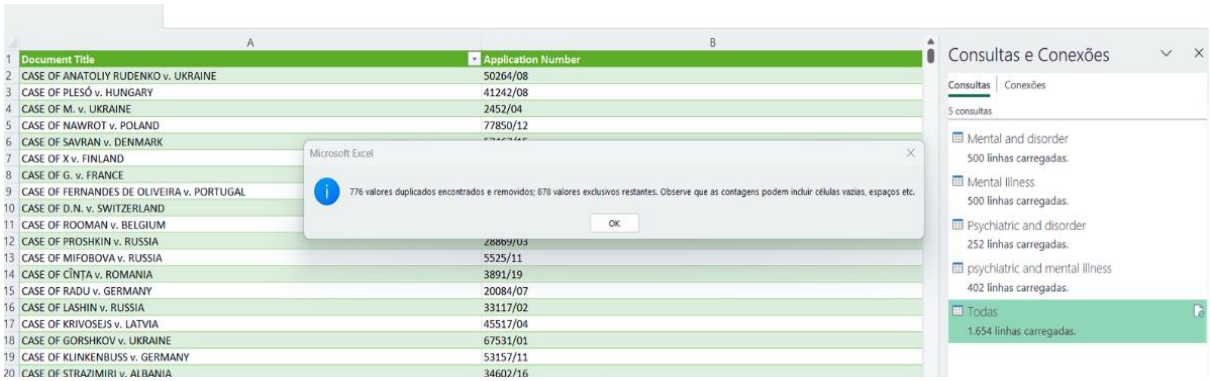
	Palavras - Chave	Quantidade de Julgamentos
Busca 1	"Mental and disorders"	500
Busca 2	"Mental and Illness"	500
Busca 3	"Psychiatric and disorders"	252
Busca 4	"Psychiatric and mental illness"	402
	Total	**1.654**

Fonte: Próprio estudo.

Para coleta dos dados no site, também foi utilizada a restrição de período: 2000 a 2023. As buscas foram realizadas no dia 28 de março de 2024.

Após, as tabelas foram mescladas, utilizando-se o programa *Power Qwerty* da Microsoft. Assim, foi gerada uma tabela única com informações de 1.654 julgamentos. Posteriormente, foram excluídos os julgamentos duplicados, os quais contabilizaram 776, restando para análise completa 878 julgamentos, conforme Figura 9.

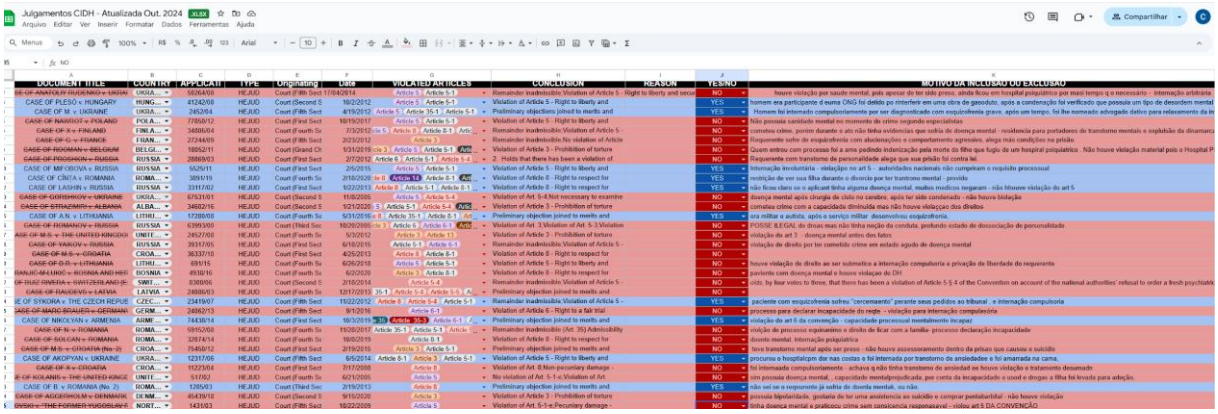
Figura 9 - Organização dos dados em tabela do *Power Qwerty*.



Fonte: Próprio estudo.

Durante a análise dos registros dos julgamentos, foi elaborado um banco de dados com as seguintes informações para análise: Título do documento; País; Número de registro; Artigos violados; Incluído - Sim / Excluído – Não; Conclusão; Motivo de inclusão ou exclusão; e Legislação interna, como demonstra a Figura 10 a seguir.

Figura 10 - Print da tabela do banco de dados com informações.



Fonte: Próprio estudo.

Para seleção da amostra foi considerado o seguinte critério de inclusão: julgamentos com violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. A definição de transtornos mentais utilizada foi a do Plano de Ação em Saúde Mental da OMS de 2013-2020[92]. Foram excluídas:

1. sentenças em que a Corte julgou não haver violação de direitos humanos;
2. sentenças em que a pessoa com transtorno mental tenha cometido qualquer tipo de crime ou ato ilícito, ou seja, casos de medida de segurança. A inclusão de pessoas com transtorno mental que cometeram delitos iria aumentar a variedade e acrescentar maior complexidade à análise dos casos de violações de direitos, afastando a pesquisa da busca de conhecer as violações ao direito à saúde e saúde mental de pessoas com transtornos mentais;
3. sentenças em que as questões de saúde mental ou transtornos de saúde mental resultaram das violações ocorridas.

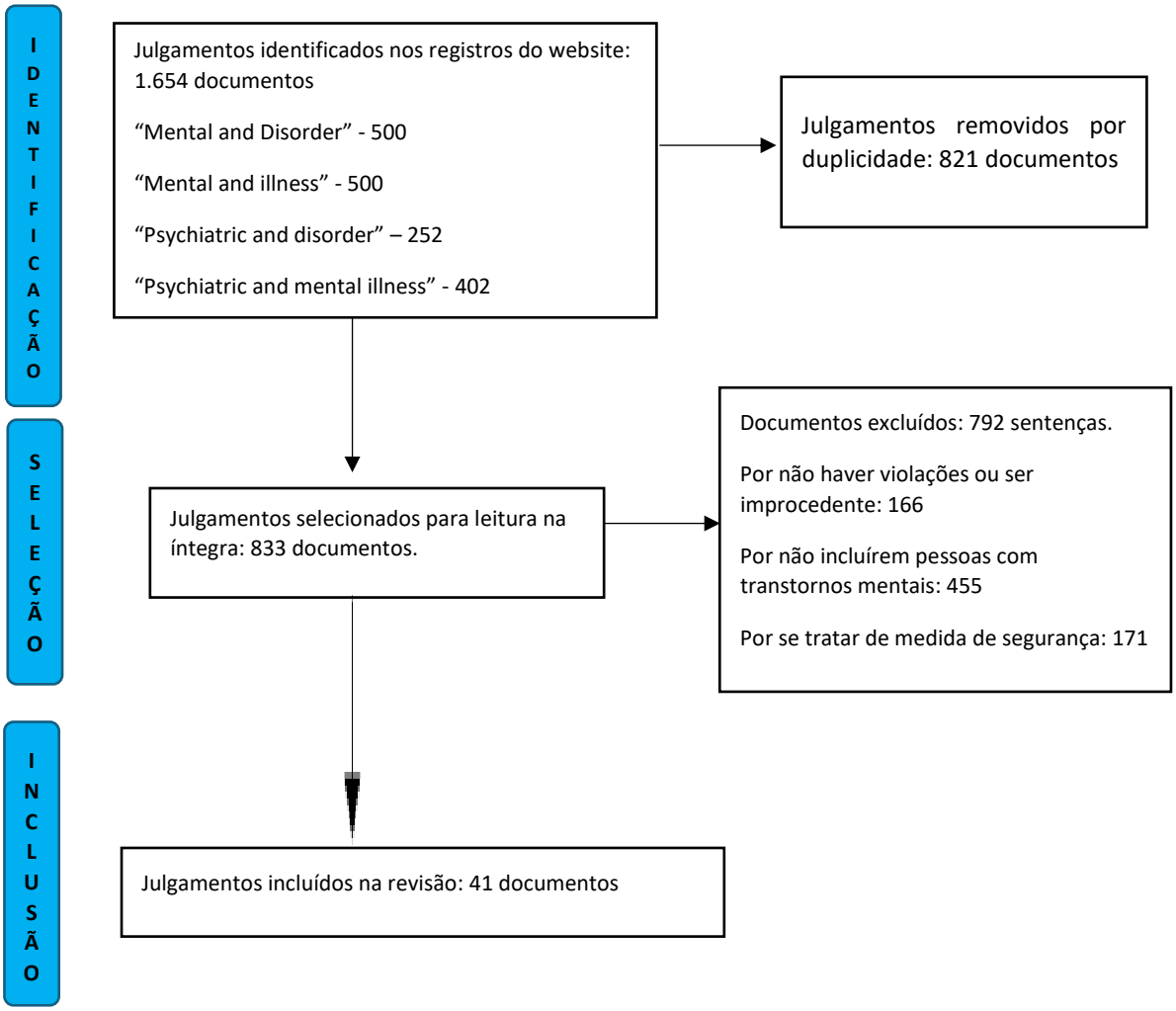
Por meio da busca realizada no website da Corte Europeia, utilizando a própria ferramenta de busca, foram obtidos 500 documentos/julgamentos com o termo "Mental and Disorder", 500 documentos com o termo "Mental and illness", 252 resultados com "Psychiatric and disorder" e 402 com "Psychiatric and mental illness", totalizando 1.654 documentos extraídos. Os dados iniciais dos documentos foram inseridos e organizados em planilha do Microsoft Excel para identificação das sentenças duplicadas, sendo excluídos 821 julgamentos.

Após a exclusão de sentenças duplicadas foi iniciada a leitura dos 833 documentos restantes para avaliar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. As sentenças, em inglês, foram lidas e relidas na íntegra. A partir desta leitura, 41 foram incluídas para a análise final e

92 Foram incluídos os transtornos mentais e de comportamento causados pela depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, demência e transtornos pelo uso de substâncias.

792 foram excluídas, sendo 166 por não haver violações ou serem improcedentes, 455 por não incluírem pessoas com transtornos mentais e 171 por se tratar de medida de segurança.

Figura 11 - Fluxograma de seleção de sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos.

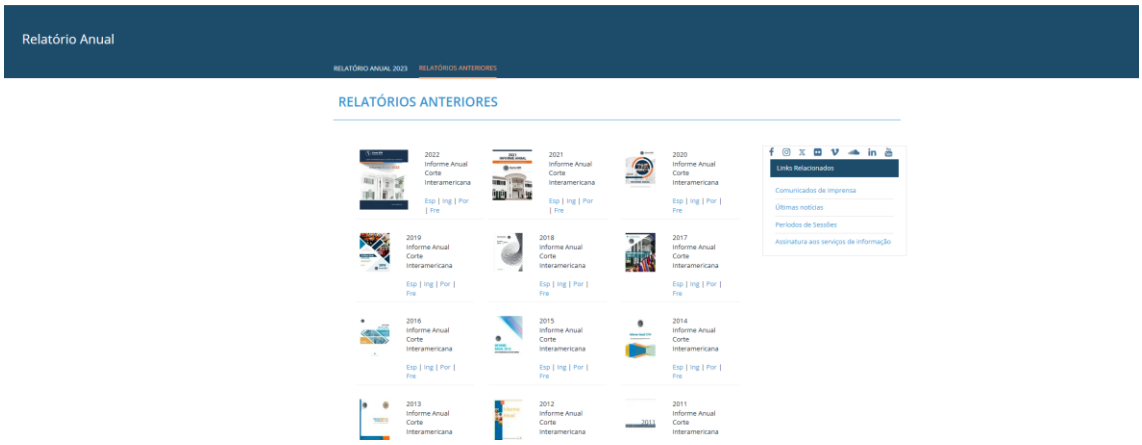


Fonte: Próprio estudo.

Corte Interamericana de Direitos Humanos

Para seleção de sentenças no site da Corte Interamericana de Direitos Humanos, https://www.corteidh.or.cr/index.cfm?lang=pt, buscou-se na aba "Sobre a Corte IDH", o item "Relatórios Anuais" dos anos de 2000 a 2023.

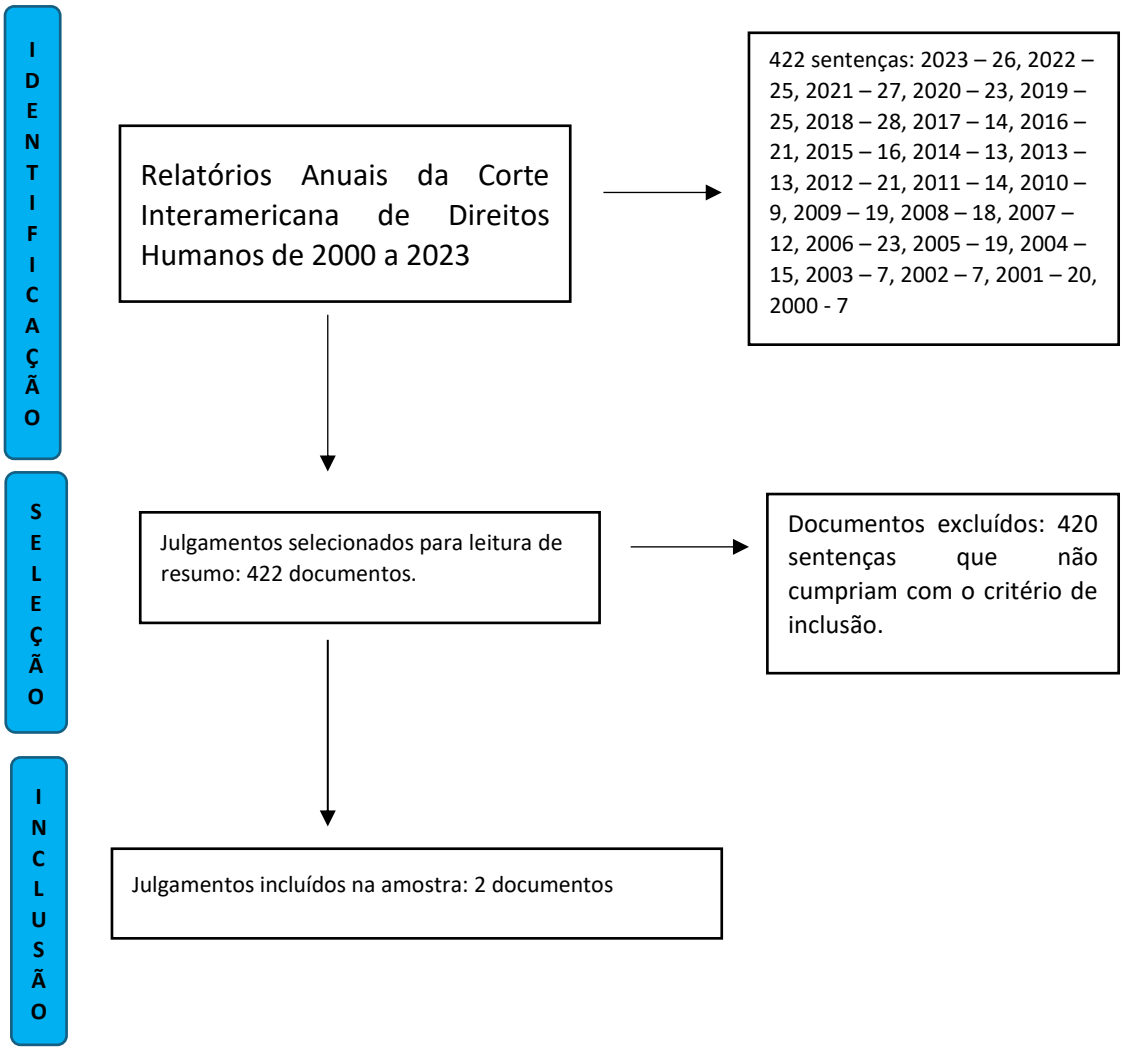
Figura 12 - Print da tela de Relatórios Anuais do site da Corte Interamericana de Direitos Humanos.



Fonte: https://www.corteidh.or.cr/informes_anuales.cfm?lang=pt.

Cada Relatório Anual sintetiza as sentenças proferidas no ano respectivo. Dessa forma, foram lidos e relidos os 24 Relatórios Anuais, de 2000 a 2023, para a seleção de sentenças que atendessem aos mesmos critérios de inclusão e exclusão utilizados na busca junto à Corte Europeia de Direitos Humanos. Inicialmente foram lidos os resumos de todas as 422 sentenças proferidas no período do estudo e, em caso de dúvidas, as sentenças eram lidas na íntegra para evitar perdas no procedimento de coleta de dados. Como resultado, foram selecionadas 2 sentenças. O fluxograma abaixo ilustra o processo de coleta de dados.

Figura 13 - Fluxograma de seleção de sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos.



Análise Documental

A pesquisa documental se propõe a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender fenômenos e conhecer a forma como os fenômenos têm sido desenvolvidos (SÁ-SILVA et al., 2009). Neste estudo, os documentos analisados foram as sentenças envolvendo violações de direitos de pessoas com transtornos mentais, levantados junto às Cortes Europeia e Interamericana de Direitos Humanos.

Após a leitura e releitura das sentenças na íntegra, foram extraídos os seguintes dados por meio de um roteiro estruturado: Caso, Ano da Sentença, Histórico, Direitos Violados, Reparações e Legislação utilizada pela Corte em sua análise dos fatos. Os textos em inglês e espanhol foram traduzidos (tradução livre) pela autora da tese.

Da leitura e interpretação dos dados, emergiram temas centrais relacionados às violações dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Os resultados foram apresentados em Quadros, divididos por países.

Após o tratamento inicial, as violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais foram interpretadas com base na lista de checagem inserida no documento **"Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: orientação e prática"**, lançado em outubro de 2023 pela OMS e detalhado anteriormente neste trabalho. Este documento substituiu o livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, publicado em 2005 (WHO, 2023). Foi desenvolvido entre agosto de 2020 e janeiro de 2023 por meio de um processo de colaboração que envolveu revisões da literatura, análise do arcabouço de proteção internacional dos direitos humanos, materiais técnicos relacionados à saúde mental, legislações nacionais, consultas a especialistas, governos, pessoas com experiência vivida, profissionais de saúde mental, acadêmicos, representantes da sociedade civil e de diferentes instituições de direitos humanos e que envolvem pessoas com deficiências e transtornos mentais (WHO, 2023).

A análise dos casos da amostra embasou-se nos temas centrais, discutidos à luz do referencial teórico apresentado neste estudo. Visando-se aprofundar a análise e compreensão dos achados, foram utilizados mapas, tabelas, gráficos e fluxogramas.

5 Da Jurisprudência da Corte Europeia e da Corte Interamericana de Direitos Humanos

5 DA JURISPRUDÊNCIA DA CORTE EUROPEIA E DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

5.1 Da Jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos

Alemanha

Quadro 16 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Alemanha que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Storck *versus* Alemanha Tema Central: **Internação involuntária** – violação do direito à liberdade e segurança e violação do direito ao respeito pela vida privada da requerente.	2005	Aos 15 e 16 anos, a requerente foi internada por sete meses no departamento psiquiátrico infantil da Clínica Universitária de Frankfurt a pedido do pai. Dos 18 aos 20 anos, ficou em uma ala trancada de uma clínica privada em Bremen, novamente a pedido do pai, devido a conflitos familiares e suspeitas de psicose. A requerente não havia sido colocada sob curatela, nunca assinou uma declaração consentindo com sua internação na instituição, e não houve nenhuma decisão judicial autorizando sua detenção em um hospital psiquiátrico. A clínica não tinha autorização legal para hospitalizar pacientes forçadamente. Durante sua internação, a requerente não conseguiu manter contato social com outras pessoas. Ainda, como teve poliomielite aos três anos, desenvolveu na clínica a síndrome pós-poliomielite. Ela também relatou isolamento social, medicação em doses excessivas e métodos abusivos usados para interrogá-la. A requerente iniciou, sem sucesso, processos nos tribunais nacionais buscando reparação pelos danos sofridos, decorrentes de diagnósticos incorretos, medicação inadequada e privação ilegal de liberdade. A Corte declarou que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção em relação à internação da requerente em uma clínica privada de 1977 a 1979; e violação do Artigo 8 da Convenção em relação à permanência da requerente em uma clínica privada de 1977 a 1979.	Artigo 5 § 1 Artigo 8 a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar à requerente, no prazo de três meses a partir da data em que o acórdão se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes montantes: (i) EUR 75.000 (setenta e cinco mil euros) a título de danos não pecuniários; (ii) EUR 18.315 (dezoito mil trezentos e quinze euros) a título de custas e despesas; (iii) qualquer imposto que possa ser aplicável sobre os montantes acima mencionados;	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 3. É garantido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação: 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 10. São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à privacidade dentro desses serviços?

- continua -

- conclusão -

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
			b) Decidiu que, após o término do prazo de três meses acima mencionado até o pagamento, serão aplicáveis juros simples sobre os montantes acima à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação: 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 10. São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à privacidade dentro desses serviços? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas: 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização: São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?

Quadro 17 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Alemanha.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	Na época da primeira internação da requerente na clínica em Bremen, as normas que regiam a detenção de indivíduos em hospitais psiquiátricos estavam previstas, principalmente, na Lei do Estado de Bremen de 16 de outubro de 1962 sobre a detenção de pessoas mentalmente insanas, deficientes mentais e dependentes químicos. O artigo 1(2) da lei estipulava que ela abrangia casos de confinamento contra a vontade ou sem o consentimento da pessoa envolvida. O artigo 2 da lei determinava que a detenção era legal se a pessoa, por sua conduta consigo mesma ou com outros, representasse uma grave ameaça à segurança ou ordem pública que não pudesse ser evitada de outra forma. Conforme o artigo 3 da lei, a detenção devia ser ordenada pelo tribunal distrital, mediante pedido escrito da autoridade administrativa competente. O artigo 7 da lei exigia que o pedido de detenção fosse acompanhado de um relatório pericial sobre a doença mental da pessoa envolvida, elaborado por um oficial de saúde pública competente ou por um especialista em doenças mentais. O relatório deveria indicar se e em que medida a pessoa, por sua conduta, representava uma ameaça grave à segurança ou ordem pública. De acordo com o artigo 8 da lei, o tribunal distrital deveria designar um advogado para a pessoa envolvida, caso isso fosse necessário para a proteção de seus interesses. Em 9 de julho de 1979, entrou em vigor uma nova Lei do Estado de Bremen sobre medidas de auxílio e proteção em casos de distúrbios mentais, substituindo as disposições da lei de 1962, com o objetivo de assegurar os direitos dos pacientes. O artigo 34 da nova lei estabeleceu um Conselho de Supervisão para Hospitais Psiquiátricos, encarregado de verificar, sem aviso prévio e pelo menos uma vez por ano, se os direitos dos pacientes detidos estavam sendo respeitados, bem como de receber suas reclamações.

Armênia

Quadro 18 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Armênia que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Nikolyan *versus* Armênia Tema Central: **Capacidade jurídica** – violação do direito a um processo equitativo por tribunal independente e imparcial e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2020	Em 2012, o requerente ajuizou ação solicitando divórcio de sua esposa e seu despejo do apartamento onde viviam. Alegou que a convivência estava insuportável, resultando em uma separação de fato. Argumentou também que o apartamento era propriedade comum e que, por lei, ele era o único proprietário. Em julho de 2012, a esposa do requerente iniciou processo para declará-lo incapaz. Alegou que ele havia se tornado irreconhecível e que havia ameaçado expulsá-la de casa e se vingar dela. O Tribunal Distrital ordenou que o requerente fosse submetido a um exame por um painel de especialistas psiquiátricos, solicitando que determinassem se ele era capaz de compreender o significado de suas ações e de controlá-las. O painel de especialistas psiquiátricos emitiu seu parecer após examinar o requerente e outras evidências, concluindo que o requerente sofria de transtorno delirante, o que o privava de capacidade para compreender o significado de suas ações e controlá-las. Em 14 de novembro de 2012, o filho do requerente também iniciou um processo "especial" buscando declarar o requerente incapaz, com base no fato de que ele sofria de um transtorno mental e precisava de cuidados especiais. Em 22 de novembro de 2012, o Tribunal Distrital decidiu suspender os processos de divórcio e expulsão até a resolução final das duas solicitações iniciadas em relação ao requerente após ele ter apresentado seu pedido de divórcio e despejo. Em 13 de dezembro de 2012, o Tribunal Distrital analisou o pedido apresentado pela esposa do requerente na presença deste e decidiu rejeitá-lo, destacando o conflito de interesses entre o requerente e sua esposa. Em 9 de janeiro de 2013, a esposa do requerente interpôs recurso contra essa decisão. Em 8 de fevereiro de 2013, o Tribunal Distrital, em uma composição diferente, deferiu o pedido apresentado pelo filho do requerente e declarou o requerente incapaz. Nenhum recurso foi interposto contra essa decisão, tornando-a definitiva em 11 de março de 2013. Em 20 de março de 2013, o órgão local de tutela e curatela nomeou o filho do requerente como seu curador com base na decisão de 8 de fevereiro de 2013. Em 31 de maio de 2013, o requerente, ao tomar conhecimento da decisão de 8 de fevereiro de 2013, interpôs recurso contra ela, argumentando que o Tribunal Distrital o havia declarado incapaz sem notificá-lo sobre a audiência. Em 11 de julho de 2013, o Tribunal de Apelação Cível revogou a decisão de 8 de fevereiro de 2013 e determinou um novo exame, com base no fato de que o requerente não havia sido notificado sobre a audiência	Artigo 6 § 1 Artigo 8 a) Decidiu que o Estado réu deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44, § 2 da Convenção, 7.800 EUR (sete mil e oitocentos euros), mais qualquer imposto que possa ser aplicável, a título de dano não pecuniário, a ser convertido na moeda do Estado réu à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o término do prazo de três meses acima mencionado até o pagamento, deverá ser pago juros simples sobre o valor acima indicado, a uma taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 5. É garantido o respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. É exigido o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento? 4. Há inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		do caso relativo à sua capacidade. Em 3 de outubro de 2013, o Tribunal Distrital realizou uma audiência preparatória na presença do requerente e decidiu juntar os pedidos apresentados pela esposa e pelo filho do requerente, examinando-os em conjunto. Em 29 de novembro de 2013, na presença do requerente, o Tribunal Distrital acolheu o pedido conjunto de sua esposa e filho e declarou o requerente incapaz com base no artigo 31 do Código Civil, baseando-se no parecer pericial psiquiátrico de 25 de setembro de 2012. O requerente apresentou recurso, rejeitado em 2014 pelo Tribunal de Apelação. Em 14 de agosto de 2014, o Tribunal Distrital decidiu retomar os processos de divórcio e despejo. Em 1º de outubro de 2014, o Tribunal Distrital atendeu ao pedido do filho do requerente e deu por encerrados os processos de divórcio e despejo, com base no fato de que a legislação interna autorizava um curador a retirar a reclamação de uma pessoa declarada incapaz, em nome dela. Em 2014, o requerente recorreu ao Ministério da Saúde e a um hospital psiquiátrico solicitando um novo exame. Todas as suas tentativas foram infrutíferas. O requerente também se dirigiu ao Tribunal Distrital, afirmando que seu estado de saúde exigia uma revisão, pois quase dois anos se passaram desde a avaliação psiquiátrica de 25 de setembro de 2012, que foi a única base para declarar sua incapacidade. O Tribunal respondeu que somente poderia solicitar o novo exame a pedido de seu curador. Em 11 de maio de 2015, o requerente, representado por advogados, iniciou um processo no Tribunal Distrital buscando ser declarado legalmente capaz. O Tribunal Distrital admitiu a solicitação do requerente e concedeu-lhe status processual como terceiro. Posteriormente, o Tribunal Distrital ordenou o exame do requerente por um painel de peritos psiquiátricos para determinar se ele era capaz. O painel concluiu que o requerente poderia estar sofrendo de "transtorno delirante", "delírio de ciúmes" e "mudança de personalidade levemente expressa relacionada à idade" e afirmou que um exame hospitalar era necessário, pois não conseguiu fazer um diagnóstico preciso da condição do requerente nem responder às perguntas do Tribunal Distrital. O advogado do requerente fez um pedido ao Tribunal Distrital solicitando um exame psiquiátrico ambulatorial, argumentando que um exame hospitalar prejudicaria a saúde mental e física do requerente. Quando o caso foi analisado pela Corte, esses processos ainda estavam em tramitação. Sua reclamação à Corte abrangia duas restrições ao seu acesso ao tribunal após ser declarado incapaz: em primeiro lugar, a impossibilidade de prosseguir com sua ação de divórcio e despejo; e, em segundo lugar, a falta de possibilidade de solicitar a um tribunal para restaurar sua capacidade. A Corte observou que, uma vez declarado incapaz, o requerente deixou de ter capacidade para agir perante os tribunais para prosseguir com sua ação de divórcio		e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça: 3. É garantido que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		e despejo e, só poderia fazê-lo por meio de seu curador. Assim, a legislação interna impôs uma proibição geral ao acesso do requerente ao tribunal em todas as esferas da vida. Declarou que houve violação do Artigo 6º, § 1 da Convenção, no que diz respeito ao direito de acesso do requerente a um tribunal, tanto em relação à terminação dos processos de divórcio e despejo quanto à impossibilidade do requerente de solicitar a restauração da capacidade jurídica. Declarou, também, que houve violação do Artigo 8º da Convenção, no que diz respeito à privação da capacidade do requerente.		

Quadro 19 - Síntese das legislações e instrumentos internacionais apresentados pela Corte e relacionados ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Armênia.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	O Código Civil de 1999 estabelece, em seu artigo 31, que uma pessoa que, devido a um transtorno mental, seja incapaz de compreender o significado de suas ações ou de controlá-las pode ser declarada incapaz por um tribunal, de acordo com o procedimento prescrito pelo Código de Processo Civil (CCP). As transações em nome de uma pessoa declarada incapaz são realizadas por seu curador. Um tribunal pode restaurar a capacidade jurídica de uma pessoa, caso cessem os motivos que levaram à sua declaração de incapacidade. A curatela é encerrada com base nessa decisão judicial. O artigo 32 prevê que a capacidade jurídica de uma pessoa pode ser restringida por um tribunal, de acordo com o procedimento prescrito pelo CCP, caso ela coloque sua família em uma situação financeira difícil devido ao abuso de álcool, drogas ou jogos de azar. A curatela é atribuída a tais pessoas. O artigo 33 §§ 1 e 2 dispõe que a tutela e a curatela são designadas para proteger os direitos e interesses de pessoas incapazes ou cuja capacidade jurídica tenha sido restringida. Os tutores e curadores defendem os direitos e interesses de seus tutelados em suas relações com qualquer pessoa, inclusive perante os tribunais, sem necessidade de autorização especial. O artigo 37 §§ 1 e 3 estabelece que um tutor ou curador é nomeado pelo órgão local de tutela e curatela. A nomeação de um tutor ou curador pode ser contestada em tribunal pelas pessoas interessadas. Ao nomear um tutor ou curador, são levados em consideração, entre outros fatores, a natureza do relacionamento entre o possível tutor/curador e o tutelado/curatelado e, se possível, os desejos do tutelado/curatelado. O Código de Processo Civil (1999-2018), em sua seção 2 da Parte 3, intitulada "Procedimentos Especiais", inclui o Capítulo 29 (Artigos 168-173), que regula o procedimento para declarar uma pessoa incapaz. O artigo 168 § 1 estabelece que um pedido para declarar uma pessoa incapaz pode ser apresentado por membros da família, por um órgão de tutela e curatela ou pela administração de uma instituição psiquiátrica. O artigo 169 § 1 prevê que o pedido deve indicar as circunstâncias que demonstrem o transtorno mental da pessoa, pelo qual ela seja incapaz de compreender o significado de suas ações ou de controlá-las. O artigo 170 dispõe que, se houver suspeita razoável de que uma pessoa sofre de transtorno mental, o juiz ordenará um exame psiquiátrico pericial para determinar o estado de saúde mental da pessoa em questão. O artigo 171 § 1 estabelece que o pedido para declarar uma pessoa incapaz deve ser analisado na presença de um representante de um órgão de tutela e curatela. A pessoa em questão pode ser convidada a participar da audiência, se seu estado de saúde permitir. O artigo 172 § 1 dispõe que o órgão de tutela e curatela nomeia um tutor ou curador com base em uma decisão judicial que declara a pessoa incapaz. O artigo 173 § 1 estabelece que, nos casos previstos pelo Código Civil, o tribunal declara uma pessoa recuperada e capaz com base em um parecer psiquiátrico relevante, mediante pedido apresentado pelo tutor/curador, por um membro da família ou pela administração de uma instituição psiquiátrica.

Documentos internacionais relevantes	Em 23 de fevereiro de 1999, o Comitê de Ministros do Conselho da Europa adotou a Recomendação nº R (99) 4 sobre os "Princípios relativos à proteção jurídica de adultos incapazes". Princípio 8 – Primazia dos interesses e bem-estar da pessoa envolvida - "1. Ao estabelecer ou implementar uma medida de proteção para um adulto incapaz, os desejos e sentimentos passados e presentes do adulto devem ser apurados, na medida do possível, e levados em consideração com o devido respeito. Esse princípio implica, em particular, que os desejos do adulto em relação à escolha de qualquer pessoa para representá-lo ou assisti-lo devem ser levados em consideração e, na medida do possível, respeitados". Princípio 12 – Investigação e avaliação - "1. Devem existir procedimentos adequados para a investigação e avaliação das faculdades pessoais do adulto. Nenhuma medida de proteção que restrinja a capacidade jurídica de um adulto incapaz deve ser tomada, a menos que [...] seja apresentado um relatório atualizado de pelo menos um especialista devidamente qualificado". Princípio 16 – Controle adequado - "Deve haver um controle adequado sobre a aplicação das medidas de proteção e sobre os atos e decisões dos representantes". Na mesma data, o Comitê de Ministros do Conselho da Europa adotou o Memorando Explicativo à Recomendação nº R (99) 4. O parágrafo 47 fornece a seguinte explicação do Princípio 8: "Este princípio implica, entre outras coisas, que a escolha de qualquer pessoa para assistir um adulto incapaz deve ser orientada pela adequação dessa pessoa para salvaguardar e promover os interesses e o bem-estar do adulto. Em algumas situações familiares, há conflitos de interesse bastante agudos e, embora o papel inestimável e insubstituível dos membros da família deva ser plenamente reconhecido e valorizado, a lei também deve estar ciente dos perigos que existem em certas situações de conflito familiar." A CDPD, em seu artigo 12, dispõe que: "1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de serem reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei. 2. Os Estados Partes devem reconhecer que as pessoas com deficiência possuem capacidade jurídica em igualdade de condições com as demais em todos os aspectos da vida. 3. Os Estados Partes devem tomar medidas apropriadas para fornecer acesso às pessoas com deficiência ao apoio que possam necessitar para exercer sua capacidade jurídica. 4. Os Estados Partes devem assegurar que todas as medidas relacionadas ao exercício da capacidade jurídica ofereçam garantias apropriadas e eficazes para prevenir abusos, de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Essas garantias devem assegurar que as medidas relacionadas ao exercício da capacidade jurídica respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesse e de influência indevida, sejam proporcionais e adequadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo menor tempo possível e estejam sujeitas a uma revisão regular por uma autoridade ou órgão judicial competente, independente e imparcial. As garantias devem ser proporcionais ao grau em que tais medidas afetam os direitos e interesses da pessoa. 5. Sujeito às disposições deste artigo, os Estados Partes devem adotar todas as medidas apropriadas e eficazes para garantir o direito igual das pessoas com deficiência de possuir ou herdar propriedade, controlar seus próprios assuntos financeiros e ter acesso igual a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e devem garantir que as pessoas com deficiência não sejam privadas arbitrariamente de sua propriedade."

Bulgária

Quadro 20 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Bulgária que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Anatoliy Marinov *versus* Bulgária Tema Central: **Capacidade jurídica** – violação do direito de todos à participação em eleições livres.	2022	Em 1999, o requerente foi diagnosticado com transtornos psiquiátricos, fato não contestado pelo governo. Com base nesse diagnóstico, em 12 de maio de 2000, o Tribunal Regional de Sliven colocou o requerente sob curatela parcial. Essa medida resultou, entre outras restrições, na aplicação do Artigo 42 § 1 da Constituição, que excluiu o requerente do direito de voto. O tribunal considerou que sua condição de saúde não permitia que ele cuidasse adequadamente de si mesmo e que ele apresentava episódios ocasionais de agressividade, mas a situação não era grave. Entre 2014 e fevereiro de 2017, o curador do requerente foi trocado duas vezes por razões logísticas. Em 4 de novembro de 2015, o requerente apresentou uma solicitação ao Tribunal Regional de Ruse para a restauração de sua capacidade jurídica, por meio de um advogado autorizado por ele e por seu curador. No entanto, em 15 de fevereiro de 2016, o tribunal encerrou o processo, alegando que, de acordo com a lei aplicável, o requerente só poderia ser réu nesse tipo de processo. Sem o endereço fornecido pelo curador para a convocação do requerente, o caso não poderia continuar. Essa decisão foi confirmada em 4 de maio de 2016 pelo Tribunal de Apelação de Veliko Tarnovo. Em 19 de maio de 2016, o requerente recorreu ao Supremo Tribunal de Cassação, alegando violação de seu direito de acesso direto e gratuito a um tribunal, conforme a Convenção. O Supremo Tribunal anulou a decisão e remeteu o caso ao Tribunal Regional de Ruse para reabertura. Em 19 de outubro de 2016, o Tribunal Regional de Ruse encerrou novamente o processo, afirmando que o curador do requerente não havia cumprido as instruções do tribunal para especificar o réu e fornecer um endereço para a convocação. Em 24 de janeiro de 2017, o Presidente da República da Bulgária convocou eleições parlamentares para 26 de março de 2017. O requerente foi impedido de participar devido à sua incapacidade legal declarada. Em 17 de maio de 2017, o requerente apresentou um novo pedido ao Tribunal da Cidade de Sófia para a restauração de sua capacidade civil. Em 7 de dezembro de 2017, o tribunal restaurou sua capacidade e encerrou a curatela, considerando que o requerente era capaz de gerir seus próprios interesses e compreender as consequências de seus atos. O requerente reclamou que a perda de seu direito de voto, decorrente de sua colocação sob curatela, violou seus direitos garantidos pelo Artigo 3 do Protocolo nº 1 da Convenção Europeia dos Direitos Humanos. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 3 do Protocolo n. 1 da Convenção.	Artigo 3 Protocolo n. 1 (a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que a decisão se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos em levs búlgaros à taxa aplicável na data do pagamento: (i) 3.000 euros (três mil euros), mais quaisquer impostos aplicáveis, a título de danos não patrimoniais; (ii) 1.926 euros (mil novecentos e vinte e seis euros), mais quaisquer impostos aplicáveis ao requerente, a título de custos e despesas, a serem pagos na conta bancária do Comitê Helsinki Búlgaro. (b) Decidiu que, a partir do vencimento do prazo de três meses acima mencionado até o pagamento, serão devidos juros simples sobre os valores acima à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimos do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 5. É garantido o respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. É exigido o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento? 4. Há inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada?

Quadro 21 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Bulgária.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	Direito ao voto de pessoas destituídas de sua capacidade jurídica: o Artigo 42 § 1 da Constituição da Bulgária de 1991 dispõe que "Todo cidadão com mais de 18 anos, com exceção daqueles que estão sob tutela ou cumprindo pena de prisão, terá liberdade para eleger autoridades estaduais e locais e votar em referendos." De acordo com o Código Eleitoral de 2014: Capítulo I - Lista de eleitores - Artigo 27 - "(1) Os nomes dos cidadãos que perderam o direito de votar na data das eleições ou que faleceram – assim como os nomes das pessoas para as quais este código prevê – devem ser removidos da lista de eleitores. ...; (3) ... [os nomes de] pessoas a quem a sua capacidade jurídica tenha sido restaurada ... serão adicionados à lista de eleitores mediante a apresentação do respectivo documento emitido pela [autoridade] municipal, regional ou pelo prefeito. ..."; Capítulo VII - Lista de pessoas removidas - Conteúdo da lista - Artigo 38: "(1) Uma lista de pessoas (que incluirá os seus endereços permanentes) que foram removidas do registro eleitoral é preparada – pelo diretor do Departamento de Registro Civil e Serviços Administrativos do Ministério de Desenvolvimento Regional e Obras Públicas. (2) A lista inclui os nomes, o número de identificação pessoal e os fundamentos para a remoção das pessoas que: estão sob tutela ..."

Croácia

Quadro 22 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Croácia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Gluhakovic *versus* Croácia Tema central: **Limitação e restrição de contato de pai com transtorno mental e sua filha menor de idade –** violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2011	Em fevereiro de 1999, o requerente casou-se com A., mas em julho, enquanto estava grávida, A. o deixou. Em 25 de dezembro de 1999, ela deu à luz uma filha, I.K. Diversos processos separados sobre o contato entre o requerente e sua filha I.K. foram conduzidos pelo Tribunal Municipal de Rijeka e pelo Centro de Bem-Estar Social de Rijeka. No início de 2000, o requerente pediu ao Centro de Bem-Estar Social que emitisse uma decisão regulando seu contato com I.K. Em 26 de abril de 2000, o requerente se queixou ao Centro de Bem-Estar Social, afirmando que via sua filha apenas uma hora por semana e que a criança, que começava a reconhecer rostos humanos, tinha medo dele, pois seu rosto não lhe era familiar. O requerente pediu para vê-la a cada quatro dias, pois trabalhava na Itália com uma escala que incluía três dias de trabalho seguidos de um dia livre. Em 4 de maio de 2000, o requerente foi visto por um psiquiatra, a pedido do Centro. O laudo psiquiátrico indicou que o requerente sofria de psicose paranoide e recomendou que o contato entre ele e I.K. fosse supervisionado pela mãe da criança ou outra pessoa. Essa conclusão foi reiterada em um relatório de 1º de junho de 2000. Em 10 de junho de 2000, o Centro de Bem-Estar Social emitiu uma decisão atribuindo a guarda de I.K. à mãe e determinando que os encontros entre o requerente e I.K. ocorressem todas as terças-	Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado demandado deverá pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 15.000 (quinze mil euros), mais quaisquer impostos que possam ser cobrados ao requerente, em relação ao dano não patrimonial, a ser convertido em kuna croata à taxa aplicável na data do	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados? 2. Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação - 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		feiras, das 9h30 às 10h30, no Centro de Aconselhamento de Rijeka, na presença da mãe e de um funcionário do Centro. Em 16 de junho de 2000, o Ministério do Trabalho e Bem-Estar Social anulou a decisão em primeira instância, alegando que era necessário realizar uma audiência oral antes de adotar uma decisão no caso. No entanto, os encontros continuaram sendo organizados no Centro de Aconselhamento. Em 19 de janeiro de 2003, o Centro de Bem-Estar Social emitiu uma nova decisão, ordenando encontros entre o requerente e I.K. todas as terças-feiras, das 9h30 às 11h30, no Centro de Aconselhamento, com a presença de um funcionário. O requerente apelou em 19 de janeiro de 2003, mas o recurso foi rejeitado em 7 de dezembro de 2004 pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Social. Ainda, em 21 de março de 2000, A. entrou com uma ação civil no Tribunal Municipal de Rijeka solicitando o divórcio do requerente. Em 24 de julho de 2002, o Tribunal do Condado de Rijeka adotou uma decisão de divórcio, ordenando que o requerente pagasse pensão alimentícia para I.K. Em 2 de março de 2005, o Centro de Aconselhamento elaborou um relatório sobre os encontros, destacando que o relacionamento entre o requerente e sua filha era bom, mas que os locais do Centro não eram mais adequados. Em 6 de setembro de 2005, um psicólogo do Centro afirmou que os encontros eram realizados em locais inadequados, como a cozinha e escritórios. Em 30 de novembro de 2006, o Tribunal Municipal de Rijeka decidiu que os encontros entre o requerente e I.K. continuassem todas as terças-feiras no Centro de Aconselhamento, com a presença de um funcionário. A decisão foi baseada em relatórios psiquiátricos que indicavam que o requerente sofria de psicose paranoide e que o contato deveria ser supervisionado. O tribunal não considerou o argumento do requerente sobre seu horário de trabalho. Em 19 de dezembro de 2006, o requerente apelou novamente, solicitando que os encontros ocorressem a cada quarto ou oitavo dia, incluindo feriados e férias escolares. Em 9 de março de 2007, o Tribunal Condado de Rijeka manteve a decisão do tribunal de primeira instância, sem considerar os argumentos do requerente sobre o horário das reuniões e seu trabalho. Em 5 de junho de 2007, o requerente entrou com uma queixa constitucional, reiterando seus argumentos. Em 25 de setembro de 2008, o Tribunal Constitucional rejeitou a queixa, sem comentar os argumentos sobre o horário das reuniões e a adequação dos locais. Em 8 de março de 2010, o Tribunal Municipal de Rijeka ordenou que o contato entre o requerente e I.K. ocorresse uma vez por semana, quando o requerente estivesse livre, por uma duração de três horas, na presença de uma terceira pessoa. Os pais deveriam encontrar uma solução quanto ao local dos encontros. O requerente alegou que essa decisão não foi devidamente cumprida, pois nenhum local adequado foi encontrado para os	pagamento; (b) Decidiu que, a partir do vencimento dos três meses acima mencionados até o pagamento, deverá ser paga uma taxa de juros simples sobre o valor acima, à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	11. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		encontros e a mãe da criança se recusou a permitir que ele se encontrasse com I.K. em seu apartamento. Para a Corte, o requerente reclamou que as autoridades nacionais não cumpriram sua obrigação positiva de garantir que seu direito de contato com I.K. fosse efetivo. O requerente argumentou que, ao decidir quando o contato entre ele e sua filha deveria ocorrer, as autoridades nacionais ignoraram seus argumentos sobre seu horário de trabalho e não encontraram um local adequado para os encontros, apesar de ele ter sugerido que os encontros acontecessem em seu apartamento em Rijeka. O requerente também reclamou sobre a decisão dos tribunais nacionais de que seu contato com I.K. deveria ser supervisionado devido ao seu transtorno mental; reclamou, ainda, que ele não tinha um recurso eficaz em relação à violação de seus direitos da Convenção; e que o fato de a custódia de I.K. ter sido concedida à sua ex-esposa violava também seus direitos. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção e que o Estado demandado deve garantir um contato eficaz entre o requerente e sua filha em um horário compatível com o horário de trabalho do requerente e em locais adequados, com base na sentença do Tribunal Municipal de Rijeka de 8 de março de 2010.		
Kruskovic *versus* Croácia Temas centrais: **Capacidade jurídica e direito de registrar como pai sua filha biológica** – violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2011	Em 25 de fevereiro de 2003, o requerente foi destituído de sua capacidade por decisão do Tribunal Municipal de Opatija. A decisão foi baseada em um relatório de um psiquiatra, que constatou que o requerente sofria de transtorno de personalidade orgânica e transtorno de personalidade antissocial como resultado do uso prolongado de drogas. O psiquiatra recomendou que o requerente fosse destituído de sua capacidade por um período de pelo menos cinco anos para se submeter a tratamento psiquiátrico. Em 2 de abril de 2003, o Centro de Bem-Estar Social de Opatija nomeou a mãe do requerente, Lj.I.G., como sua curadora. Em 29 de setembro de 2006, o Centro de Bem-Estar Social de Opatija nomeou o pai do requerente, D.K., como seu curador, uma vez que sua mãe havia adoecido. Em data não especificada, o mesmo centro nomeou a funcionária J.L. como curadora do requerente. Em 30 de junho de 2007, K.S. deu à luz uma filha, K., e nomeou o requerente como pai da criança. Em 17 de agosto de 2007, o requerente, com o consentimento da mãe da criança, declarou no Registro Civil de Nascimentos de Rijeka que era o pai da criança, sendo posteriormente registrado como tal na certidão de nascimento da filha. Em 14 de setembro de 2007, o requerente fez a mesma declaração perante o Centro de Bem-Estar Social de Rijeka. Em 19 de outubro de 2007, o Centro de Bem-Estar Social de Rijeka informou o Registro Civil de Nascimentos que o requerente havia sido destituído de sua capacidade jurídica. O Registro Civil de Nascimentos de Rijeka iniciou procedimentos no Escritório de Administração Estadual do Condado de	Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar ao requerente, no prazo de três meses a partir da data em que o acórdão se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, que devem ser convertidos em kunas croatas à taxa aplicável na data do pagamento: (i) 1.800 euros (mil e oitocentos euros), acrescidos de qualquer imposto aplicável, a título de danos não pecuniários; (ii) 100 euros (cem euros),	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 5. É garantido o respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. É exigido o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Primorsko-Goranska para anular o registro do requerente como pai de K. Em 29 de outubro de 2007, o Escritório do Condado decidiu pela alteração da certidão de nascimento da criança, anulando a nota anterior que indicava o requerente como pai, com base no fato de que, como pessoa destituída de sua capacidade jurídica, ele não tinha o direito de reconhecer K. como sua filha perante a lei. Essa decisão não foi entregue ao requerente, pois ele havia sido destituído de sua capacidade. Foi entregue à sua mãe. Em 21 de março de 2010, o Centro de Bem-Estar Social de Opatija ajuizou uma ação cível no Tribunal Municipal de Opatija contra o requerente, K.S. e K., buscando que o Tribunal Municipal reconhecesse que o requerente era o pai de K. O processo ainda está pendente. Para a Corte, o requerente reclamou que lhe foi negado o direito de ser registrado como pai de sua filha biológica. Na opinião da Corte, as pessoas na situação do requerente têm um interesse vital, protegido pela Convenção, em estabelecer a verdade biológica sobre um aspecto importante de sua vida privada e familiar, e em tê-la reconhecida legalmente. No caso em tela, a Corte considera que não foi alcançado um equilíbrio justo entre o interesse público em proteger pessoas destituídas de sua capacidade de fazer declarações prejudiciais a si mesmas ou a outros, e o interesse do requerente em ter sua paternidade de K. reconhecida legalmente. Nessas circunstâncias, a Corte concluiu que o Estado requerido não cumpriu sua obrigação positiva de garantir o direito do requerente ao respeito por sua vida privada e familiar. Houve, portanto, violação do Artigo 8 da Convenção.	acrescidos de qualquer imposto aplicável ao requerente, a título de custos e despesas; (b) Decidiu que, a partir do final do período de três meses acima mencionado, até o pagamento, será aplicado juros simples sobre os valores mencionados à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimos do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	4. Há inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada?

Quadro 23 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Croácia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Gluhakovic *versus* Croácia O Artigo 35 da Constituição da Croácia dispõe que: "Todos têm o direito ao respeito e à proteção legal da sua vida privada e familiar ..." A Lei de Família de 1998, em vigor até 22 de julho de 2003 estabelecida que: Seção 99: "Quando os pais não vivem juntos, um centro de bem-estar social decidirá com qual dos pais a criança deverá viver e, também ordenará a forma e o horário de contato com o outro pai, quando não for decidido por esta Lei que tal decisão deve ser adotada por um tribunal." Seção 100: "(1) Quando os pais não vivem juntos, o tribunal decidirá com qual dos pais a criança deverá viver e ordenará a forma e o horário do contato com o outro pai. (2) A fim de garantir o bem-estar da criança, o contato e os encontros entre a criança e o pai com quem ela não está vivendo poderão ser restritos ou proibidos, e, de acordo com as circunstâncias de cada caso, o tribunal poderá também designar uma pessoa que estará presente durante o contato."
	Kruskovic *versus* Croácia As disposições relevantes da Lei de Família (Obiteljski zakon, Diário Oficial nº 116/2003, 17/2004, 136/2004 e 107/2007) estabelecem: Seção 56: "(1) ... A paternidade pode ser reconhecida perante um oficial de registro civil, um centro de bem-estar social ou um tribunal ...". Seção 61: "(1) A mãe da criança deve dar consentimento para o registro do reconhecimento da paternidade. ...". Seção 73: "Um centro de bem-estar social pode apresentar uma ação civil visando estabelecer a paternidade até o décimo oitavo aniversário da criança". Seção 159: "(1) Um adulto que, devido a doença mental ou outras razões, não seja capaz de cuidar de suas próprias necessidades, direitos e interesses, ou que represente um risco para os direitos e interesses de outros, será parcial ou totalmente destituído de sua capacidade jurídica por decisão de um tribunal em processo não contencioso. (2) Antes de tomar uma decisão nos termos do parágrafo 1 desta seção, o tribunal deverá obter a opinião de um perito médico sobre as condições de saúde da pessoa em questão ...". Seção 162: "O centro de bem-estar social competente colocará sob tutela/curatela qualquer pessoa ... destituída de sua capacidade jurídica ...". Seção 179: "(1) O tutor/curador deve cuidar da pessoa, direitos, obrigações e bem-estar do tutelado/curatelado com a devida diligência, administrar seus bens e tomar medidas para permitir que o tutelado/curatelado tenha uma vida pessoal e profissional independente".

Eslováquia

Quadro 24 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Eslováquia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Tám *versus* Eslováquia Tema central: **Internação involuntária** – violação do direito à liberdade e segurança e violação do direito de recorrer a um tribunal sobre a legalidade da internação.	2004	Em 11 de agosto de 1993, o requerente procurou um médico, que o encaminhou para o hospital de Ružinov devido a problemas de saúde, afirmando que seu vizinho havia tentado envenená-lo. O médico diagnosticou esquizofrenia paranoide e solicitou que o paciente fosse internado. Segundo o requerente, ele permaneceu por cerca de dez minutos na unidade de recepção do hospital e recebeu duas injeções. Em seguida, foi levado contra sua vontade para o hospital psiquiátrico de Pezinok, de onde foi liberado em 26 de agosto de 1993 pelo médico-chefe. Em 19 de agosto de 1993, o Tribunal Distrital de Bratislava-vidiek decidiu que a internação do requerente no hospital psiquiátrico foi legal. Contudo, em 30 de abril de 1998, o Tribunal Regional de Bratislava anulou essa decisão, alegando que o tribunal de primeira instância não havia estabelecido os fatos relevantes e cometeu erros legais e processuais, incluindo a falta de decisões formais sobre a legalidade da internação e a nomeação de um curador para o requerente. O caso foi enviado de volta ao tribunal distrital para novo julgamento. Em 21 de janeiro de 1999, um juiz do Tribunal Distrital de Bratislava III informou ao requerente que o caso não seria processado, pois nunca houve uma ação formal sobre a legalidade de sua internação. Em 26 de fevereiro de 1999, o Tribunal Regional de Bratislava instruiu o Tribunal Distrital a tomar uma decisão sobre o caso. Em 6 de julho de 1999, o Tribunal Distrital de Bratislava III encerrou o processo. A decisão afirmava que o requerente havia sido liberado em 26 de agosto de 1993 e, portanto, as razões para dar continuidade ao caso desapareceram. O requerente apelou em 9 de agosto de 1999, alegando que sua privação de liberdade havia sido ilegal e que ele não havia sido informado de que um curador havia sido nomeado para representá-lo. Em 31 de maio de 2000, o Tribunal Regional de Bratislava confirmou a decisão do Tribunal Distrital de 6 de julho de 1999. O requerente reclamou que sua privação de liberdade havia sido ilegal. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 e do Artigo 5 § 4 da Convenção.	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar final de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 2.500 (dois mil e quinhentos euros) em compensação por danos não patrimoniais, a serem convertidos em coroas eslovacas à taxa aplicável na data do pagamento, mais qualquer imposto que possa ser aplicável; (b) Decidiu que, a partir do vencimento dos três meses acima mencionados até o pagamento, será aplicado juros simples sobre o valor acima indicado, à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, mais três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 3. É garantido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação: 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 10. São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à privacidade dentro desses serviços? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas: 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização: São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?
Berková *versus* Eslováquia Temas Centrais: **Capacidade jurídica e acesso à justiça** – violação do direito a um processo equitativo, num prazo razoável por tribunal independente e imparcial; violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar e violação do direito a recursos efetivos.	2009	Em 14 de abril de 1993, o Tribunal Distrital de Poprad restringiu a capacidade jurídica da requerente, impedindo-a de agir sozinha perante as autoridades públicas. O tribunal baseou-se na opinião de vários especialistas que concluíram que a requerente sofria de um transtorno mental decorrente de um desenvolvimento paranoico de sua personalidade. A requerente tinha delírios de perseguição, o que a levou a apresentar numerosas queixas e petições. A mãe da requerente foi nomeada sua curadora para os procedimentos relacionados à limitação de sua capacidade. Em 18 de abril de 1994, o Tribunal Regional de Košice confirmou a decisão em primeira instância, que se tornou definitiva em 26 de julho de 1994. Contudo, sua mãe não aceitou ser sua curadora, assim como seu irmão e irmãs. Em uma audiência realizada em 4 de dezembro de 1995, o município de Poprad propôs que uma funcionária, a Sra. Ch., fosse nomeada como curadora da requerente. Essa pessoa declarou que a requerente não confiava nela. O caso foi adiado, e o tribunal pediu ao município que indicasse outro funcionário do Escritório Municipal para atuar como curador. Em 18 de dezembro de 1995, o município de Poprad voltou a propor a Sra. Ch., mas, em uma carta de 15 de janeiro de 1996, a requerente declarou que discordava. Em 29 de janeiro de 1996, a Sra. Ch. informou ao tribunal que não conseguiu encontrar alguém disposto a assumir a função. O Tribunal Distrital decidiu que a Sra. K., uma representante do município de Poprad em audiências anteriores, deveria atuar como curadora. Tanto a Sra. K. quanto a requerente recorreram em março de 1996. Em 1º de abril de 1996, o recurso da Sra. K. foi enviado ao Ministério Público Distrital. Em 20 de junho de 1996, o Tribunal Regional de Košice anulou a decisão do Tribunal Distrital de 29 de janeiro de 1996. Em 16 de julho de 1996, o tribunal de primeira	Artigo 6 § 1 Artigo 8 Artigo 13 Rejeitou o pedido de indenização da requerente.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 5. É garantido o respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. É exigido o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há inclusão de salvaguardas

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		instância realizou cinco consultas para encontrar uma pessoa adequada, mas sem sucesso. Em 5 de setembro de 1996, o Tribunal Distrital decidiu que o Escritório Municipal de Poprad deveria atuar como curador da requerente. A decisão foi entregue à requerente, após várias tentativas, em 3 de dezembro de 1996. Em 11 de dezembro de 1996, a requerente recorreu. Em 21 de março de 1997, o Tribunal Regional de Prešov anulou a decisão de primeira instância, alegando que o Escritório Municipal não tinha capacidade legal para atuar como curador. Em 6 de maio de 1997, o Tribunal Distrital nomeou o município de Poprad como curador da requerente para todas as ações envolvendo sua relação com as autoridades públicas. Em 10 de julho de 1997, a requerente recorreu. Ela também questionou os juízes do Tribunal Distrital. Em 26 de janeiro de 1998, o Tribunal Regional de Prešov confirmou a decisão sobre a nomeação do curador e rejeitou o pedido da requerente para afastar o juiz do tribunal de primeira instância. A decisão tornou-se definitiva em 14 de abril de 1998. Em 21 de outubro de 1998, o município de Poprad propôs ao Tribunal Distrital de Prešov que fosse restabelecida a capacidade jurídica da requerente. Em 1999, o Tribunal Distrital nomeou um perito para avaliar a saúde da requerente e solicitou relatórios adicionais. Após a contestação da requerente contra o primeiro perito, outro foi nomeado. O novo perito, com auxílio psicológico, concluiu que a requerente sofria de um transtorno paranoico crônico, agravado desde 1993, e que ela não possuía capacidade de compreender os processos judiciais adequadamente. Com base no laudo, o tribunal decidiu não ouvir a requerente pessoalmente. Em 9 de novembro de 1999, o tribunal decidiu não restabelecer a capacidade legal da requerente, devido à continuidade de seus comportamentos paranoicos. Determinou que a requerente não poderia fazer novos pedidos de restauração de sua capacidade legal por um período de três anos. Em 5 de dezembro de 2000, o Procurador-Geral contestou a proibição de novos pedidos por três anos, argumentando que os pedidos da própria requerente não foram analisados adequadamente. O Supremo Tribunal rejeitou a apelação em 19 de dezembro de 2000, afirmando que o tribunal de primeira instância considerou todos os fatos relevantes. A decisão final manteve a limitação da capacidade legal da requerente, reforçando o caráter crônico de sua condição mental. A requerente casou-se com o Sr. B. em 22 de janeiro de 1977. O casal teve dois filhos, nascidos em 1979 e 1981. Eles se divorciaram a pedido da requerente em 1º de julho de 1991, mas voltaram a se casar em 30 de novembro de 1991. Em 21 de março de 1994, a requerente solicitou o divórcio ao Tribunal Distrital de Poprad. O marido concordou com o divórcio em 4 de maio de 1994. O processo foi transferido para o Tribunal Distrital de Prešov devido à alegação de parcialidade dos juízes de		para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça: 3. É garantido que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Poprad. O processo de divórcio foi suspenso em 6 de junho de 1995, enquanto aguardava a conclusão do caso relacionado à capacidade da requerente. A requerente tentou apelar da suspensão, mas sua capacidade limitada a impediu. O município de Poprad, como curador da requerente, confirmou em 1998 que o divórcio deveria ser julgado, mas pediu nova suspensão em 1999 enquanto aguardava a decisão sobre a restauração da capacidade da requerente. Em 28 de fevereiro de 2000, o Tribunal Distrital de Prešov concedeu o divórcio à requerente e ao Sr. B. A sentença foi enviada às partes em 20 de abril de 2000 e tornou-se definitiva em 16 de junho de 2000. Além do processo de divórcio, a requerente iniciou processo de divisão de bens materiais e relativo à pensão alimentícia. Para a Corte, a requerente reclamou que os procedimentos em seus casos foram injustos e excessivamente longos. A requerente também reclamou que os tribunais se recusaram a restaurar sua plena capacidade legal e que ela foi impedida de fazer um novo pedido nesse sentido por três anos. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 6 § 1 da Convenção em relação à duração dos processos em questão, que houve violação do Artigo 8 da Convenção, assim como do Artigo 13 em conjunto com o artigo 6 § 1 em relação à duração do processo de divórcio, processo de divisão de bens materiais e do processo relativo à pensão alimentícia da requerente.		

Quadro 25 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Eslováquia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Tám *versus* Eslováquia De acordo com a Constituição de 1992, nos termos do Artigo 11, os instrumentos internacionais sobre direitos humanos e liberdades fundamentais ratificados pela República Eslovaca e promulgados de acordo com os requisitos legais têm precedência sobre as leis nacionais, quando tais instrumentos internacionais garantirem um escopo mais amplo de direitos e liberdades fundamentais. O Artigo 144(1) estabelece que os juízes são independentes e vinculados apenas pela lei. Ainda, segundo o parágrafo 2 do Artigo 144, os juízes também estão vinculados por instrumentos internacionais quando a Constituição ou a lei assim dispuserem. As seguintes disposições relevantes do Código de Processo Civil estavam em vigor na época em que o requerente foi privado de liberdade: o Artigo 191a (1) dispunha que as instituições médicas deveriam informar um tribunal, no prazo de vinte e quatro horas, que uma pessoa havia sido internada em suas instalações contra a sua vontade; nos termos do Artigo 191b (1), o tribunal do distrito onde a instituição médica estava localizada deveria iniciar, por sua própria iniciativa, um processo para determinar se a privação de liberdade da pessoa em questão era justificada; o parágrafo 2 do Artigo 191b estabelecia que o tribunal deveria nomear um curador para a pessoa em questão, a menos que ela já tivesse um representante; de acordo com o parágrafo 3 do Artigo 191b, o tribunal deveria ouvir a pessoa em questão, bem como o médico responsável por seu tratamento, a fim de determinar se a internação na instituição médica era legal; o parágrafo 4 do Artigo 191b exigia que o tribunal decidisse, no prazo de sete dias após a internação da pessoa contra a sua vontade, se tal medida era legal; nos termos do Artigo 191c (1), essa decisão deveria ser comunicada, entre outros, à pessoa em questão, a menos que o médico indicasse que essa pessoa não era capaz de compreender o conteúdo da decisão. No que diz respeito ao Código Civil, de acordo com o Artigo 11, toda pessoa natural tem direito à proteção de sua personalidade, em particular de sua vida e saúde, dignidade civil e humana, privacidade, nome e características pessoais. Nos termos do Artigo 13 (1), toda pessoa natural tem o direito de solicitar que uma violação injustificada de seus direitos pessoais seja interrompida, que as consequências dessa violação sejam eliminadas e de obter a devida reparação. O Artigo 13 (2) dispõe que, nos casos em que a reparação obtida nos termos do Artigo 13 (1) for insuficiente, especialmente quando a dignidade e a posição de uma pessoa na sociedade tiverem sido consideravelmente diminuídas, a pessoa prejudicada tem direito a uma compensação por danos não patrimoniais. Conforme o parágrafo 3 do Artigo 13, ao determinar o valor dessa compensação, os tribunais devem levar em consideração a gravidade do prejuízo sofrido pela pessoa em questão, bem como as circunstâncias em que ocorreu a violação de seus direitos.
	Berková *versus* Eslováquia O Artigo 10 §§ 2 e 3 do Código Civil permite que os tribunais restrinjam a capacidade jurídica de indivíduos que, entre outros motivos, sofrem de um transtorno mental duradouro e, portanto, só conseguem realizar certas ações legais. A restrição da capacidade jurídica de uma pessoa, ou sua privação, deve ser cancelada ou ter seu alcance modificado quando os fundamentos que a justificaram mudarem ou deixarem de existir. No que diz respeito ao Código de Processo Civil, o Artigo 58 § 1 autoriza os tribunais a isentar uma parte da obrigação de cumprir um prazo que tenha sido descumprido por um motivo justificável. Um pedido nesse sentido deve ser apresentado no prazo de quinze dias a partir da data em que o obstáculo que impediu a parte de tomar a ação legal relevante tenha cessado. De acordo com o Artigo 186 § 3, em vigor à época relevante, uma pessoa privada de capacidade jurídica podia solicitar que ela fosse restaurada. No entanto, se um tribunal rejeitasse tal pedido e se não fosse esperado que a condição da pessoa melhorasse, os tribunais podiam impedir que essa pessoa apresentasse um pedido semelhante por um período adequado, que não poderia exceder três anos. A partir de 1º de outubro de 2004, o Artigo 186 § 3 foi alterado, reduzindo para um máximo de um ano o período durante o qual uma pessoa pode ser impedida de solicitar a restauração de sua capacidade jurídica. Em um comentário sobre essa alteração, justificou-se que o período original de três anos era excessivamente longo e capaz de afetar gravemente os direitos humanos de uma pessoa. Dado o progresso da ciência médica, considerou-se apropriada a redução desse período para no máximo um ano. O Artigo 187 § 2 dispõe que o tribunal pode deixar de ouvir uma pessoa cuja capacidade jurídica esteja para ser restringida, se não for possível ouvir essa pessoa de forma alguma ou se a audiência prejudicar sua saúde.

Finlândia

Quadro 26 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Finlândia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
K. e T. *versus* Finlândia Tema Central: **Limitação e restrição de contato de mãe com transtorno mental e seus filhos menores de idade –** violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2001	K., mãe de P. e M., enfrentou problemas de saúde mental desde 1989, quando foi diagnosticada com esquizofrenia e passou por várias internações psiquiátricas até 1993. Durante esse período, houve uma disputa de custódia envolvendo sua filha P., que foi transferida para a custódia de X em 1992. K. foi novamente hospitalizada por psicoses em 1992 e 1993, recebendo cuidados compulsórios em algumas ocasiões. Em 1993, sua mãe expressou preocupações sobre a saúde de K., mencionando que ela estava destruindo objetos e mostrando comportamentos agressivos. K. foi colocada sob observação em março de 1993, mas não foi considerada apta para cuidados compulsórios, permanecendo em cuidados voluntários até maio de 1993. Nesse período, alegou-se que X impedia os encontros de K. com seus filhos, e em 11 de maio de 1993, o Tribunal Distrital de R. limitou ainda mais o acesso de K. a P., baseado na recomendação médica de que os encontros não supervisionados prejudicariam o desenvolvimento mental de P. De acordo com os registros das autoridades de bem-estar social, M. apresentou sinais de problemas comportamentais. Em 30 de março de 1992, um psicólogo relatou que M. brincou com duas bonecas, fazendo comentários vulgares sobre atos sexuais. Em 17 de fevereiro de 1993, K. quebrou um espelho na presença de M., que repetiu várias vezes: "mamãe quebrou o espelho". Além disso, as anotações de 24 e 30 de março de 1993 indicam que M. demonstrava um comportamento destrutivo, tanto nas brincadeiras quanto nas imagens que desenhava. Ainda, as cenas em que K. buscava M eram descritas como "desagradáveis", com M. gritando e batendo em sua mãe, sem que ela reagisse. No entanto, foi notado que M deixou de brincar com bonecas em jogos com conotação sexual. Em 31 de março de 1993, autoridades de bem-estar social, juntamente com a mãe de K. e outros profissionais, discutiram a necessidade de intervenção na educação de M. A situação de K. e o comportamento de M. foram considerados problemáticos, com relatos de que K. havia ficado furiosa após uma intervenção de sua mãe, o que resultou em destruição de objetos. No dia seguinte, foi decidido que M. seria colocado em um lar de crianças por três meses como uma medida de apoio, conforme a Lei de Bem-Estar Infantil de 1983, para que fossem realizadas avaliações psicológicas. Em 3 de maio de 1993, uma decisão foi tomada para colocar M. em um lar de crianças, com a medida sendo considerada de curto prazo. Os solicitantes foram consultados anteriormente, em 8 de abril de 1993, sem oposição ao plano. Em 12 de maio de 1993, médicos concluíram que K. não estava em condições de cuidar de M. naquele momento, mas que sua saúde mental não impediria permanentemente tal cuidado. Em 7 de junho de 1993, as autoridades de bem-estar social relataram que, após	Artigo 8 Por unanimidade, a Corte determinou que o Estado réu deve pagar aos requerentes, no prazo de três meses: (a) por danos não patrimoniais, FIM 40.000 (quarenta mil marcos finlandeses) para cada um, totalizando FIM 80.000 (oitenta mil marcos finlandeses); (b) por honorários e despesas legais, FIM 65.190 (sessenta e cinco mil cento e noventa marcos finlandeses), menos FRF 2.230 (dois mil duzentos e trinta francos franceses) e EUR 2.871,54 (dois mil oitocentos e setenta e um euros e cinquenta e quatro centavos), a ser convertido em marcos finlandeses; Simples juros à taxa anual de 11% deverão ser pagos a partir do término do prazo acima mencionado até o pagamento integral.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados? 2. Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação - 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 11. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		uma visita de K. e T. ao lar de crianças, M. teve uma mudança significativa em seu comportamento, manifestando raiva e ódio. T. expressou cansaço da situação e sugeriu que K. precisaria de internação. Em 17 de junho de 1993, uma visita de K. e T. ao lar de crianças gerou um episódio preocupante: K. levantou a voz e agitou uma menina de 3 anos quando ela não respondeu à pergunta sobre seu nome, assustando as outras crianças. Em 11 de junho de 1993, a funcionária de bem-estar social que havia decidido em 3 de maio de 1993 colocar M. em um lar de crianças informou, por escrito, ao hospital universitário de T. e local de S. que estava muito preocupada com a saúde de K. e do bebê que ela carregava. A funcionária solicitou que os hospitais a contatassem assim que K. chegasse ao hospital, especialmente durante o parto, e pediu atenção especial à relação entre mãe e bebê desde o início. Em 18 de junho de 1993, K. foi levada a um hospital distrital, onde deu à luz a J. no mesmo dia. Segundo os registros do hospital, K. permaneceu calma durante o parto. Após o nascimento, uma decisão de cuidados de emergência foi tomada, e o bebê foi encaminhado para a ala infantil. O comportamento de K. no hospital foi considerado um pouco inquieto, mas não totalmente desordenado. Ela demonstrou entender a situação e queria deixar o hospital no dia seguinte. Medicamentos para prevenir a secreção de leite foram prescritos, e K. deixou o hospital no dia 19 de junho de 1993, sem exames pós-natais, indo para a casa de sua mãe e começando a empurrar um carrinho de bebê vazio. J. foi imediatamente colocado em cuidados de emergência, conforme a seção 18 da Lei de Bem-Estar Infantil de 1983. Após o nascimento, K. e T. foram informados da decisão por dois assistentes sociais no hospital. O Diretor Social, responsável pela decisão, observou que o estado mental de K. estava instável nos últimos estágios da gravidez e que a saúde do bebê estaria em risco, já que K. soubera dos planos de colocar o bebê em cuidados públicos. Ele também mencionou a incapacidade de T. de cuidar de ambos, J. e K., e a relutância de K. em aceitar orientações. Além disso, ressaltou as dificuldades de longa data da família, como a doença grave de K. e reações emocionais descontroladas, que poderiam ser traumáticas para as crianças. A decisão foi tomada sem que os solicitantes fossem ouvidos. Em 21 de junho de 1993, o Diretor Social também colocou M. em cuidados de emergência, alegando razões semelhantes às apresentadas para a decisão em relação a J. Em 21 de junho de 1993, o Conselho de Bem-Estar Social tomou conhecimento das ordens de cuidados de emergência e proibiu o acesso não supervisionado entre K. e J. e M. K. foi chamada a comparecer com T. ao escritório de bem-estar social em 22 de junho de 1993 para ser informada da decisão de 21 de junho de 1993. Em 24 de junho de 1993, K. e V. (pai biológico de M.) foram notificados por escrito da decisão. A notificação também foi enviada por fax para K. Em 22 de junho de 1993, K. foi hospitalizada voluntariamente no hospital de H. devido a psicose, após obter um encaminhamento de um médico de um centro de saúde. Ela foi tratada lá até 30 de junho de 1993. Em 18 de outubro de 1994, K. apelou		

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		contra a ordem de cuidados em relação a J., que havia sido confirmada pelo Tribunal Administrativo do Condado em 9 de setembro de 1993. Por decisão de 21 de janeiro de 1994, o Conselho de Bem-Estar Social colocou J. em um lar adotivo em uma cidade a cerca de 120 km da residência dos requerentes. M. se juntou a ela em 7 de fevereiro de 1994. Os pais adotivos não tinham filhos biológicos. Os funcionários de bem-estar social informaram aos requerentes e aos pais adotivos que a colocação de J. e M. duraria "anos". Em 28 de setembro de 1995, o Tribunal Administrativo do Condado rejeitou os recursos dos requerentes de 5 de abril de 1995, sem realizar uma audiência oral. O tribunal observou, entre outras coisas, que, de acordo com os atestados médicos, o estado de saúde de K. havia melhorado, mas sua vida emocional ainda estava instável. Ela, portanto, continuava a precisar de psicoterapia e medicação. Além disso, outra filha havia nascido para os requerentes e K. havia sido novamente tratada no hospital de H. Esses dois fatores causaram um estresse adicional, o que impedia a revogação das ordens de cuidados. O plano de cuidados e visitas dos requerentes aos seus filhos foi revisado quatro vezes. De acordo com os relatórios elaborados pelo supervisor que acompanhou as reuniões entre as crianças e os requerentes durante o período de 25 de maio de 1996 a 10 de janeiro de 1999, os adultos se davam bem nas reuniões. J. frequentemente jogava com M. Quando R. era menor, J. brincava sozinha, mas depois parecia que as meninas, J. e R., passavam mais tempo juntas. As autoridades sociais revisaram o plano de cuidados em 23 de novembro de 2000, após consultar os requerentes, entre outros. Foi decidido que as crianças permaneceriam no lar adotivo. De acordo com o plano de cuidados, M. e J. poderiam se encontrar com K. e T. e outras pessoas próximas a eles, a partir de 1º de janeiro de 2001 até 31 de dezembro de 2001, sem supervisão, uma vez por mês, alternadamente na casa dos requerentes e na casa dos pais adotivos. Durante esses encontros, as crianças também poderiam se encontrar livremente com outros parentes. Além disso, as crianças passariam um dia e uma noite com os requerentes a cada Natal, e duas semanas durante as férias escolares de verão. A mãe adotiva de J. e M. faleceu em maio de 2001. Tanto perante a Câmara original quanto perante a Grande Câmara, os requerentes alegaram que seu direito ao respeito pela vida familiar, conforme garantido pelo Artigo 8 da Convenção, havia sido violado devido à colocação de M. e J. em cuidados públicos. Os requerentes sustentaram que as autoridades nunca lhes deram a oportunidade de resolver seus problemas com o auxílio de seus familiares e das várias medidas de apoio fornecidas pelas autoridades sociais e de saúde. Em vez disso, as autoridades agiram apressadamente, impondo a ordem de cuidados emergenciais, que consideraram uma medida excessivamente drástica. Os requerentes também alegaram que as ordens de cuidados emergenciais já haviam sido tomadas previamente e só foram implementadas no momento do nascimento de J., não podendo, portanto, ser justificadas pelo comportamento de K. Em relação à J. em particular, os requerentes enfatizaram que		

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		ela foi colocada em cuidados públicos sem ter tido a oportunidade de estabelecer vínculo com os pais e ser amamentada pela mãe. Segundo os requerentes, ela deveria pelo menos ter sido entregue ao pai, que não tinha problemas que justificassem uma ordem de cuidados emergenciais. Consideraram chocante que a recém-nascida fosse retirada diretamente da sala de parto para os cuidados, com a decisão baseada apenas em especulações sobre um possível perigo para a criança, sem que os pais fossem consultados de nenhuma forma. Os pais não tiveram acesso à criança nos primeiros dias de vida. A Corte decidiu, por quatorze votos contra três, que houve violação do Artigo 8º da Convenção em relação à ordem de cuidados emergenciais concernente à J.; por unanimidade, a Corte decidiu que houve violação do Artigo 8º da Convenção devido à falha em tomar as medidas adequadas para reunir a família.		
H.A.L. *versus* Finlândia Tema Central: **Acesso à Justiça** – violação do direito a um processo equitativo, em prazo razoável e por tribunal independente e imparcial.	2004	O requerente nasceu em 1953 e residia em Helsinque. Em 4 de outubro de 1995, o escritório local do Instituto de Seguros Sociais concedeu ao requerente um subsídio diário de doença (benefício pago nos dias não trabalhados em razão de doença) devido à sua incapacidade para o trabalho a partir de 11 de setembro de 1995. Em 16 de outubro de 1995, esse subsídio foi estendido até 31 de outubro de 1995. Em 16 de outubro de 1995, o psiquiatra Dr. M.M., que tratava do requerente, considerou-o incapacitado para o trabalho de 11 de setembro de 1995 a 31 de março de 1996 devido à depressão e ansiedade. Com base nessa opinião, o requerente solicitou a extensão do subsídio diário de doença para o período de 1º de novembro de 1995 a 31 de março de 1996. O especialista médico consultado pelo escritório local, Dr. U.L., afirmou em 24 de outubro de 1995 que a alegada incapacidade para o trabalho era principalmente de natureza subjetiva e que os critérios para sofrimento mental grave não haviam sido atendidos. Apesar de não considerar o requerente incapaz de trabalhar, ele recomendou uma opinião de um psiquiatra antes de qualquer decisão. Em 27 de outubro de 1995, o psiquiatra Dr. K.K., com base nas informações disponíveis, concluiu que o requerente estava apto para trabalhar desde 1º de janeiro de 1995. Nem o Dr. U.L. nem o Dr. K.K. examinaram o requerente pessoalmente. Suas identidades e opiniões não eram conhecidas pelo requerente até que foram indicadas pelo Governo no decorrer do processo da Convenção. Em 15 de novembro de 1995, a Comissão de Seguro Social de Helsinque negou o pedido do requerente de extensão do subsídio até 31 de março de 1996, com base no artigo 14 da Lei do Seguro de Doença. Apesar de novos relatórios médicos (de 29 de março, 3 de julho e 15 de outubro de 1996) confirmarem a continuidade da incapacidade do requerente, seus pedidos de extensão do benefício para os períodos subsequentes (1º de abril a 30 de junho de 1996 e 1º de julho de 1996 em diante) também foram negados, sob a justificativa de ausência de novas informações relevantes. Em 25 de março de 1997, o Conselho de Apelação para Seguro Social rejeitou os recursos do requerente, citando razões semelhantes às decisões anteriores. Essas decisões enfatizavam	Artigo 6 § 1 a) Decidiu que o Estado requerido pague ao requerente, no prazo de três meses a partir da data em que a sentença se tornar definitiva de acordo com o artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores: (i) 4.000 euros (quatro mil euros) a título de danos morais; (ii) 1.500 euros (mil e quinhentos euros) a título de custos e despesas; (iii) qualquer imposto que possa ser aplicável sobre os valores acima mencionados; (b) Decidiu que, após o término do período de três meses mencionado acima, até a liquidação, seja	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		que o requerente era considerado apto para o trabalho e que os relatórios apresentados não justificavam uma mudança no posicionamento. Em 13 de outubro de 1997, a Instituição de Seguro Social recusou o pedido do requerente para ser submetido a um exame de sua capacidade para o trabalho por um especialista escolhido pela própria Instituição de Seguro Social. A Instituição ressaltou que a capacidade para o trabalho do requerente havia sido avaliada com base em documentação escrita em três ocasiões diferentes, cada vez por profissionais distintos. As decisões que negaram a extensão do subsídio diário de doença foram confirmadas por todas as instâncias de apelação e diziam respeito aos anos de 1995-96. A capacidade de trabalho do requerente naquele período não poderia mais ser avaliada por um médico que não o tratou na época. A capacidade de trabalho do requerente naquele momento já havia sido avaliada por médicos que o conheciam na época, e seus pedidos de extensão do subsídio foram decididos com base nas opiniões desses profissionais. Dentre os problemas alegados pelo requerente ressaltam-se: falta de exame pessoal por parte dos especialistas que emitiram pareceres contrários; omissão de informações relevantes (pareceres de especialistas) ao requerente durante o processo e rejeições fundamentadas em interpretações restritas, ignorando relatórios médicos consistentes que indicavam incapacidade. A Corte concluiu que houve violação do Artigo 6 § 1 da Convenção.	aplicado um juro simples sobre os valores acima mencionados, à taxa equivalente à taxa de juros marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas as salvaguardas substanciais e processuais às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Quadro 27 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Finlândia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	K. e T. *versus* Finlândia O artigo 1º da Lei de Guarda e Direito de Acesso à Criança define o que se entende por guarda da criança e o que se exige da pessoa que detém a guarda. A Lei de Guarda e Direito de Acesso à Criança exige que tanto os pais quanto as autoridades levem em consideração os desejos e opiniões da criança ao tomar e implementar decisões relativas à criança, se isso for possível em função da idade e do estágio de desenvolvimento da criança (artigos 4(2), 8, 9(4), 11, 34(1)(3); e artigos 34(2), 39(1) e (2) e 46(2)). Decisões judiciais sobre guarda e acesso não podem ser executadas contra a vontade de uma criança que tenha atingido 12 anos de idade. De acordo com a Lei de Bem-Estar Infantil ("Lei de 1983", alterada pela Lei nº 139/1990), uma criança que tenha completado 12 anos tem o direito independente de ser ouvida em decisões importantes relacionadas ao seu bem-estar e de recorrer contra tais decisões. Em situações em que a criança não reside com os pais ou em que estão separados por necessidade de proteção ou outro motivo relevante, a criança, em princípio, tem o direito de manter relações e contatos pessoais com os pais. Contudo, esse direito pode ser limitado com base em motivos específicos e por meio de procedimentos previstos em lei, por exemplo, quando houver perigo ou ameaça decorrente dos contatos ou com base no melhor interesse da criança (artigo 2 da Lei de Guarda e Direito de Acesso à Criança; artigos 19(2), 24 e 25 da Lei de 1983; artigos 9 e 10 § 2 da Convenção sobre os Direitos da Criança). De acordo com o artigo 1º da Lei de 1983, a criança tem direito a um ambiente seguro e estimulante para o seu crescimento, bem como a um desenvolvimento harmonioso e equilibrado, e possui um direito especial à proteção. O objetivo da Lei de 1983 é garantir que a criança receba, em todas as circunstâncias, o cuidado e a educação exigidos pela Lei de Guarda e Direito de Acesso à Criança. Quando os pais ou os responsáveis pela criança não conseguem proporcionar condições suficientemente seguras para o crescimento e desenvolvimento dela, o Conselho de Bem-Estar Social e seus funcionários devem tomar as medidas necessárias de acordo com a Lei de 1983. Essas medidas incluem a assistência em cuidados abertos referida nos artigos 12 a 14 e o dever de acolher uma criança e oferecer cuidados substitutivos conforme o artigo 16. Segundo o artigo 13(1) da Lei de 1983 (alterada pela Lei nº 139/1990), quando a necessidade de assistência infantil decorre principalmente de renda insuficiente, condições de vida inadequadas ou falta de moradia, ou quando esses fatores constituem um obstáculo sério à reabilitação de uma criança e sua família, ou de um jovem em processo de independência que tenha recebido assistência social antes de completar 18 anos, as autoridades locais devem fornecer suporte financeiro adequado sem demora e corrigir deficiências nas condições de moradia ou oferecer moradia conforme a necessidade. A assistência em cuidados abertos, referida no artigo 13(2) da Lei de 1983, inclui assistência geral de acordo com a Lei de Assistência Social (710/1982). Além disso, são mencionadas formas especiais de assistência, como ajuda voluntária ou de uma família de apoio; terapia adequada; atividades recreativas e de lazer; e assistência à criança em sua educação, treinamento, busca por emprego e moradia, bem como em suas necessidades pessoais, por meio de apoio financeiro e outros tipos de ajuda. A assistência deve ser prestada em cooperação com a criança ou jovem e os pais ou outras pessoas responsáveis por seu cuidado.

	H.A.L. *versus* Finlândia De acordo com a Lei do Seguro de Saúde uma assistência diária será paga a qualquer pessoa que sofra perda de renda devido à sua incapacidade para o trabalho. O artigo 14 define essa incapacidade como uma condição causada por uma doença e durante a qual a pessoa é incapaz de desempenhar seu trabalho habitual ou outro trabalho comparável. Segundo o artigo 31, subseção 1 (832/1996), da referida lei, o Conselho de Seguro Social tem a possibilidade de exigir que a pessoa segurada passe por exames médicos adicionais, podendo solicitar laudos médicos de especialistas na área de medicina em questão. Os membros do Conselho de Apelação para o Seguro Social são nomeados pelo Conselho de Estado por um período máximo de quatro anos, com a possibilidade de serem reconduzidos (artigo 54, subseções 2 e 3 da Lei do Seguro de Saúde). De acordo com o Decreto de 1964 sobre o Conselho de Apelação (422/1964), o Conselho deve ser composto por um Presidente, dois Vice-Presidentes e o número necessário de outros membros, que devem ser advogados, médicos ou pessoas experientes nas condições dos segurados. O Presidente e os Vice-Presidentes devem possuir diploma em Direito e experiência como juízes (artigo 2, com a redação alterada pelo Decreto n.º 1121/1995). O Conselho de Apelação pode reunir-se em câmaras formadas por um Presidente, pelo menos um advogado, um médico e dois membros experientes nas condições dos segurados (artigo 7, com a redação alterada pelo Decreto n.º 1121/1995). O voto de desempate, tanto nas sessões plenárias quanto nas câmaras, pertence ao Presidente (artigo 14). O Conselho de Estado pode, quando necessário, nomear um Presidente interino ou um membro temporário para substituir outro membro do Conselho (artigo 6, com a redação alterada pelo Decreto n.º 1044/1994). De acordo com o artigo 54, subseção 3, da Lei do Seguro de Saúde (com a redação dada pela Lei n.º 279/1999, em vigor a partir de 1º de abril de 1999), o direito de um membro do Conselho de Apelação de permanecer no cargo é regido pelas disposições relativas aos juízes profissionais. As regras relativas à possível imparcialidade de um membro do Conselho de Apelação encontram-se no Código de Processo Judicial, em conjunto com o artigo 76 da Lei de 1996 sobre o Procedimento Judicial em Matérias Administrativas (586/1996). Todos os membros do Conselho de Apelação devem ter feito ou devem prestar juramento judicial antes de assumir o cargo (artigo 9 do Decreto de 1964). Na época relevante, as regras processuais aplicáveis aos tribunais regulares também se aplicavam, em princípio, ao Conselho de Apelação, sendo o seu procedimento basicamente escrito (artigo 8; revogado pelo Decreto n.º 380/1999, adotado em conjunto com a alteração ao artigo 54 da Lei do Seguro de Saúde, que, na opinião do Governo, tornou possível a realização de audiências orais nos órgãos de apelação no campo do seguro social). Segundo o requerente, a legislação finlandesa nunca impediu que órgãos de seguro social realizassem audiências orais. Além disso, mesmo após a alteração de 1999, a lei tem sido interpretada de forma muito restritiva quanto à necessidade de audiências orais. O requerente faz referência à decisão de precedente do Supremo Tribunal n.º 2003:35, pela qual um caso foi devolvido ao Tribunal de Seguro para a realização de uma audiência oral com o objetivo de ouvir o depoimento de um médico que havia fornecido um resumo escrito de relatórios médicos relativos ao recorrente. O Tribunal de Seguro havia recusado o pedido do recorrente para uma audiência oral, considerando-a manifestamente desnecessária.

Hungria

Quadro 28 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Hungria que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Gajcsi *versus* Hungria Tema Central: **Internação compulsória** – violação do direito à liberdade e segurança.	2007	O requerente, nascido em 1955 e residente no Lar Social de Lad-Gyöngyöspuszta, na Hungria, foi internado compulsoriamente em 4 de novembro de 1999 no Hospital Psiquiátrico de Nagyatád devido ao seu comportamento errático, piromania e estado mental alterado. Sua internação foi regularmente revisada pelo tribunal até 22 de novembro de 2002. Em 2003, o tribunal distrital revisou novamente sua internação psiquiátrica e, com base em um parecer pericial que afirmava a necessidade de tratamento contínuo, ordenou sua prorrogação por período indefinido. O advogado do requerente recorreu, argumentando que a decisão era ilegal e não suficientemente fundamentada. Apesar disso, o tribunal regional manteve a decisão, considerando que o tratamento prolongado era necessário. Após várias apelações, em 27 de outubro de 2004, o Supremo Tribunal rejeitou a petição por inadmissibilidade. O requerente foi liberado do hospital em 24 de abril de 2003, mas alegou que sua privação de liberdade não havia sido devidamente justificada, violando seus direitos. O advogado do requerente argumentou que as decisões dos tribunais inferiores foram fundamentadas de forma insuficiente, apontando que a base legal para o tratamento compulsório não havia sido adequadamente explicada. Ele também destacou que a falta de comunicação adequada sobre as razões para o tratamento compulsório poderia constituir uma violação dos direitos do requerente segundo a Convenção Europeia de Direitos Humanos. No presente caso, a Corte observou que a legislação nacional relevante enfatiza o requisito de periculosidade para justificar a hospitalização e o tratamento compulsórios. No entanto, conclui que as decisões dos tribunais nacionais no caso em questão não apresentaram qualquer avaliação da alegada ou potencial "conduta perigosa" do requerente, seja nos termos da seção 199 ou da seção 200 da Lei de Saúde Pública. A Corte concluiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção.	Artigo 5 § 1 (a) Decidiu que o Estado requerido pague à requerente, no prazo de três meses a contar da data em que a sentença se tornar definitiva, de acordo com o artigo 44 § 2 da Convenção, 7.350 euros (sete mil trezentos e cinquenta euros) a título de danos morais, a serem convertidos na moeda nacional do Estado requerido à taxa aplicável na data do pagamento, acrescidos de quaisquer impostos que possam ser aplicáveis; (b) Decidiu que, a partir do final do período de três meses mencionado acima, até a liquidação, seja aplicado sobre o valor acima mencionado um juro simples à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?
Plesó *versus* Hungria Tema Central: **Internação compulsória** – violação do direito à liberdade e à segurança.	2012	Plesó não terminou o ensino superior e estava desempregado. Vivia sob as custas de sua mãe e avó. Em 2006, sua mãe consultou um psiquiatra, reclamando sobre o comportamento estranho do seu filho, que vivia perambulando pelas ruas, não tinha amigos e não tomava conta de si mesmo. Após várias consultas, o médico psiquiatra diagnosticou Plesó com um transtorno mental (esquizofrenia delirante). O diagnóstico não foi aceito por Plesó, que foi internado compulsoriamente por 3 meses, em 2008, com a justificativa de que seu comportamento era considerado ameaçador para sua mãe. Dessa forma, em 26 de novembro de 2007, a Dra. M. solicitou ao Tribunal Distrital de Dunakeszi a ordem para o tratamento institucional compulsório do requerente. Esse pedido foi feito por meio de um formulário pré-impresso, declarando que havia a possibilidade de a conduta do requerente se tornar perigosa devido a um transtorno mental. A Dra. M. preencheu o formulário acrescentando que a mãe do requerente havia pedido sua ajuda, pois suspeitava que seu filho tinha uma doença mental. A médica indicou que o requerente a havia procurado após ser notificado, que ele não trabalhava há oito anos, era sustentado pela mãe, vivia de forma isolada e não mantinha contato com ninguém. Por fim, acrescentou que ele tinha um temperamento explosivo em relação à mãe, que havia se mudado do apartamento devido ao comportamento ameaçador do paciente. A Dra. M. especificou que havia iniciado o processo para o tratamento compulsório do requerente depois que ele se recusou a receber aconselhamento por parte dela. O Tribunal Distrital então ouviu o requerente. Constatou que suas respostas eram desorientadas e inconsistentes. Foram feitas perguntas sobre seu estilo de vida e	Artigo 5 § 1 a) Decidiu que o Estado requerido deverá pagar ao requerente, no prazo de três meses a partir da data em que a sentença se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos na moeda do Estado requerido à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 10.000 (dez mil euros), acrescidos de quaisquer impostos que possam ser aplicáveis, a título de danos morais; (ii) EUR 2.500 (dois mil e quinhentos euros), acrescidos de quaisquer	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		hobbies, sua relação com a avó, sua disposição para aceitar um emprego, bem como sobre eventuais doenças. Ele afirmou que estava considerando a necessidade de arranjar um emprego e de buscar orientação de assistentes sociais ou ajuda médica de profissionais de saúde, exceto da Dra. M. Durante a audiência, o tribunal ordenou que a psiquiatra forense, Dra. H., elaborasse um parecer médico sobre a condição do requerente. Essa avaliação psiquiátrica foi realizada durante o intervalo da audiência, em aproximadamente quarenta minutos. A Dra. H. considerou que o requerente sofria de esquizofrenia delirante, caracterizada por delírios de grandeza, elementos de estilo de vida bizarros e uma percepção parcial de sua condição. Ela especificou que o tratamento do requerente era necessário, pois, do contrário, sua saúde pioraria, enquanto a terapia poderia melhorar sua condição. Em sua opinião, o requerente não conseguia cuidar de si mesmo, o que representava um perigo significativo para si próprio. Ela não estava convencida de que o requerente procuraria atendimento ambulatorial voluntariamente, mas sugeriu que a decisão sobre o tratamento compulsório fosse adiada por seis meses, para observar o comportamento do requerente. O juiz apontou que tal opção não era permitida pela legislação aplicável. No mesmo dia, o Tribunal Distrital ordenou o tratamento institucional compulsório do requerente. Baseando-se nos pareceres médicos, concluiu que ele sofria de esquizofrenia com delírios de grandeza e estava convencido de que ele representava um perigo para sua própria saúde por não se submeter voluntariamente ao tratamento psiquiátrico e por não cuidar de si mesmo. O tribunal afirmou que "o tratamento médico adequado melhoraria a condição [do requerente]" e que, se não tratado, sua saúde se deterioraria. Observou a declaração do requerente sobre sua disposição para buscar ajuda médica voluntariamente, mas não estava convencido de que ele realmente o faria. A decisão do tribunal foi baseada nos artigos 188(b) e 200(1) da Lei nº CLIV de 1997 sobre Saúde Pública ("Lei de Saúde") e no caso de referência do Supremo Tribunal (EBH2004.1130). Segundo Plesó, não foi "demonstrado de forma confiável que ele era uma pessoa com transtornos mentais. Em sua opinião, um paciente psiquiátrico só poderia ser hospitalizado se sofresse de uma condição grave com uma perspectiva razoável de deterioração e que colocasse seriamente sua saúde em risco caso não fosse tratada. Segundo o governo, a internação ocorreu de acordo com a legislação local e visando a não deterioração da saúde de Plesó. A	impostos que possam ser aplicáveis ao requerente, a título de custas e despesas; b) Decidiu que, após o término do prazo de três meses acima mencionado até o pagamento, juros simples incidirão sobre os valores acima à taxa igual à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Corte[93] estabeleceu três condições mínimas para a detenção legal de um indivíduo com base em transtornos mentais, conforme o Artigo 5.º § 1 (e) da Convenção: deve ser demonstrado de forma confiável que o indivíduo possui transtornos mentais, ou seja, um verdadeiro transtorno mental deve ser comprovado perante uma autoridade competente com base em avaliação médica objetiva; o transtorno mental deve ser de natureza ou gravidade que justifique a internação compulsória; e a validade da continuação da internação deve depender da persistência de tal transtorno. Segundo a Corte, ao ordenar a internação psiquiátrica do requerente, não foi considerado o caráter racional ou irracional de sua escolha de recusar a hospitalização, a natureza real do tratamento involuntário proposto, os benefícios médicos que poderiam ser alcançados com esse tratamento ou as possibilidades de aplicar um período de observação ou exigir que o requerente buscasse cuidados ambulatoriais. Nesse sentido, a Corte considerou lamentável que nenhuma importância tenha sido atribuída à falta de consentimento do requerente. Dessa forma, decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção.		

[93] Casos precedentes: Wassink *versus* Holanda (1990), Johnson *versus* Reino Unido (1997).

Quadro 29 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Hungria.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Gajcsi *versus* Hungria As disposições relevantes da Lei nº 154 de 1997 sobre Cuidados de Saúde estabelecem o seguinte: Artigo 188: "... b) A conduta perigosa é caracterizada por uma condição em que um paciente, devido ao seu estado mental perturbado, pode representar um grave perigo à sua própria vida ou integridade física, ou à de outros, ou à saúde, mas, dada a natureza da doença, a 'hospitalização urgente' [nos termos do artigo 199] não é justificada. Artigo 197 – Tratamento voluntário: "(1) O tratamento pode ser considerado voluntário se, antes da admissão na instituição psiquiátrica, o paciente [mentalmente] capaz tiver consentido por escrito. (2) Um paciente parcialmente ou totalmente incapaz pode ser submetido a tratamento em uma instituição psiquiátrica a pedido da pessoa mencionada nos artigos 16(1) e 16(2)." Artigo 198: "(1) Nos casos previstos nos artigos 197(1) e 197(2), o tribunal deve revisar regularmente a necessidade de hospitalização. Tal revisão deve ocorrer a cada 30 dias em hospitais psiquiátricos e a cada 60 dias em instituições de reabilitação psiquiátrica." Artigo 199 – Hospitalização urgente: "(1) O médico responsável deve tomar providências imediatas para internar o paciente em uma instituição psiquiátrica adequada se a conduta do paciente for iminente e perigosamente influenciada por sua doença psiquiátrica ou de dependência, e puder ser controlada apenas por tratamento urgente em uma instituição psiquiátrica. ... (2) O diretor da instituição psiquiátrica deve, dentro de 24 horas após a admissão do paciente, notificar o tribunal e tomar medidas para estabelecer a necessidade da admissão e a ordem de tratamento psiquiátrico compulsório. ... (5) O tribunal deve ordenar o tratamento compulsório de um paciente submetido à hospitalização urgente se a conduta do paciente for perigosa e o tratamento em uma instituição for necessário. (6) Antes de decidir, o tribunal deve ouvir o paciente e obter a opinião de um psiquiatra independente. ...(8) O tribunal deve revisar a necessidade do tratamento a cada 30 dias. (9) O paciente deve ser liberado da instituição psiquiátrica se o tratamento em instituição não for mais necessário." Artigo 200 – Tratamento compulsório" - (1) O tribunal deve ordenar o tratamento institucional compulsório de um paciente cuja conduta seja perigosa devido à sua doença psiquiátrica ou de dependência, mas cuja hospitalização urgente não seja justificada. ... (4) Antes de tomar a decisão, o tribunal deve ouvir o paciente, um psiquiatra forense independente e o psiquiatra que iniciou os procedimentos. ... (7) O tribunal deve revisar a necessidade de tratamento institucional compulsório nos intervalos especificados no artigo 198. ... (8) Um paciente submetido a tratamento institucional compulsório deve ser liberado assim que o tratamento não for mais necessário. ..." Artigo 201 – Regras processuais comuns: "(1) Nos procedimentos descritos neste capítulo, o tribunal deve agir por meio de procedimentos não contenciosos. Salvo disposição em contrário desta Lei ou da natureza não contenciosa dos procedimentos, o tribunal deve aplicar as disposições da Lei nº 3 de 1952 sobre Processo Civil, conforme apropriado. ...(4) Nos procedimentos judiciais, deve ser assegurada a representação adequada do paciente. ..."
	Plesó *versus* Hungria – foram mencionados os mesmos artigos do caso *Gajcsi* versus Hungria acima descritos.

Letônia

Quadro 30 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Letônia que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
L.M. *versus* Letônia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso ao prontuário médico** – violação do direito à liberdade e à segurança.	2011	Em 7 de março de 1999, o vizinho da requerente chamou o serviço de ambulância e a polícia municipal, informando que a requerente estava prestes a pular da janela de seu apartamento no quinto andar. Ele também relatou que a requerente estava gritando e xingando em seu apartamento, jogando papéis para fora e derramando água pela janela. Quando a ambulância chegou, a requerente se recusou a atender ao pedido do paramédico para abrir a porta, momento em que foram chamados os resgatistas. Eles entraram no apartamento da requerente através de uma janela e permitiram que o paramédico entrasse. A requerente disse ao paramédico que havia recebido ameaças e que a máfia a havia sequestrado e operado seus órgãos sem deixar marcas. Após observar que a condição geral da requerente estava satisfatória e que seu humor havia mudado durante a conversa, o paramédico sugeriu que a requerente poderia estar sofrendo de uma doença endógena e a levou para o hospital psiquiátrico de Liepāja no carro da ambulância. A requerente foi acompanhada ao hospital por sua mãe e um policial. No mesmo dia, a requerente foi internada para tratamento médico e teve medicamentos prescritos. Em 9 de março de 1999, um painel composto por três psiquiatras, incluindo o médico S. e outros dois médicos que trabalhavam na mesma instituição médica, concluiu que a requerente sofria de esquizofrenia paranoide e que era necessário continuar o tratamento médico em regime de internação. De 11 a 30 de março de 1999, a requerente foi submetida a tratamento médico em regime de internação em um hospital psiquiátrico. De 1º a 6 de abril de 1999, ela recebeu uma licença hospitalar, que foi prorrogada até 13 de abril de 1999, data em que recebeu alta hospitalar. Em várias ocasiões após sua alta hospitalar, a requerente solicitou à procuradoria de Liepāja a instauração de processos criminais em relação às alegadas ações ilegais do policial municipal e da equipe médica no momento de sua internação involuntária no hospital psiquiátrico. Ela recorreu à procuradoria distrital de Kurzeme contra as recusas de instaurar processos criminais. Seus recursos foram rejeitados em junho de 1999 e dezembro de 2001. A requerente apelou dessas decisões ao Gabinete do Procurador-Geral, que as rejeitou em maio e julho de 2003. Em 15 de março de 2000, a requerente solicitou à administração do hospital psiquiátrico de Liepāja os trechos de seu prontuário médico relacionados aos motivos de sua internação. Ela também buscou obter informações sobre o tratamento médico que recebeu durante sua estadia no hospital. Em 29 de março de 2000, o hospital informou à requerente que as informações solicitadas só seriam fornecidas mediante solicitação de um tribunal. A requerente alegou que sua internação involuntária em um hospital psiquiátrico, de 7 de março a 13 de abril de 1999, violou o Artigo 5 da Convenção. As provas foram suficientes	Artigo 5 § 1 a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar à requerente, no prazo de três meses a contar da data em que o acórdão se tornar definitivo, de acordo com o artigo 44, § 2, da Convenção, 9.000 euros (nove mil euros), acrescidos de quaisquer impostos que possam ser aplicáveis, a título de danos morais, e 200 euros (duzentos euros), acrescidos de quaisquer impostos que possam ser aplicáveis, por custos e despesas, a serem convertidos em lats letões à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados, até a liquidação, juros simples serão aplicáveis sobre os montantes acima mencionados a uma taxa igual à taxa marginal de empréstimos do Banco Central Europeu durante o	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 3. É garantido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação: 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		para permitir que a Corte concluísse que, na época dos fatos, o processo de internação involuntária, tanto na legislação quanto na prática, falhou em oferecer garantias contra confinamentos arbitrários em um hospital psiquiátrico. Nessas circunstâncias, a Corte considerou que a internação involuntária da requerente não pode ser considerada legal. Decidiu que houve uma violação do artigo 5.º, § 1, da Convenção.	período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas: 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização: São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?

Quadro 31 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Letônia.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	As partes relevantes da Lei sobre Tratamento Médico, conforme vigente na época material, dispõem: Seção 67 - "A assistência psiquiátrica será prestada de forma voluntária. A assistência por internação será prestada em um estabelecimento psiquiátrico, quando, em razão do estado de saúde do paciente, não puder ser oferecida de forma ambulatorial ou no local de residência do paciente." Seção 68 - Parte I - "O tratamento médico involuntário, seja por internação ou ambulatorial, será administrado apenas nas seguintes circunstâncias: 1. quando, devido ao transtorno mental, o comportamento do paciente representar perigo para a saúde ou vida dele próprio ou de outra pessoa; 2. quando, devido ao transtorno mental e à sua evolução clínica, o psiquiatra prever um comportamento perigoso para a saúde ou vida do paciente ou de outra pessoa; 3. quando o transtorno mental do paciente for tal que o impeça de tomar decisões conscientes e a recusa em submeter-se ao tratamento possa causar um grave agravamento da saúde ou condição social do paciente, ou resultar em uma perturbação da ordem pública." Parte II - Se o paciente tiver sido submetido à internação involuntária, um painel de [três] psiquiatras deve examinar o paciente dentro de setenta e duas horas e tomar uma decisão sobre o tratamento médico posterior. O painel deverá comunicar imediatamente a decisão ao paciente, seus parentes... Se for impossível informar as pessoas mencionadas [oralmente], elas serão informadas por escrito...". Seção 69 -Parte I - "Quando, devido a distúrbio mental ou doença psiquiátrica, uma pessoa cometer uma infração à paz, [a pessoa] será apreendida, escoltada e supervisionada pela polícia, de acordo com as disposições da Lei da Polícia."

Lituânia

Quadro 32 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Lituânia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
D.D. *versus* Lituânia Temas Centrais: **Capacidade jurídica, internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito a recorrer a um tribunal e violação do direito a um processo equitativo.	2012	A requerente, que apresenta histórico de transtornos mentais desde 1979, foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide contínua e considerada legalmente incapaz em 2000, após perícia médica. Seu pai adotivo solicitou a interdição e posteriormente tentou controlar aspectos de sua vida, incluindo seu acesso à pensão e sua internação em instituições de cuidado psiquiátrico, frequentemente contra a vontade dela. Entre 2004 e 2007, a requerente viveu em uma instituição de cuidados sociais, o Lar Kėdainiai, onde relatou dificuldades de adaptação e restrições severas, como limitação de visitas e controle de comunicação. Apesar de ter concordado formalmente com o tratamento, sua autonomia era questionada. Eventualmente, seu pai adotivo assumiu novamente sua curatela, mas o relacionamento continuou conturbado, resultando em episódios em que ela deixou tanto o cuidado institucional quanto a casa dele, sendo recapturada pela polícia. O relato também inclui intervenções de sua antiga curadora (D.G.), que contestou a influência de seu pai adotivo, alegando tentativas de apropriação indevida de bens e interferência na autonomia da requerente. Apesar das visitas regulares de amigos e familiares, o caso destaca a constante limitação da liberdade e dos direitos da requerente devido à sua condição de saúde mental e ao controle exercido por terceiros. Em 15 de julho de 2004, a requerente solicitou ao Hospital Psiquiátrico de Kaunas a mudança de	Artigo 5 § 4 Artigo 6 § 1 a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores: (i) 8.000 EUR (oito mil euros) por danos não patrimoniais;	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		curatela de seu pai adotivo para D.G., alegando que seu pai a internou no hospital à força e a privou de liberdade. O hospital recusou o pedido por não ter competência sobre tutelas e curatelas. Em 2 de setembro de 2005, com a ajuda de D.G., a requerente pediu à Justiça que reabrisse o processo de curatela e nomeasse um novo curador. Alegou que não foi informada ou convocada para a audiência de nomeação de seu pai adotivo como curador, violando leis locais. Reforçou que as tensões entre ambos eram conhecidas e que sua saúde mental não a impedia de se expressar sobre o assunto na época. Em 7 de novembro de 2005, o tribunal realizou uma audiência. A requerente reafirmou o pedido de reabertura do processo e sua vontade de sair da instituição onde estava internada. Alegou estar isolada, sem acesso ao mundo externo e que seu pai adotivo queria se apropriar de seus bens. No entanto, o tribunal rejeitou a solicitação em 17 de novembro de 2005, alegando que a nomeação inicial do curador seguiu recomendações de autoridades e que ele vinha cumprindo suas funções. O tribunal também multou D.G. por abuso processual, acusando-a de apresentar reclamações infundadas. D.G. recorreu, mas o recurso foi negado em 7 de fevereiro de 2006. O Supremo Tribunal também rejeitou um apelo subsequente de D.G. em 11 de maio de 2006 por questões processuais. Em 7 de fevereiro de 2007, o tribunal atendeu ao pedido do pai adotivo da requerente para ser liberado de suas funções de curador devido à sua idade avançada e problemas de saúde. O Lar de Kėdainiai foi nomeado curador temporário. Em 25 de abril de 2007, o Lar foi formalmente designado como curador e administrador permanente dos bens da requerente, sem a presença dela na audiência. Ao final, a Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 4 da Convenção, devido à impossibilidade da requerente obter sua liberação do Lar de Kėdainiai. Além disso, a Corte considerou que houve violação do Artigo 6 § 1 da Convenção, devido à falta de imparcialidade e justiça no processo de curatela.	(ii) 5.000 EUR (cinco mil euros) por custos e despesas; (iii) qualquer imposto que possa ser cobrado sobre os valores acima mencionados; b) Decidiu que, a partir do término dos três meses acima mencionados até o pagamento, deverá ser paga uma taxa de juros simples sobre os valores acima indicados, à taxa igual à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
A.N. *versus* Lituânia Temas Centrais: **Capacidade jurídica e internação compulsória** – violação do direito a um processo equitativo e violação do direito de respeito pela vida privada e	2016	O requerente iniciou o serviço militar, em 1989, na União Soviética. Relatórios médicos de 1990, elaborados por painéis de médicos de sua unidade militar, informam que foi diagnosticado com esquizofrenia. Como resultado, o requerente foi liberado do serviço militar. A partir de 2005, foi tratado mais de 15 vezes em instituições psiquiátricas. Em 2006, tentou suicídio, ateando fogo em seu corpo. Em resposta a uma solicitação de informações por parte de um promotor, em 14 de novembro de 2006, o Centro de Saúde Psiquiátrica do Distrito de Akmenė confirmou que o requerente estava sendo atendido lá desde 1999 e continuava em tratamento para esquizofrenia. Em 2004, os episódios da doença do requerente tornaram-se mais frequentes. No ano em que o requerente tentou cometer suicídio, ele não aceitava que estava doente. Foi internado no Hospital Psiquiátrico de Šiauliai, onde permaneceu cerca de um mês antes de ser liberado para cuidados ambulatoriais a seu próprio pedido. Desde julho de 2005, o requerente deixou de frequentar o Centro de Saúde Psiquiátrica do Distrito de Akmenė e de tomar sua medicação, pois se recusava firmemente a qualquer consulta com os psiquiatras. Ele também apresentava inúmeras reclamações a várias autoridades. Em 24 de novembro de 2006, a mãe do requerente solicitou a um promotor que iniciasse um processo com o objetivo	Artigo 6 § 1 Artigo 8 Não foram concedidas indenizações	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
familiar.		de declarar seu filho legalmente incapaz. Após examinar pessoalmente o requerente e analisar detalhadamente seus registros médicos, em 8 de janeiro de 2007, um psiquiatra concluiu que ele sofria de esquizofrenia paranoide e apresentava desconfiança extrema e fortes sentimentos de perseguição. Assim, o psiquiatra determinou que o requerente não conseguia compreender ou controlar adequadamente suas ações e observou que ele "não poderia participar de processos judiciais, não poderia ser interrogado e não poderia receber documentos judiciais". Em um formulário de uma página enviado ao Tribunal Distrital de Akmenė em 29 de janeiro de 2007, os serviços sociais do distrito marcaram uma opção indicando que "concordavam" com o pedido do promotor para que o requerente fosse declarado incapaz. Após determinar que o requerente era legalmente incapaz, por uma decisão de 6 de março de 2007, o Tribunal Distrital de Akmenė nomeou a mãe do requerente como sua curadora e administradora de seus bens. A decisão foi tomada em uma audiência pública na qual participaram a mãe, um promotor e um representante dos serviços sociais. A decisão especificou que o requerente não participou devido a problemas de saúde. O requerente foi internado à força no Hospital Psiquiátrico de Šiauliai em 9 de março de 2007, após apresentar sinais de agitação e comportamento agressivo em relação aos pais. A polícia e alguns bombeiros tiveram que arrombar a porta de seu apartamento para alcançá-lo. Em 11 de março de 2007, ele consentiu com o tratamento até 13 de março de 2007, quando recusou qualquer tratamento adicional por escrito. Em 13 de março de 2007, o Hospital Psiquiátrico de Šiauliai solicitou ao Serviço de Assistência Jurídica Garantida pelo Estado que fornecesse assistência jurídica ao requerente, que seria hospitalizado à força. O pedido foi atendido no mesmo dia, e um advogado foi designado para representá-lo. Mais tarde naquele dia, na presença de um psiquiatra e do advogado nomeado, o Tribunal Distrital de Šiauliai atendeu ao pedido do hospital psiquiátrico para a hospitalização forçada do requerente. O requerente teve alta do hospital em dezembro de 2008 e iniciou processos administrativos e judiciais relacionados à perda de sua capacidade, sem sucesso. Tendo examinado o processo de tomada de decisão e a fundamentação das decisões nacionais, a Corte concluiu que a interferência no direito do requerente à sua vida privada foi desproporcional ao objetivo legítimo perseguido. Assim, houve violação do Artigo 8.º da Convenção em razão da interdição total do requerente. Declarou também a violação do artigo 6 § 1 da Convenção.		proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?
Mockuté *versus* Lituânia	2018	Em 1992, a requerente foi internada por três semanas no Hospital Psiquiátrico de Kaunas, diagnosticada com transtorno de reação paranoide aguda. Seus pais relataram que ela havia se envolvido com a seita religiosa "Crentes em Deus" e apresentava agitação e desorientação. Continuou tratamento em Šiauliai, onde foi diagnosticada com psicose paranoide aguda. Sua condição piorou após atividades com outra seita religiosa, a seita Húngara. Em 1994, recebeu tratamento em Šiauliai e foi diagnosticada com paranoia. Os médicos observaram conflito interno devido à superproteção da mãe. Novamente, em 1996, foi tratada em Šiauliai e	Artigo 8 Artigo 9 (a) Decidiu que o Estado demandado deverá pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas Centrais: **Internação involuntária, acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental** – violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar e violação do direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião.		diagnosticada com depressão endógena moderadamente grave e liberada após recusar continuar o tratamento. Obteve diploma em Direito e, em 1997, estudou por dois anos nos EUA após vencer uma competição para pós-graduação. Em 2002, seu pai adoeceu com câncer, e ela sofreu estresse e um acidente de carro. Foi diagnosticada com transtorno de estresse pós-traumático no hospital Volte, onde ficou uma semana internada. Em dezembro de 2002, a empresa onde trabalhava foi liquidada. Posteriormente, conseguiu um cargo como advogada no Ministério da Economia. Em 7 de maio de 2003, a requerente, que trabalhava no Ministério da Economia em Vilnius, chegou ao trabalho, mas, devido a uma sensação de exaustão, pediu uma folga. Quando sua chefe recusou, ela se agitou, bateu portas e saiu correndo do escritório. Deixou seu carro na rua e, em seguida, retornou ao seu apartamento, despindo-se e gritando na varanda. Sua mãe, incapaz de se comunicar com ela, pediu ajuda a um primo. À noite, sua irmã e o primo chamaram uma ambulância, e ela foi levada à força ao Hospital Psiquiátrico de Vilnius. No hospital, a requerente recusou assinar a autorização para sua internação e tratamento, mas seu primo assinou em seu lugar. Ela foi contida fisicamente três vezes e recebeu neurolépticos. Após ser avaliada por psiquiatras, foi colocada sob um regime estrito de cuidados, sendo supervisionada 24 horas por dia. De 13 de maio a 5 de junho, sua condição foi mais controlada, mas ela ainda necessitava de acompanhamento para caminhar dentro do hospital. Em 5 de junho, o regime de cuidados foi suavizado, permitindo-lhe caminhar sozinha em certos horários. Seus registros médicos indicaram que ela não tinha plena consciência de sua doença. Ao longo de seu tratamento, ela passou a ter uma atitude crítica em relação ao seu comportamento psicótico e se mostrou mais clara e estável. Em 26 de junho de 2003, foi liberada do hospital após 52 dias de internação. O diagnóstico foi de transtorno psicótico transitório, e a requerente prometeu continuar o tratamento ambulatorial. Em 17 de junho de 2003, enquanto a requerente estava internada no hospital psiquiátrico, o programa *Srovės* foi transmitido, revelando informações sobre um centro de meditação não registrado, alegando que, após participar de meditações intensas, a requerente foi internada em um hospital psiquiátrico. A mãe e a irmã da requerente foram exibidas durante o programa e identificadas pelos seus verdadeiros nomes. Em 14 de agosto de 2003, no site do Centro de Meditação Ojas, a requerente publicou uma carta aberta de cinco páginas dirigida aos jornalistas do programa Srovės, assinada com seu nome completo. Ela expressou desapontamento pelo programa não ter retratado sua história de forma objetiva, dizendo que, ao usá-la, os jornalistas talvez tivessem criado uma história interessante, mas muito unilateral. A requerente afirmou que, ao desvendar sua história, o programa lhe causou desconfiança e dor. Ela mencionou que já havia sido internada em instituições psiquiátricas em 1992 e 2002, ressaltando que esses períodos não estavam relacionados à meditação. Ela também explicou que começou a frequentar o Centro de Meditação Ojas em fevereiro de 2003 e que sua crise emocional em maio de 2003 não teve qualquer conexão com essas visitas. A requerente criticou os jornalistas por apresentarem sua história de forma injusta, insinuando que seus problemas de saúde mental	que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção: (i) EUR 8.000 (oito mil euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado, a título de danos não pecuniários; (ii) EUR 900 (novecentos euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado à requerente, a título de custos e despesas; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados, até o pagamento, será devida uma taxa de juros simples sobre os valores acima mencionados, à taxa igual à taxa de juros marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, mais três pontos percentuais.	direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 9. É garantido às pessoas que utilizam sserviços de saúde mental o direito à confidencialidade das informações sobre si mesmas, incluindo seu diagnóstico e tratamento?; 11. É garantido às pssoas que utilizam o serviço de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		eram causados pela meditação. A requerente afirmou que a meditação não a havia "enfeitiçado", mas entrou em sua vida de forma natural, como resultado de uma longa e intensa busca espiritual. Na carta, a requerente também mencionou sua internação involuntária no Hospital Psiquiátrico de Vilnius em 2003, onde foi levada à força e de forma enganosa, e onde nunca concordou em ser tratada. Ela escreveu que os psiquiatras acreditaram cegamente nas histórias de sua mãe e a diagnosticaram como estando sob a influência de uma seita. Isso resultou em um tratamento psiquiátrico voltado principalmente para "curá-la da meditação" em um ambiente hostil que a prejudicou psicologicamente e emocionalmente. Em particular, os psiquiatras a interrogaram sobre o Centro de Meditação Ojas e suas práticas, forçaram-na a prometer que não meditasse, já que a meditação era prejudicial à sua saúde mental, que ela deveria seguir a religião católica tradicional da Lituânia e que a meditação não era compatível com seu "status social". Durante uma visita, um médico a chamou de "a do Centro Ojas", ao invés de usar seu nome. Em sua análise, a Corte reitera que as informações relacionadas a um paciente pertencem à sua vida privada. Argumenta, também, que a liberdade de pensamento, consciência e religião, conforme estabelecido no Artigo 9, é uma das bases de uma "sociedade democrática" no sentido da Convenção. A dimensão religiosa é um dos elementos mais vitais que compõem a identidade das pessoas e sua concepção de vida. O pluralismo indissociável de uma sociedade democrática, que foi arduamente conquistado ao longo dos séculos, depende disso. Essa liberdade implica, entre outras coisas, a liberdade de ter ou não crenças religiosas e de praticar ou não uma religião. Decidiu, por unanimidade, que houve violação do Artigo 8 da Convenção; e decidiu, por cinco votos a dois, que houve violação do Artigo 9 da Convenção.		nesse consentimento?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?

Quadro 33 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Lituânia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	D.D. *versus* Lituânia O artigo 21 da Constituição da Lituânia proíbe a tortura ou tratamento degradante de pessoas. O artigo 22 estabelece que a vida privada é inviolável. A Lei de Cuidados em Saúde Mental dispõe: Artigo 1 - "1. Definições principais...5. 'Estabelecimento de saúde mental' significa uma instituição de saúde (pública ou privada) credenciada para cuidados em saúde mental. Se apenas uma parte específica (uma 'unidade') de uma instituição de saúde estiver credenciada para cuidados em saúde mental, o termo se aplicará apenas à unidade. Nesta Lei, o termo também é aplicável a estabelecimentos psiconeurológicos...". Artigo 13 - "Os parâmetros do cuidado à saúde de um paciente devem ser determinados por um psiquiatra, buscando assegurar que os termos de seu tratamento e cuidados ofereçam o ambiente menos restritivo possível. As ações de uma pessoa com transtorno mental podem estar sujeitas a restrições apenas se as circunstâncias especificadas no artigo 27 desta Lei estiverem presentes. Uma anotação a esse respeito deve ser feita prontamente no prontuário clínico do paciente." Artigo 19. "Em casos de emergência, visando salvar a vida de uma pessoa que não consiga expressar sua vontade e cuja vida esteja seriamente ameaçada, o cuidado médico necessário pode ser prestado sem o consentimento do paciente. Nos casos em que, em vez do consentimento do paciente, é necessário o consentimento de seu representante, o cuidado médico necessário pode ser prestado sem tal consentimento, caso não haja tempo suficiente para obtê-lo em situações que requeiram ação imediata para salvar a vida do paciente. Quando for necessária uma ação urgente para salvar a vida do paciente e o consentimento de seu representante deva ser obtido em lugar do consentimento do próprio paciente, o auxílio médico imediato pode ser prestado sem o referido consentimento, caso não haja tempo suficiente para obtê-lo." O artigo 24 da Lei de Cuidados em Saúde Mental estipula que, se um paciente solicitar hospitalização, ele ou ela poderá ser hospitalizado(a) apenas se: 1. pelo menos um psiquiatra, após examinar o paciente, recomendar que ele ou ela seja tratado(a) como internado(a) em um estabelecimento de saúde mental; 2. ele ou ela tenha sido informado(a) sobre seus direitos em um estabelecimento de saúde mental, o propósito da hospitalização, o direito de deixar o estabelecimento psiquiátrico e as restrições ao direito, conforme especificado no artigo 27 da lei. O artigo 27 determina que uma pessoa com transtorno mental grave que recuse a hospitalização pode ser internada involuntariamente apenas se houver perigo real de que suas ações possam causar danos graves à sua saúde ou vida ou à saúde ou vida de outros. Nessas circunstâncias, a pessoa pode ser hospitalizada involuntariamente por até 48 horas sem autorização judicial. Caso o tribunal não conceda a autorização dentro de 48 horas, a hospitalização e o tratamento involuntários devem ser encerrados (Artigo 28).
	A.N. *versus* Lituânia No que diz respeito à incapacidade legal e à curatela, o Código Civil em vigor à época dos fatos, e até 31 de dezembro de 2015, dispunha: Artigo 2.10. Declaração de incapacidade de uma pessoa -"1. Uma pessoa natural que, em razão de doença mental ou demência, seja incapaz de compreender o significado de suas ações ou de controlá-las pode ser declarada incapaz. A pessoa declarada incapaz será colocada sob curatela. 1. Contratos em nome e em representação de uma pessoa declarada incapaz deverão ser celebrados por seu curador...2. Se uma pessoa declarada incapaz se recuperar da doença ou sua condição de saúde melhorar significativamente, o tribunal restaurará sua capacidade. Após a entrada em vigor da decisão, a curatela será revogada. 3. Um pedido para declarar uma pessoa legalmente incapaz pode ser apresentado pelo cônjuge, pais ou filhos adultos da pessoa, por uma instituição de assistência ou por um promotor público. Eles também têm o direito de solicitar ao tribunal o reconhecimento da capacidade da pessoa." Também foram apresentados os artigos da Lei de Cuidados em Saúde Mental acima descritos.

	Mockuté *versus* Lituânia Quanto ao direito à privacidade, a Constituição dispõe, em seu artigo 22, que a vida privada é inviolável (...).Informações sobre a vida privada de uma pessoa só podem ser coletadas mediante decisão judicial justificada e em conformidade com a lei. A lei e os tribunais protegerão todos contra interferências arbitrárias ou ilegais na sua vida privada e familiar, bem como contra ofensas à sua honra e dignidade. A Lei sobre Cuidados em Saúde Mental, vigente na época da internação do requerente no Hospital Psiquiátrico de Vilnius, em 2003, previa que os pacientes tinham o direito de manter em sigilo as informações sobre sua saúde. Psiquiatras, outros médicos, enfermeiros e demais membros da equipe, bem como as administrações das instituições de saúde, deviam garantir o direito acima mencionado, em conformidade com as leis da República da Lituânia e os requisitos da ética médica. Informações sobre a saúde de um paciente podiam ser divulgadas apenas de acordo com o procedimento estabelecido pelas leis da República da Lituânia (Artigo 14). A Lei sobre o Sistema de Saúde dispunha o seguinte: Artigo 52 - "1. A restrição à divulgação de informações sobre o estado de saúde de uma pessoa visa garantir a inviolabilidade de sua vida privada e saúde. 2. É proibido divulgar informações sobre o estado de saúde de uma pessoa na mídia sem sua autorização por escrito. 3. Especialistas de saúde pública ou privada estão proibidos de violar o direito ao sigilo de informações sobre a vida privada ou a saúde pessoal de um indivíduo, obtidas no desempenho de suas funções profissionais..." A Lei sobre a Proteção Legal de Dados Pessoais estabelecia, à época, que dados pessoais eram qualquer informação relacionada a uma pessoa física (sujeito dos dados) que fosse identificada ou pudesse ser identificada direta ou indiretamente por referência a dados como número de identificação pessoal ou a um ou mais fatores específicos à identidade física, fisiológica, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa (Artigo 2 § 1). A lei também previa que informações particularmente pessoais como dados sobre raça, origem étnica, crenças políticas ou religiosas, saúde ou vida sexual, só poderiam ser usadas ou divulgadas se a pessoa em questão tivesse consentido claramente, por escrito, ou de outra forma que demonstrasse, sem dúvidas, sua vontade para tal uso ou divulgação (Artigos 2 §§ 8 e 11). Quanto à liberdade de religião, a Constituição dispõe: Artigo 26 -"A liberdade de pensamento, consciência e religião não será restringida. Todos têm o direito de escolher livremente qualquer religião ou crença e, sozinhos ou em grupo, em público ou em privado, professar sua religião, realizar cerimônias religiosas, bem como praticar e ensinar suas crenças. Ninguém pode ser obrigado a escolher ou professar qualquer religião ou crença. A liberdade de professar e disseminar religião ou crença só pode ser limitada por lei, e apenas quando for necessário para garantir a segurança da sociedade, a ordem pública, a saúde ou a moral das pessoas, ou outros direitos e liberdades fundamentais do indivíduo. Pais e tutores devem, sem restrições, cuidar da educação religiosa e moral de seus filhos e pupilos, de acordo com suas próprias convicções." Também foram apresentados os artigos da Lei de Cuidados em Saúde Mental acima descritos.

Noruega

Quadro 34 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Noruega que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
M.L. *versus* Noruega Tema Central: **Limitação e restrição de contato de mãe com transtorno mental e sua filha menor de idade –** violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2021	Em 2010, a requerente engravidou durante férias no exterior. Os serviços de proteção infantil foram notificados pela parteira devido a preocupações com o histórico da requerente, incluindo depressão pós-parto anterior, hospitalizações psiquiátricas, transtorno de personalidade emocionalmente instável e leve deficiência mental. Antes do nascimento, a requerente recusou assistência dos serviços sociais. Após o nascimento de sua filha, em abril de 2011, a mãe e a criança foram transferidas para um centro de avaliação, onde foram observadas dificuldades da requerente em cuidar do bebê, incluindo falta de vínculo e comportamento instável. Diante disso, em 14 de abril de 2011, foi tomada uma decisão emergencial para colocar a criança sob tutela pública. A requerente recorreu, argumentando que precisava de mais tempo e apoio, mas a decisão foi mantida devido a riscos significativos para a criança, incluindo episódios anteriores de agressão e incapacidade da requerente de controlar sua raiva. Além disso, o Conselho Social considerou que a mãe da requerente, com quem ela pretendia morar, não seria capaz de identificar e relatar deficiências nos cuidados maternos. O contato da requerente com a filha foi restrito a uma visita a cada três semanas, com a possibilidade de maior contato caso a requerente seguisse tratamento médico e estabilizasse sua saúde mental. Em 26 de maio de 2011, os serviços de proteção infantil solicitaram ao Conselho de Bem-Estar Social uma ordem de tutela para a filha da requerente, com base na avaliação de um psicólogo que concluiu que a saúde mental da requerente a tornava incapaz de cuidar de crianças. Em 7 de setembro de 2011, o Conselho decidiu que a criança seria colocada em um lar adotivo. Apesar de reconhecer que a requerente demonstrava habilidades práticas adequadas, a maioria dos membros concluiu que ela não oferecia cuidado emocional suficiente devido a características de sua personalidade, o que não poderia ser corrigido com assistência. A decisão previa direitos de contato limitados a duas horas, quatro vezes ao ano, já que a tutela era considerada de longo prazo. A requerente apelou, mas o Tribunal Distrital confirmou a decisão, destacando que, embora a requerente demonstrasse interação positiva com a filha por curtos períodos, seu comportamento geral era incompatível com o cuidado infantil. O Tribunal reduziu os direitos de contato para uma hora por visita em 2012. A Alta Corte recusou a apelação da requerente em 11 de abril de 2012, e a Suprema	Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado réu deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos em coroas norueguesas (NOK) à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 25.000 (vinte e cinco mil euros), mais quaisquer impostos que possam ser cobrados, em respeito ao dano não patrimonial; (ii) EUR 9.500 (nove mil quinhentos euros), mais quaisquer impostos que possam ser cobrados à requerente, em respeito a custos e despesas; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados acima até o pagamento, juros simples deverão ser pagos sobre os	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados? 2. Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação - 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 11. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Corte rejeitou o recurso em 11 de maio de 2012, encerrando o processo. Em 4 de outubro de 2012, a requerente solicitou ao Conselho a revogação da ordem de tutela e o retorno de sua filha, alegando melhorias em sua saúde e situação de vida. Em janeiro de 2013, os serviços de proteção infantil contrataram um psicólogo para avaliar suas habilidades de cuidado. A avaliação, concluída em março de 2013, reafirmou as conclusões anteriores de que a requerente não possuía habilidades adequadas para cuidar da criança. Em 12 de abril de 2013, o Conselho rejeitou o pedido da requerente, mantendo a ordem de tutela e os direitos de contato limitados, argumentando que a criança continuaria crescendo no lar adotivo. A requerente apelou para o Tribunal Distrital, que revisou o caso em junho de 2014. Em 1º de julho de 2014, o tribunal confirmou a decisão do Conselho, considerando que, embora a requerente tivesse recebido medicação adequada para o TDAH e relatado melhorias, isso não provava que ela possuía habilidades normais de cuidado. O tribunal observou que ela estava desempregada desde 2000, tinha uma rede social limitada, não havia planejado adequadamente a educação ou atividades para sua filha e só recentemente havia começado a ter contato com seu filho mais velho, o que não indicava habilidades suficientes de cuidado. Quanto aos direitos de contato, o tribunal concluiu que a colocação da criança sob tutela seria de longo prazo e que o objetivo do contato não era construir um vínculo para possibilitar a reunificação da família. Em 5 de maio de 2015, os serviços de proteção infantil solicitaram ao Conselho de Bem-Estar Social (i) a destituição das responsabilidades parentais da requerente em relação à sua filha, transferindo-as para as autoridades, e (ii) autorização para que os pais adotivos realizassem a adoção da criança. Em 15 de junho de 2015, o Conselho decidiu que a filha da requerente deveria ser adotada pelos pais adotivos. A criança, que havia vivido com os pais adotivos desde os nove dias de vida, tinha fortes vínculos com eles e os considerava como seus pais. A decisão destacou que a criança era vulnerável, com um transtorno emocional infantil não especificado e reações negativas a visitas da mãe biológica. Além disso, o Conselho concluiu que remover a criança de sua família adotiva poderia levar a sérios problemas de desenvolvimento. Também notou que a requerente não aceitava a necessidade de que sua filha permanecesse em cuidado adotivo, indicando a possibilidade de novos processos legais caso a adoção não fosse autorizada. A requerente recorreu da decisão, mas o Tribunal Distrital, após uma audiência em dezembro de 2015, confirmou a decisão do Conselho em 22 de dezembro de 2015. O tribunal considerou que a requerente não seria capaz de fornecer cuidados adequados, em parte devido à sua cognição limitada e à falta de	valores acima, à taxa igual à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		habilidades de cuidado. Constatou-se que a criança tinha uma forte ligação com os pais adotivos, que eram seus "pais psicológicos", e que removê-la do ambiente atual apresentava um risco significativo para o seu desenvolvimento. O Tribunal também considerou que a adoção era do melhor interesse da criança, destacando que ela precisava de estabilidade em sua situação de cuidado. Embora o princípio biológico fosse importante, a ligação entre a requerente e sua filha era limitada. Como os pais adotivos não consentiram com visitas pós-adoção, o Tribunal confiava que, no futuro, eles facilitariam o contato caso fosse do interesse da criança. A decisão do Tribunal foi mantida pelo Tribunal Superior em 8 de março de 2016, que negou o recurso da requerente. Em 4 de maio de 2016, o Comitê de Permissões de Apelação da Suprema Corte rejeitou o recurso contra a decisão do Tribunal Superior. Para a Corte, a requerente reclamou que a privação de suas responsabilidades parentais em relação à sua filha, X, e a autorização dada aos pais adotivos de X para adotá-la, violaram seu direito ao respeito pela sua vida familiar. Com base no exposto, a Corte considerou que o processo através do qual a adoção da filha da requerente foi finalmente autorizada e os motivos apresentados para as medidas decididas nesse processo refletiram o fato de que (i) foi dada importância insuficiente ao objetivo de que a colocação em cuidados fosse temporária e que a família afetada fosse reunificada, e (ii) foi dada consideração insuficiente ao dever positivo de adotar medidas para preservar os vínculos familiares na medida do razoavelmente viável. Declarou que houve violação do Artigo 8 da Convenção.		

Quadro 35 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Noruega.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	Artigos 102 e 104 da Constituição Norueguesa de 17 de maio de 1814, conforme revisados em maio de 2014, estabelecem o seguinte: Artigo 102 - "Todos têm direito ao respeito pela sua privacidade, vida familiar, domicílio e comunicação. A busca em domicílios privados só será realizada em casos criminais. As autoridades do Estado devem garantir a proteção da integridade pessoal." Artigo 104 - "As crianças têm o direito ao respeito pela sua dignidade humana. Elas têm o direito de serem ouvidas em questões que lhes digam respeito, e suas opiniões devem ser consideradas de acordo com sua idade e desenvolvimento. Nas ações e decisões que afetam as crianças, os melhores interesses da criança devem ser uma consideração fundamental. As crianças têm o direito à proteção de sua integridade pessoal. As autoridades do Estado devem criar condições que facilitem o desenvolvimento da criança – incluindo garantir que ela receba a segurança econômica, social e de saúde necessária – preferencialmente dentro de sua própria família." Além disso, as seções 2 e 3 da Lei de Direitos Humanos de 21 de maio de 1999 dispõem, no que for relevante: Seção 2 -"As seguintes convenções terão força de lei na Noruega, na medida em que forem vinculativas para o país: A Convenção de 4 de novembro de 1950 para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, conforme alterada pelo Protocolo nº 11, de 11 de maio de 1994, à Convenção, juntamente com os seguintes protocolos: ... A Convenção de 20 de novembro de 1989 sobre os Direitos da Criança, juntamente com os seguintes protocolos: ...". Seção 3 - "As disposições das Convenções e Protocolos mencionados na seção 2 prevalecerão sobre quaisquer outras disposições legislativas que entrem em conflito com elas." As seções relevantes da Lei de Proteção à Criança de 17 de julho de 1992 dispõem: Seção 4-6. Ordens provisórias em emergências - "Se uma criança estiver sem cuidados porque os pais estão doentes ou por outras razões, os serviços de proteção à criança devem implementar a assistência imediatamente necessária. Tais medidas não serão mantidas contra a vontade dos pais. Se houver risco de que uma criança sofra danos materiais permanecendo em casa, o chefe da administração de proteção à criança ou a autoridade acusatória pode emitir imediatamente uma ordem provisória de cuidado sem o consentimento dos pais. Nesse caso, o chefe da administração de proteção à criança também pode emitir uma ordem provisória sob a seção 4-19. Se uma ordem for emitida nos termos do segundo parágrafo, um pedido de medidas conforme mencionado na seção 7-11 deve ser enviado ao Conselho Distrital de Bem-Estar Social o mais rápido possível, e no máximo dentro de seis semanas, mas em duas semanas se for uma questão de medidas sob a seção 4-24. Se o assunto não for enviado ao conselho distrital de bem-estar social dentro dos prazos mencionados no quarto parágrafo, a ordem será anulada." Seção 4-12. Ordens de cuidado - "Uma ordem de cuidado pode ser emitida: (a) se houver deficiências graves nos cuidados diários recebidos pela criança ou graves deficiências no contato pessoal e na segurança necessários a uma criança de sua idade e desenvolvimento; (b) se os pais não garantirem que uma criança doente, com deficiência ou em necessidade especial de assistência receba o tratamento e treinamento necessários; (c) se a criança for maltratada ou submetida a outros abusos graves em casa; ou (d) se for altamente provável que a saúde ou o desenvolvimento da criança possam ser seriamente prejudicados porque os pais não são capazes de assumir a responsabilidade adequada pela criança. Uma ordem só poderá ser emitida nos termos do primeiro parágrafo quando necessária devido à situação atual da criança. Assim, tal ordem não pode ser emitida se condições satisfatórias puderem ser criadas para a criança por meio de medidas de assistência nos termos da seção 4-4 ou por medidas nos termos das seções 4-10 ou 4-11. Uma ordem nos termos do primeiro parágrafo será emitida pelo Conselho Distrital de Bem-Estar Social sob as disposições do Capítulo 7."

Polônia

Quadro 36 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Polônia que compõem a amostra deste estudo.

Caso	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Kedzior *versus* Polônia Temas Centrais: **Capacidade jurídica, internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança, violação do direito a recorrer a um tribunal e violação do direito a um processo equitativo.	2012	O requerente foi submetido a tratamento psiquiátrico desde os 16 anos e foi hospitalizado diversas vezes em hospitais psiquiátricos em Lubliniec e Żurawica. Ele vivia com sua mãe e irmã deficiente em Nowy Lubliniec. No final de 2000, o irmão do requerente pediu ao tribunal que o hospitalizassem devido ao comportamento agressivo dele, recusa de medicação e abuso de álcool. Em 22 de dezembro de 2000, o tribunal o declarou parcialmente incapaz devido ao diagnóstico de esquizofrenia. Em 28 de agosto de 2001, foi nomeado seu irmão como curador, que mais tarde solicitou a declaração de incapacidade total do requerente. Um parecer psiquiátrico de 22 de dezembro de 2001 confirmou o diagnóstico de esquizofrenia e tendência ao abuso de álcool. Em 27 de dezembro de 2001, o tribunal regional de Krosno declarou a incapacidade total do requerente, mantendo o irmão como curador. Em 8 de fevereiro de 2002, foi solicitado e aceito que o requerente fosse admitido em um lar de assistência social, embora não tenha sido necessária autorização judicial. O requerente reclamou que havia sido colocado no lar contra sua vontade. Ao longo de 2006, o requerente tentou restaurar sua capacidade jurídica, mas teve suas solicitações rejeitadas por falta de legitimidade devido à sua incapacidade. Em 2007, o tribunal informou que ele poderia solicitar ao tribunal que iniciasse os procedimentos para restaurar sua capacidade, mas isso não ocorreu. Em 9 de março de 2009, o tribunal iniciou um processo para restaurar a capacidade do requerente. Durante a entrevista com os especialistas, foi afirmado que ele preferiria permanecer no lar de assistência social, já que, embora sua saúde mental tivesse melhorado, ele ainda não tinha condições de viver de forma independente. Em 9 de abril de 2009, o tribunal recusou a restauração da capacidade, afirmando que o requerente ainda não estava em condições de viver independentemente. Em 16 de janeiro de 2012, a pedido do curador, o requerente foi transferido para outro lar de assistência social, o Sośnica Social Care Home. O requerente alegou que foi impedido de solicitar diretamente a um tribunal a restauração de sua capacidade legal, apesar da decisão do Tribunal Constitucional que declarou inconstitucionais as disposições legais relevantes. O representante do requerente argumentou que a decisão do Tribunal Constitucional de 7 de março de 2007 era diretamente aplicável e criava o direito para indivíduos totalmente incapacitados, como o requerente, de solicitar diretamente que a ordem de incapacidade fosse anulada. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção; do Artigo 5 § 4 da Convenção; e do Artigo 6 § 1 da Convenção.	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 Artigo 6 § 1 a) O Estado demandado deverá pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar final, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, a quantia de 10.000 EUR (dez mil euros), acrescida de quaisquer impostos que possam ser cobrados, a título de danos não pecuniários, a serem convertidos na moeda do Estado demandado à taxa aplicável na data do pagamento. b) A partir do término dos três meses acima mencionados até o pagamento, serão aplicados juros simples sobre o valor acima indicado à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no

Caso	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e

Caso	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
K.C. *versus* Polônia Temas centrais: **Capacidade jurídica, internação compulsória e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e segurança, e violação do direito de recorrer a um tribunal.	2015	A requerente, viúva e moradora sozinha em um apartamento em Żary, recebia uma pensão da Previdência Social. Apesar de ter uma filha, aparentemente não tinha contato com ela há anos. Em 24 de março de 1981, a pedido da filha, o Tribunal Regional de Zielona Góra declarou a requerente parcialmente incapaz, alegando que ela sofria de síndrome de demência psico-orgânica com elementos de paranoia, tendência ao abuso de álcool e medicamentos, necessitando ajuda para tomar decisões. Em 19 de dezembro de 2007, o Centro de Serviços Sociais de Żary solicitou ao Tribunal Distrital de Żary que a requerente fosse colocada, contra sua vontade, em um lar de assistência social. O pedido foi baseado em evidências de que ela sofria de transtornos mentais, não consultava médicos e apresentava comportamentos considerados "fora das normas sociais", colocando sua saúde e vida em risco. A requerente era frequentemente vista nas ruas em condições inadequadas e malcuidada. Um certificado médico de 3 de dezembro de 2007 diagnosticou-a com transtornos de personalidade orgânica, necessitando de cuidados constantes, embora não hospitalares. Em 25 de março de 2008, após faltar a várias audiências, a requerente foi ouvida em sua residência, onde mostrou resistência à ideia de ser internada em um lar de assistência social. Apesar de respostas ilógicas, deixou claro que não concordava com a internação. Em 19 de junho de 2008, o Tribunal Distrital de Żary decidiu colocá-la em um lar de assistência social com base na opinião de um psiquiatra, que diagnosticou esquizofrenia crônica e transtorno do sistema nervoso central. O médico apontou negligência em sua higiene e alimentação, mas destacou que ela não representava perigo direto à sua saúde ou à de outros. No entanto, foi considerada necessitada de cuidados constantes de terceiros. Em 8 de dezembro de 2008, a filha da requerente apelou da decisão de 19 de junho de 2008, solicitando também um advogado de assistência jurídica gratuita para sua mãe e a fundamentação escrita da decisão. Em 29 de dezembro de 2008, o Tribunal Distrital de Żary rejeitou o pedido de advogado, argumentando que a filha tinha conhecimento suficiente para representar sua mãe, e negou a apelação e o pedido de fundamentação. Em 7 de fevereiro de 2009, a requerente apresentou outra apelação contra a decisão de 19 de junho de 2008, pedindo permissão para apelar fora do prazo. Em 3 de março de 2009, foi concedido um advogado de assistência jurídica à requerente, mas, insatisfeita com o representante, solicitou outro, que foi designado em 2 de junho de 2009 e entrou	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar à requerente, no prazo de três meses a partir da data em que a decisão se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, a quantia de EUR 6.000 (seis mil euros), acrescida de quaisquer impostos aplicáveis, a título de danos morais, a ser convertida na moeda do Estado demandado à taxa de câmbio aplicável na data do pagamento; b) Decidiu que, a partir do término do prazo de três meses mencionado acima até o pagamento, juros simples serão aplicáveis sobre o valor acima à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada?

Caso	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		com pedido para apelar fora do prazo. Em 25 de agosto de 2009, o Tribunal Distrital de Żary aceitou o pedido da requerente para apelar fora do prazo. No entanto, em 7 de dezembro de 2009, o Tribunal Regional de Zielona Góra rejeitou a apelação. Ninguém esteve presente na audiência, e o tribunal informou que a requerente poderia solicitar a fundamentação por escrito em até sete dias, mas ela afirmou que não foi notificada da decisão, descobrindo sobre ela dois anos depois. Nesse período, a requerente apresentou uma queixa sobre a demora excessiva no processo, rejeitada pelo Tribunal Regional de Zielona Góra em 31 de outubro de 2011. Ao saber que sua apelação havia sido rejeitada, a requerente pediu permissão ao tribunal para solicitar fundamentação escrita fora do prazo, bem como isenção de taxas judiciais e um advogado para preparar uma apelação de cassação. Em 21 de novembro de 2011, o Tribunal Regional de Zielona Góra negou os pedidos da requerente, impedindo-a de apresentar apelação de cassação ao Supremo Tribunal. A requerente alegou que sua internação compulsória e a contínua privação de liberdade em uma casa de assistência social constituíram uma violação de seu direito à liberdade. A requerente considerou que sua detenção não atendia às três condições de "detenção legal de pessoas com transtornos mentais" estabelecidas na jurisprudência da Corte. Em particular, argumentou que seus transtornos mentais não eram de uma natureza ou grau que justificassem o confinamento compulsório. Ela se referiu aos pareceres dos peritos que fundamentaram sua privação de liberdade e destacou que nenhum desses pareceres afirmava que ela representava um risco direto à sua própria vida ou à de terceiros. A requerente considerou que sua detenção tinha uma natureza "profilática". No presente caso, embora a requerente tenha sido declarada apenas parcialmente incapaz e embora o Governo tenha afirmado que ela poderia solicitar para sair do lar de cuidados sociais por conta própria durante o dia, o próprio governo não contestou que ela havia sido privada de sua liberdade. Segundo a Corte, ela foi colocada compulsoriamente no lar de cuidados sociais, contra sua vontade, com base em uma decisão judicial. Portanto, a responsabilidade das autoridades pela situação contestada está configurada. Decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 e do Artigo 5 § 4 da Convenção.		2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Quadro 37 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Polônia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Kedzior *versus* Polônia Artigo 559 do Código de Processo Civil ("CPC") dispõe: 1. Um tribunal pode anular a interdição legal se as razões pelas quais ela foi decretada deixarem de existir; a anulação pode ocorrer por iniciativa do próprio tribunal. 2. Se o estado mental de uma pessoa interditada melhorar, o tribunal pode alterar a interdição total para parcial; se o estado mental da pessoa piorar, a interdição parcial pode ser convertida em total. Em 7 de março de 2007, o Tribunal Constitucional proferiu uma decisão no caso nº K 28/05. O julgamento foi publicado e entrou em vigor em 17 de março de 2007. O tribunal decidiu que o artigo 559 do CPC era inconstitucional na medida em que privava uma pessoa interditada do direito de apresentar um pedido para revogar ou alterar uma ordem de interdição legal. Quanto às consequências do julgamento, o Tribunal Constitucional considerou que o meio mais adequado de implementação seria que o legislador introduzisse uma emenda ao Código. Nesse contexto, o tribunal acolheu positivamente um projeto de lei em exame pelo Parlamento que incluía uma emenda relevante. No entanto, enfatizou que os julgamentos do Tribunal Constitucional devem ser implementados não apenas pelo legislador, mas também pelos tribunais ordinários. No presente caso, isso significaria alterar a prática inconstitucional dos tribunais ao examinarem casos relacionados à interdição, permitindo que as pessoas privadas de capacidade legal instaurassem processos. O Tribunal Constitucional declarou: "A partir da data de publicação do julgamento no Diário Oficial, a presunção de constitucionalidade do artigo 559, em conjunto com os artigos 545 §§ 1 e 2 do CPC, na medida em que impedia uma pessoa interditada de iniciar processos para revogar ou alterar uma ordem de interdição, não é mais aplicável. O Tribunal Constitucional deseja enfatizar que isso decorre do próprio julgamento do Tribunal Constitucional, independentemente de mudanças legislativas serem eventualmente introduzidas. Portanto, deve-se considerar que a constatação pelo Tribunal Constitucional da inconstitucionalidade da limitação dos direitos processuais de uma pessoa interditada permite que os tribunais interpretem o Código de Processo Civil de acordo com a Constituição. No contexto deste julgamento, a opinião expressa pela resolução da Suprema Corte de 2004, de que a melhoria da posição processual das pessoas interditadas não poderia ser alcançada por meio da interpretação das regulamentações existentes, pois isso significaria ultrapassar os limites do poder judicial, não é mais aplicável. Juízes, ao exercerem suas funções, estão sujeitos não apenas à lei, mas também à Constituição, que é a lei suprema na República da Polônia e pode – e em casos de conflito com leis existentes confirmadas pelo Tribunal Constitucional deve – ser diretamente aplicável." A Lei de 9 de maio de 2007, que entrou em vigor em 7 de outubro de 2007, alterou o CPC. Um novo parágrafo foi adicionado; o artigo 559 § 3 dispõe: "Um pedido para revogar ou alterar uma ordem de interdição legal também pode ser apresentado pela pessoa interditada." De acordo com a Lei de Proteção Psiquiátrica de 1994, a admissão de uma pessoa com transtorno mental ou deficiência mental a um hospital psiquiátrico, quando esta não é capaz de expressar seu consentimento, deve ser aprovada por um tribunal civil (seção 22 (2)). Um tribunal também pode decidir sobre a admissão de uma pessoa com transtorno mental que não consente com o tratamento no hospital. Um curador pode expressar consentimento para admitir um adulto totalmente interditado, mas este também deve concordar, a menos que seja incapaz de expressar concordância. Em qualquer caso, e especialmente em caso de desacordo entre o paciente e o tutor, a questão da admissão é decidida ou confirmada por um tribunal (seção 22). A admissão ao hospital é precedida por um exame psiquiátrico. A admissão a uma casa de assistência social é regulamentada pela seção 38 e seguintes da Lei. Dispõe que uma pessoa que, em razão de transtorno mental ou deficiência mental, é incapaz de cuidar de si mesma e não pode ser cuidada por outra pessoa, e não necessita de tratamento hospitalar, pode ser colocada em uma casa de assistência social com seu consentimento ou o consentimento de seu tutor. Somente se a pessoa em questão ou seu curador não consentirem, a decisão deve ser tomada por um tribunal. De acordo com o Regulamento do Ministro da Justiça de 22 de fevereiro de 1995, um tribunal regional deve supervisionar a legalidade da admissão e permanência contínua de indivíduos internados em hospitais psiquiátricos e casas de assistência social (seção 1). No entanto, a obrigação de realizar revisões periódicas, a cada seis meses, da necessidade de permanência contínua aplica-se apenas aos internados em hospitais psiquiátricos (seção 2 (3)).
	K.C. *versus* Polônia Foram apresentadas as mesmas legislações do caso acima descrito.

Reino Unido

Quadro 38 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Reino Unido que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Reynolds *versus* Reino Unido Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à vida e violação do direito a um recurso efetivo.	2012	A petição foi apresentada por Patricia Reynolds, cidadã britânica nascida em 1935, que residia em Hebden Bridge. Após a introdução da petição, a Sra. Reynolds faleceu, e sua filha, Catherine King, deu continuidade ao caso em nome dela. A Corte referiu-se à Sra. Reynolds como a requerente. O filho da requerente, David Reynolds, nasceu em 1969 e faleceu em 16 de março de 2005. A presente petição está relacionada à morte dele. O Sr. Reynolds foi diagnosticado com esquizofrenia em 1998 e estava sendo tratado por uma equipe de saúde mental do Serviço Nacional de Saúde, tendo o Sr. Stephens como seu Coordenador de Cuidados. Em 16 de março de 2005, o Sr. Reynolds contatou sua mãe e o Sr. Stephens relatando que estava ouvindo vozes que o ordenavam a tirar a própria vida. Ambos foram à casa do Sr. Reynolds. O Sr. Stephens informou à Equipe de Tratamento Domiciliar de Resolução de Crises (CRHTT) que o Sr. Reynolds poderia precisar de hospitalização. A equipe informou que não havia leitos disponíveis, mas que ele poderia ser admitido na Unidade ISMOS, uma unidade administrada pelo Conselho local, projetada como alternativa ao internamento, com supervisão regular. No caminho para a Unidade ISMOS, o Sr. Reynolds relatou que as vozes eram tão perturbadoras que ele queria tirar a própria vida. O Sr. Stephens decidiu levá-lo ao hospital para avaliação clínica. Um psiquiatra da CRHTT, com a ajuda de uma enfermeira psiquiátrica e do Sr. Stephens, avaliou o Sr. Reynolds como de baixo risco de suicídio. Apesar de apresentar sintomas psicóticos devido à redução da medicação para socializar, ele havia retomado o uso do medicamento naquela manhã e os sintomas estavam diminuindo. Durante a avaliação, ele negou querer se matar e não tinha histórico de autoagressão ou tentativa de suicídio. Foi decidido que ele precisava de um ambiente seguro e de suporte, e ele foi admitido voluntariamente na Unidade ISMOS. Ele recebeu um quarto no sexto andar, próximo à sala dos funcionários. À noite, foi encontrado fora do prédio, mas voltou ao quarto com a ajuda da equipe. Após a troca de turno às 22h, ele parecia mais relaxado e conversou com os novos funcionários. Às 22h30, ele quebrou uma janela em seu quarto e caiu do sexto andar, falecendo. Em 26 de maio de 2005, foi concluída uma investigação interna sobre a morte do Sr. Reynolds conduzida pelo NHS. O relatório resultante recomendou, entre outras coisas, que as janelas dos quartos da Unidade ISMOS fossem reforçadas. Em 20 de maio de 2005, a filha da requerente enviou uma carta de reclamação ao NHS Trust. Em 20 de junho de	Artigo 2 Artigo 13 (a) Decidiu que o Estado réu deve pagar à requerente, dentro de três meses a contar da data em que o julgamento se tornar definitivo de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes montantes, a serem convertidos em libras esterlinas à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 7.000 (sete mil euros) a título de danos não pecuniários, acrescido de qualquer imposto que possa ser aplicável; e (ii) EUR 8.000 (oito mil euros) a título de custos e despesas, acrescido de qualquer imposto que possa ser aplicável; (b) Decidiu que, após o término do prazo de três meses mencionado acima até o pagamento, será	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 2. É garantido o oferecimento de acomodações razoáveis nos serviços de saúde mental; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		2005, o NHS Trust respondeu afirmando que havia revisado as informações disponíveis na data relevante, mas que não havia indicação de que o Sr. Reynolds pudesse se ferir. A requerente não tinha recursos para a representação legal na investigação sobre a morte de seu filho, David Reynolds. Durante a investigação, concluiu-se que, embora pessoas com esquizofrenia apresentem maior risco de suicídio, não havia evidências suficientes para afirmar que David Reynolds tinha a intenção de se matar. Após a investigação, foram feitas recomendações para reforçar a segurança nas janelas da Unidade ISMOS e sugeriu-se uma possível relocação da unidade para um edifício de dois andares. A requerente, que obteve assistência jurídica, entrou com uma ação por danos contra o NHS Trust e o Conselho, alegando falhas na proteção e no cuidado de seu filho, o que teria levado à sua morte. O caso foi rejeitado pelo Tribunal de Comarca, que concluiu que não havia fundamentos legais para a ação, principalmente devido ao entendimento jurídico estabelecido no caso *Savage*. A requerente tentou adiamento do caso, mas o Tribunal recusou, e a assistência jurídica foi retirada posteriormente, após o parecer de advogados de que o recurso não teria chances reais de sucesso. A requerente reclamou que não tinha um mecanismo interno eficaz para que questões de responsabilidade civil relacionadas ao alegado cuidado negligente de seu falecido filho fossem determinadas, e por meio do qual ela poderia ter obtido compensação pela perda não pecuniária sofrida, incluindo tristeza e angústia. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 2 e Artigo 13 da Convenção.	devido um juro simples sobre os montantes acima, à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Quadro 39 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Reino Unido.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	**(**a) R (Takoushis) v. Inner North London Coroner e Outro [2006] 1 WLR 46 O Sr. Takoushis, diagnosticado com esquizofrenia, deixou um hospital onde era paciente voluntário e cometeu suicídio. Sua esposa contestou determinadas decisões do legista. O Tribunal de Apelação, seguindo o entendimento do Tribunal Superior, analisou inicialmente se essas decisões eram justificadas sob a suposição de que o Artigo 2º não estivesse envolvido. O Tribunal de Apelação não manteve as decisões do legista e determinou a realização de uma nova investigação. O Tribunal de Apelação prosseguiu examinando a aplicabilidade e o alcance da proteção do Artigo 2º em tais casos, em parte porque o ponto era evidentemente relevante para a nova investigação a ser realizada. O Tribunal reconheceu que negligência simples no cuidado de um paciente que resulte em sua morte não seria suficiente para configurar uma violação da obrigação do Estado de proteger a vida sob o Artigo 2º, embora a situação pudesse ser diferente se houvesse alegações de negligência grave ou homicídio culposo (baseando-se, entre outros, em *R (Goodson) v. Bedfordshire and Luton Coroner* [2004] EWHC 2931 (Admin), fundamentado em *Powell v. Reino Unido* ((dec.), nº 45305/99, CEDH 2000-V)). O Tribunal de Apelação rejeitou o argumento de que o falecido deveria ser considerado um paciente involuntário, já que teria sido detido se fosse visto deixando o hospital; concluiu que o falecido era claramente um paciente voluntário e destacou a diferença importante entre os princípios aplicáveis a pacientes involuntários e os que não o eram. b) Savage v. South Essex Partnership NHS Foundation Trust [2006] EWHC 3562, [2007] EWCA Civ 1375 e [2008] UKHL 74 A falecida era uma paciente involuntária em tratamento de saúde mental que deixou uma enfermaria psiquiátrica aberta e cometeu suicídio. O NHS Trust argumentou no Tribunal Superior que o alcance das obrigações das autoridades de saúde para proteger a vida de um paciente estava descrito em *Powell v. Reino Unido* ((dec.), nº 45305/99, CEDH 2000-V), ou seja, que o tratamento alegado deveria envolver negligência grave ou homicídio culposo. A reclamante, por outro lado, citou *Osman v. Reino Unido* (28 de outubro de 1998, Relatórios de Julgamentos e Decisões 1998-VIII) e argumentou que o dever de prevenir um paciente específico de cometer suicídio surgia se as autoridades soubessem ou devessem saber que havia um risco real e imediato de ele fazê-lo. A reclamante distinguiu a posição do filho (um paciente involuntário) daquela de um paciente voluntário, alegando que o teste de responsabilidade do Artigo 2º em *Powell* não se aplicava ao caso de seu filho, equiparando o dever de cuidado devido pelo Estado a um paciente involuntário ao devido a um prisioneiro no sistema de justiça criminal. O Tribunal Superior rejeitou expressamente essa distinção, concluindo que o teste apropriado para uma violação da obrigação substantiva sob o Artigo 2º, tanto para pacientes voluntários quanto involuntários, em casos de alegações de negligência clínica, era o teste de *Powell*: negligência grave suficiente para sustentar uma acusação de homicídio culposo (o Tribunal Superior baseou-se no julgamento acima citado em *Takoushis*). O Tribunal Superior indeferiu a ação de Ms. Savage. Em dezembro de 2007, o Tribunal de Apelação acolheu o recurso de Ms. Savage. O recurso à Câmara dos Lordes foi rejeitado em decisão de 10 de dezembro de 2008. Lord Rodger, ao proferir o principal julgamento da Câmara dos Lordes, destacou que o erro fundamental no argumento do NHS Trust foi considerar as decisões em *Powell* e *Osman* como abordagens mutuamente exclusivas, enquanto a jurisprudência do Tribunal Europeu não indicava tal abordagem. Os princípios dessas decisões tratavam de diferentes aspectos das obrigações do Artigo 2º das autoridades de saúde. Lord Rodger resumiu as obrigações relevantes das autoridades de saúde sob o Artigo 2º da seguinte forma: "Nos termos do Artigo 2º, as autoridades de saúde têm uma obrigação abrangente de proteger a vida dos pacientes em seus hospitais. Para cumprir essa obrigação, e dependendo das circunstâncias, elas podem precisar atender a uma série de obrigações complementares. Em primeiro lugar, o dever de proteger a vida dos pacientes exige que as autoridades de saúde garantam que os hospitais sob sua responsabilidade empreguem profissionais competentes e que esses sejam treinados

	com alto padrão profissional. Além disso, as autoridades devem garantir que os hospitais adotem sistemas de trabalho que protejam a vida dos pacientes. Falhas no cumprimento dessas obrigações gerais podem resultar em violação do Artigo 2º. Por exemplo, se uma autoridade de saúde não garantir que um hospital estabeleça um sistema adequado para supervisionar pacientes com doenças mentais e, como resultado, um paciente consiga cometer suicídio, a autoridade de saúde terá violado o direito à vida do paciente sob o Artigo 2º. Mesmo que a autoridade de saúde empregue profissionais competentes e assegure treinamento adequado, um médico pode ainda assim tratar um paciente de forma negligente, resultando na morte do paciente. Nesse caso, não haveria violação do Artigo 2º, pois a autoridade de saúde teria cumprido o que o artigo exigia para proteger a vida do paciente. Contudo, o médico seria pessoalmente responsável por danos pela morte, e a autoridade de saúde seria responsabilizada indiretamente por sua negligência. A mesma abordagem se aplica caso um hospital psiquiátrico tenha estabelecido um sistema adequado de supervisão de pacientes, mas, em uma ocasião específica, um enfermeiro tenha deixado seu posto de forma negligente, permitindo que um paciente cometesse suicídio. Novamente, não haveria violação de nenhuma obrigação sob o Artigo 2º, mas o enfermeiro e a autoridade de saúde seriam responsáveis por danos. Finalmente, o Artigo 2º impõe uma obrigação 'operacional' adicional às autoridades de saúde e ao pessoal hospitalar. Essa obrigação surge apenas quando os membros da equipe sabem ou deveriam saber que um paciente específico apresenta um 'risco real e imediato' de suicídio. Nessas circunstâncias, o Artigo 2º exige que eles tomem todas as medidas razoáveis para prevenir o suicídio. Caso contrário, haverá violação da obrigação operacional do Artigo 2º.”

Romênia

Quadro 40 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Romênia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
B. *versus* Romênia Temas Centrais: **Internação involuntária e limitação e restrição de contato de mãe com transtorno mental com seus filhos menores –** violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2013	A requerente possui o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Desde 2000, foi levada ao hospital pela polícia e internada para tratamento várias vezes. Por exemplo, em uma carta datada de 11 de janeiro de 2003, a polícia de Izvoru Bereheciului pediu ao Hospital de Bacău que admitisse a requerente com a justificativa de que ela estava desnutrida, vivendo em um quarto sem aquecimento e sem apoio material". A carta concluiu da seguinte forma: "Agradeceríamos se pudesse tomar uma providência médica, pois o seu comportamento é antissocial". Os documentos enviados à Corte indicam que, a cada vez que foi admitida no hospital, a requerente saiu após períodos de internação de durações variadas. De acordo com as informações fornecidas pelo Governo, a requerente foi admitida no hospital quatro vezes em 2008, passando um total de cinco meses na ala psiquiátrica para pacientes com transtornos crônicos. A partir de 2000, os dois filhos menores da requerente não viveram mais com ela e, em razão de sua doença, foram colocados em um lar para crianças abandonadas por uma decisão do Conselho de Bem-Estar Infantil de Bacău. A requerente reclamou à Corte que havia sido internada de forma indevida em instituições psiquiátricas. alegou que a polícia abusou de seus poderes ao tê-la internada em instituições psiquiátricas quando ela estava buscando proteção contra diversos atos ilegais cometidos por terceiros, como a tentativa de estupro em 24 de agosto de 2006. Ela sustentou que as autoridades a detiveram para	Artigo 8 a) Decidiu que o Estado réu deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar final, conforme o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 10.000 (dez mil euros) por danos não pecuniários, a ser convertido na moeda do Estado réu à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados, até o	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados?; 3. É permitido o acesso a cuidados de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		impedi-la de fazer suas reclamações, em vez de lhe oferecer reparação pelos danos sofridos. Ainda, a requerente alegou que seus dois filhos, que eram menores de idade na época relevante, foram retirados dela e colocados em abrigos devido às condições precárias de vida da família. Ela reclamou que os direitos deles foram violados e que nenhuma medida protetiva adequada foi tomada. Por fim, a Corte decide que houve violação do Artigo 8 da Convenção devido às internações psiquiátricas da requerente; e violação do mesmo artigo devido à colocação em instituições de acolhimento dos filhos menores da requerente.	pagamento, será devido o pagamento de juros simples sobre o valor acima, à taxa igual à taxa de juros de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, mais três pontos percentuais.	igualdade e não discriminação - 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 11. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento? 3. São previstas salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo -

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				2.7. Garantindo a Responsabilização – 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?
Atudorei *versus* Romênia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2014	A requerente afirmou que, desde muito jovem, foi submetida a abuso físico e psicológico repetido por parte de sua família. Seus pais, especialmente sua mãe, eram agressivos com ela tanto verbal quanto fisicamente, se recusavam a deixá-la sair sem supervisão e a levaram a um psicólogo porque ela não havia alcançado as notas mais altas quando estava na segunda série. Além disso, o abuso por parte de seus pais continuou após descobrirem que ela estava frequentando aulas semanais de yoga organizadas pelo Movimento para Integração Espiritual no Absoluto (MISA). Em 30 de julho de 2003, a requerente, que era maior de idade, foi hospitalizada no Hospital Psiquiátrico Socola. Segundo ela, foi levada para o referido hospital por seus pais contra sua vontade, após descobrirem que ela estava frequentando aulas de yoga. Os relatórios médicos produzidos pelo hospital indicaram que esta era a primeira vez que a paciente havia sido admitida no Hospital Socola, e que ela havia sido internada a pedido de sua mãe devido a comportamentos ansiosos e negativos, irritabilidade, tendência a chorar facilmente e depressão, que eram uma reação a um trauma psicológico, em particular um conflito com seus pais. Ela foi diagnosticada com depressão reativa e ansiedade. O estado da requerente melhorou após psicoterapia em grupo. Foi recomendado tratamento médico, psicoterapia e foi aconselhada a evitar situações psicotraumáticas. Sua hospitalização terminou em 8 de agosto de 2003. Em 19 de janeiro de 2005, a	Artigo 5 § 1 Artigo 8 a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar à requerente EUR 15.600 (quinze mil e seiscentos euros), acrescidos de qualquer imposto que possa ser aplicável, a título de danos não patrimoniais, a serem convertidos para a moeda do Estado réu à taxa aplicável na data do pagamento, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		requerente viajou para sua cidade natal, Bârlad, acompanhada de seu noivo, M.A., para obter uma cópia de sua certidão de nascimento, necessária para seu casamento. Enquanto estavam no prédio do cartório, sua família apareceu e a cercou. A mãe convenceu-a a sair e conversar com a família, mas, ao sair, a situação se tornou agressiva. Após empurrarem M.A., a forçaram a entrar em um carro e a levaram para a casa dos avós. Lá, a família retirou suas roupas normais, substituindo-as por roupas velhas e chinelos, e tomou seus documentos e dinheiro, mantendo-a sob vigilância, ameaças e pressão psicológica. Em 21 de janeiro de 2005, a requerente foi encaminhada para um hospital psiquiátrico com diagnóstico de transtorno de comportamento esquizo-paranoide. No entanto, não há registro de uma avaliação prévia feita pelo médico responsável. Em 3 de fevereiro de 2005, a requerente foi levada pela família para o Hospital Psiquiátrico Săpoca, localizado a 25 km de Buzău. Sua mãe assinou um consentimento informado para o tratamento, que incluía o uso de Clozapina. A mãe da requerente permaneceu no hospital durante os primeiros cinco dias de internação. O diagnóstico inicial foi transtorno de personalidade borderline em evolução. A requerente foi tratada com medicamentos psicotrópicos e sua condição foi monitorada regularmente. Ela apresentou efeitos colaterais, como constipação, sonolência e hipertensão ortostática. A Polícia de Vaslui foi informada em 11 de março de 2005 sobre a internação da requerente e a proibição de qualquer contato durante o tratamento. Em 16 de março de 2005, a requerente assinou uma declaração recusando a divulgação de informações sobre sua internação. Ela foi liberada do hospital em 1º de abril de 2005. Em 24 de agosto de 2005, o Dr. F. consultou outro médico, Dr. I., que considerou a requerente apta a se inscrever na universidade. Em 16 de outubro de 2010, a administração do hospital informou ao governo que, segundo o Dr. I., a internação da requerente foi voluntária, com o consentimento informado assinado por sua mãe, e que a requerente poderia ter deixado o hospital a qualquer momento, já que a unidade de internação não era destinada à internação forçada. Em 19 de janeiro de 2005, M.A. iniciou um processo criminal contra os pais e o irmão da requerente, por privação ilegal de liberdade. Este processo foi considerado improcedente. Em 1 de abril de 2005, a requerente foi liberada do hospital e levada pelos pais para a casa dos avós. De acordo com a requerente, durante sua estadia lá, ela foi mantida sob supervisão e isolada do mundo exterior. Em 23 de maio de 2005, a requerente ajuizou um processo criminal contra seus pais, alegando, entre outras coisas, que havia sido detida à força e que não podia sair de casa. Ela pediu às autoridades que fizessem tudo o que fosse necessário para ajudá-la a sair, já que ela era maior de idade e queria viver sua própria vida. Por decisão de 27 de setembro de 2005, o Ministério Público de Bârlad rejeitou a queixa da requerente, alegando que as ações dos pais não configuravam qualquer delito. Observou	definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados acima, até o pagamento, será devida uma taxa de juros simples sobre o valor mencionado, à taxa igual à taxa de juros marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		que os pais da requerente estavam preocupados porque ela era membro do MISA, e por isso a levaram para a casa da avó e depois para um hospital psiquiátrico. De acordo com a declaração da requerente após o seu interrogatório, ela não foi detida à força pelos pais, mas eles ajudaram a levá-la a um hospital psiquiátrico. Não há evidências no processo de que a requerente tenha contestado essa decisão nos tribunais internos. De acordo com a requerente, em 10 de outubro de 2005, ajudada por amigos e pelo noivo, ela conseguiu deixar a casa dos avós. Em seguida, mudou-se para Bucareste e, em 5 de novembro de 2005, casou-se com M.A. Em 14 de dezembro de 2005, a requerente ajuizou um processo criminal por privação ilegal de liberdade entre 19 de janeiro e 10 de outubro de 2005, lesões corporais graves e cooperação para a prática de um delito, contra sua família, pelo policial G.C. e o Dr. I. Ela argumentou que os acusados haviam cooperado para privá-la ilegalmente de sua liberdade, hospitalizá-la contra sua vontade e prejudicar sua saúde como resultado do tratamento médico que ela recebeu no hospital. Em 8 de maio de 2007, o Ministério Público de Bacău decidiu não iniciar processos criminais contra o policial G.C., os familiares da requerente ou o Dr. I., com base no argumento de que nenhum crime havia sido cometido. A Corte reitera que o corpo de uma pessoa diz respeito ao aspecto mais íntimo da vida privada. Assim, o tratamento médico compulsório, mesmo que de menor importância, constitui uma interferência nesse direito. A Corte observa, ainda, que o psiquiatra agiu na ausência do consentimento válido da requerente. Além disso, não há evidências no processo, e o Governo não conseguiu demonstrar, que o psiquiatra tenha submetido sua decisão sobre o tratamento para revisão processual. Por fim, a Corte decide que houve violação do Artigo 5 § 1 e do Artigo 8 da Convenção.		aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Cinta *versus* Romênia	2020	Em 2007, o requerente casou-se com a Sra. X. Eles se conheceram no início daquele ano, quando ambos eram pacientes no hospital psiquiátrico de Cavnic. Em 2014, o casal teve uma filha, Y. Eles viveram juntos até 14 de junho de 2018, quando X se mudou da casa da família e levou Y com ela. Em 26 de junho de 2018, X entrou com pedido de divórcio. Na época da separação do casal, o requerente não estava trabalhando e recebia uma pensão por invalidez. X trabalhava como professora e vice-diretora da escola. Desde a separação do casal, X se opôs a qualquer contato, seja direto ou por telefone, entre o requerente e a criança. Ele conseguiu ver sua filha apenas uma vez, em 5 de julho de 2018, por meia hora. Em 30 de julho de 2018, o requerente entrou com uma ação de liminar solicitando que, durante o processo de divórcio, a criança fosse devolvida à casa da família para morar com ele, como fazia desde o seu nascimento. Alternativamente, ele pediu que o tribunal estabelecesse um cronograma de visitas, para que ele pudesse passar um tempo com a criança em sua casa, todas as terças e quintas-feiras das 18h às 20h, e a cada duas semanas, das 18h da sexta-feira até às 18h do domingo. Em 8 de agosto de 2018, X concordou em	Artigo 8 Artigo 14 (a) Decidiu que o Estado réu pague ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 10.000 (dez mil euros), mais qualquer imposto que possa	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa - 2. O estigma e a discriminação associados à saúde mental são desafiados? 2. Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação - 7. São garantidos às pessoas que

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Tema Central: **Limitação e restrição de contato de pessoa com transtorno mental com sua filha menor** – violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.		permitir que o requerente tivesse contato com sua filha, mas apenas nas terças e quintas-feiras, em locais públicos e na presença dela. Ela ainda solicitou que o tribunal estabelecesse a residência da criança com ela durante o processo de divórcio e ordenasse que o requerente contribuísse para as necessidades financeiras da criança. X explicou que havia deixado a casa da família com a criança porque o requerente, que sofria de esquizofrenia paranoide, havia sido agressivo fisicamente e psicologicamente com ela, às vezes até na presença da filha. O Tribunal de Primeira Instância proferiu sentença em 4 de setembro de 2018. Estabeleceu contatos semanais entre o requerente e Y, das 18h às 20h, às terças e quintas-feiras, apenas em locais públicos e na presença da mãe. Também determinou que a residência da criança fosse com a mãe até o final do processo de divórcio e ordenou que o requerente pagasse pensão alimentícia para sua filha. O requerente entrou com um recurso no Tribunal do Condado de Maramureş, reclamando principalmente que o Tribunal de Primeira Instância havia se baseado exclusivamente em sua doença, de maneira subjetiva e parcial. Ele nunca foi violento com sua filha e nada no processo poderia provar que representava uma ameaça para ela. Ele também negou ter sido violento com sua esposa e explicou que foi X quem o ameaçou repetidamente de que usaria sua doença para fazer com que ele fosse internado no hospital psiquiátrico e para tirar Y dele. Em uma decisão final de 15 de novembro de 2018, o Tribunal do Condado rejeitou o recurso. O requerente reclamou sobre a duração e as condições dos direitos de contato. Argumentou que o cronograma de contatos não lhe permitia manter e desenvolver um relacionamento pessoal com sua filha e participar efetivamente de sua educação, violando assim seu direito ao respeito pela vida familiar, conforme previsto no Artigo 8 da Convenção. De acordo com a Corte Europeia, embora, em geral, seja responsabilidade das autoridades nacionais decidir se são necessários relatórios periciais, houve ausência de tais relatórios sobre a condição mental do requerente no momento em que os tribunais analisaram sua ação, o que limitou substancialmente a avaliação factual de suas habilidades de cuidado, vulnerabilidade e estado mental na época. Além disso, a Corte não encontrou elementos nas decisões dos tribunais nacionais que explicassem como esses tribunais estabeleceram ou avaliaram o melhor interesse da criança. Assim, não ficou claro se os tribunais consideraram e tentaram mitigar o sofrimento potencial que a criança poderia experimentar se seu único contato com o pai ocorresse na presença de ambos os pais. Também, não encontrou indicação de que os tribunais tenham explorado suficientemente as alegações de que a criança teria sofrido abuso de seu pai. Por essas razões, a Corte concluiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção em relação ao requerente.	ser aplicável, a título de dano não patrimonial, a ser convertido na moeda do Estado réu à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o vencimento dos três meses mencionados até o pagamento, juros simples serão devidos sobre o valor acima, à taxa igual à taxa de juros marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 11. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem?

Quadro 41 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Romênia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	B. *versus* Romênia A internação psiquiátrica é regida pelas disposições da Lei nº 487, de 11 de julho de 2002, sobre saúde mental e proteção de pessoas com transtornos mentais ("Lei de Saúde Mental – Lei nº 487/2002"), publicada no Diário Oficial nº 589 de 8 de agosto de 2002. A lei faz uma distinção entre internação voluntária e compulsória em instituições psiquiátricas. Os artigos 12 e 13 da lei determinam que a avaliação da saúde mental de uma pessoa, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico ou determinar se a pessoa está em pleno uso de suas faculdades mentais, exige um exame direto realizado por um psiquiatra. No caso de internação voluntária, essa avaliação ocorre a pedido da própria pessoa; no caso de internação compulsória, ocorre a pedido de uma autoridade competente ou de pessoa autorizada. De acordo com o artigo 29 da lei, o psiquiatra é obrigado a obter o consentimento da pessoa para o tratamento e a respeitar seu direito de receber assistência ao dar seu consentimento. O consentimento pode ser retirado a qualquer momento pelo paciente ou por seu representante (artigo 30). Caso o psiquiatra suspeite de conflito de interesses entre o paciente e o representante, deve informar o Ministério Público para iniciar o procedimento de nomeação de um representante legal (artigo 31). Qualquer pessoa internada em instituição psiquiátrica deve ser informada de seus direitos o mais rápido possível e deve receber explicações claras sobre como exercê-los. Se a pessoa não puder entender essas informações, elas devem ser fornecidas ao seu representante legal ou pessoal (artigo 38). Um paciente internado voluntariamente tem o direito de deixar a instituição psiquiátrica a qualquer momento, mediante solicitação própria (artigo 43). A mesma regra se aplica quando uma pessoa que inicialmente consentiu com a internação posteriormente retira o consentimento (artigo 55). Os artigos 44-53 da lei tratam das várias circunstâncias em que a internação compulsória pode ocorrer, após um exame psiquiátrico, e do procedimento correspondente (um pedido fundamentado, apresentado por familiares, polícia ou médico do paciente; notificação da decisão do psiquiatra ao paciente, ao representante, à família, ao Ministério Público e a um painel médico, para confirmação). É possível interpor recurso contra uma decisão de internação compulsória junto ao tribunal competente, conforme estabelecido por lei, pelo paciente ou por seu representante (artigo 54). As autoridades, em particular o Ministério da Saúde, eram responsáveis por adotar as medidas necessárias para aplicar a lei (artigo 63). O Ministério cumpriu essa obrigação emitindo regulamentos complementares em um decreto de 10 de abril de 2006. Esse decreto determinou, entre outras coisas, que os hospitais autorizados a internar pacientes compulsoriamente fossem designados em até 30 dias (artigo 27). Ele também estabeleceu a obrigação de o psiquiatra informar o paciente, sua família e seu representante sobre o direito de contestar a decisão de internação e sobre o procedimento aplicável (artigo 28), além de incluir formulários padrão para notificação de decisões, conforme exigido pela Lei nº 487/2002. A Lei nº 487/2002 foi alterada pela Lei nº 600/2004, publicada no Diário Oficial nº 1228 de 21 de dezembro de 2004, e posteriormente pela Lei nº 129/2012, publicada no Diário Oficial nº 487 de 17 de julho de 2012. A Lei nº 129/2012 adicionou o artigo 381, que estabelece que qualquer pessoa com plena capacidade civil admitida para tratamento psiquiátrico tem direito a nomear um representante acordado, gratuitamente, para assisti-la ou representá-la durante o tratamento. Segundo essa nova disposição, se o paciente não tiver representante legal e não puder nomear um representante acordado devido à incapacidade mental, o hospital deve notificar imediatamente a autoridade tutelar correspondente ao local de residência do paciente ou, se o local de residência for desconhecido, a autoridade tutelar da localidade onde o hospital está situado, para que sejam tomadas medidas de proteção legal. Decreto de 10 de abril de 2006 emitido pelo Ministro da Saúde sobre a aplicação da Lei de Saúde Mental (Lei nº 487/2002). Este decreto, que entrou em vigor em 2 de maio de 2006, regula o procedimento para a implementação da Lei de Saúde Mental (Lei nº 487/2002). O Artigo 29 prevê que um pedido de internação compulsória deve ser feito diretamente no hospital por uma das pessoas ou autoridades autorizadas pela seção 47 da Lei nº

	487/2002; o pedido deve ser feito por escrito e assinado pela pessoa que o apresenta, indicando os motivos que o justificam. O Artigo 28 estabelece que, se o psiquiatra considerar que as condições para a internação compulsória estão satisfeitas, ele ou ela deve informar a pessoa envolvida sobre seu direito de contestar a decisão, explicando o procedimento para fazê-lo. O Artigo 33 exige que as instituições psiquiátricas mantenham um registro dedicado contendo informações sobre pessoas internadas contra a sua vontade, incluindo todas as decisões relacionadas a elas. O Artigo 34 detalha os requisitos formais que o psiquiatra responsável pela decisão de internação compulsória e o painel que a aprova devem observar ao notificar o Ministério Público sobre suas decisões. Lei de Proteção das Pessoas com Deficiência (Lei nº 448/2006) foi publicada no Diário Oficial nº 1006, em 18 de dezembro de 2006. Posteriormente, foi alterada, e a versão revisada foi publicada no Diário Oficial nº 1, de 3 de janeiro de 2008. De acordo com a seção 25 da lei alterada, pessoas com deficiência estão protegidas contra negligência e abuso, bem como contra qualquer discriminação baseada em sua localização. Pessoas que são total ou parcialmente incapazes de administrar seus próprios assuntos recebem proteção legal sob a forma de tutela total ou parcial, bem como assistência jurídica. Caso uma pessoa com deficiência não tenha pais ou qualquer outra pessoa que possa concordar em atuar como seu tutor, um tribunal pode nomear como tutor a autoridade pública local ou a entidade de direito privado que presta cuidados à pessoa em questão. Relatórios de organizações não governamentais sobre a aplicação da Lei de Saúde Mental. Um relatório sobre a observância dos direitos das pessoas internadas em instituições psiquiátricas, emitido em outubro de 2009 por uma organização não governamental, o Centro de Recursos Jurídicos (Centrul de Resurse Juridice), observou que as autoridades ainda não haviam designado os hospitais autorizados a internar pacientes compulsoriamente, o que – juntamente com o conhecimento precário do pessoal médico sobre os procedimentos mencionados – dificultava a aplicação correta e consistente da Lei nº 487/2002. Em resposta a um memorando da Anistia Internacional, publicado em 4 de maio de 2004, alegando que a Romênia estava violando os padrões internacionais relativos à internação e às condições em instituições psiquiátricas, o Governo romeno emitiu um comunicado de imprensa no mesmo dia, contestando a alegação de que a Lei nº 487/2002 não seria aplicável até que regras para sua implementação fossem adotadas. Segundo o Governo, vários processos nos quais pessoas contestaram ordens de internação compulsória em instituições psiquiátricas estavam pendentes na época perante os tribunais nacionais. O mesmo memorando declarou que, durante uma visita em novembro de 2003 a uma ala psiquiátrica masculina fechada no Hospital Obregia, em Bucareste, um representante da Anistia Internacional foi informado de que muitas das pessoas levadas ao hospital inicialmente recusaram a internação, mas foram "persuadidas" de que isso era do seu melhor interesse, antes de assinarem um formulário consentindo com o tratamento. Assim, vinte homens em uma ala trancada foram considerados pacientes “voluntários”. Alguns deles se queixaram de que gostariam de sair do hospital, mas não tinham permissão para isso. Código da Família. Artigo 97 § 2: "Os pais devem exercer seus direitos parentais no interesse da criança." Artigo 98: "As medidas relativas à pessoa e aos bens da criança devem ser tomadas de comum acordo entre os pais”. Artigo 100 §§ 1 e 3: "As crianças menores de idade devem morar com seus pais ...Em caso de desacordo entre os pais, o tribunal, após consultar a autoridade tutelar e a criança, caso esta tenha dez anos ou mais, decidirá a questão, levando em conta o interesse da criança." Artigo 103: "Os pais têm o direito de solicitar que seu filho lhes seja devolvido por qualquer pessoa que detenha a guarda não autorizada da criança. Os tribunais deverão recusar tal solicitação se isso não for do interesse da criança. A criança será consultada se tiver dez anos ou mais." Artigo 108:"A autoridade tutelar deve supervisionar de forma contínua e eficaz a maneira como os pais cumprem suas obrigações em relação à pessoa e aos bens da criança. Os representantes da autoridade tutelar têm o direito de visitar as crianças em suas casas e de se informar por todos os meios disponíveis sobre a maneira como as pessoas responsáveis por elas cuidam delas, sobre sua saúde e desenvolvimento físico, sua educação ...; caso necessário, darão as instruções pertinentes." A autoridade tutelar pode ser assistida em seu trabalho por grupos de apoio compostos por figuras como parlamentares, professores, advogados e representantes da Cruz Vermelha. Os departamentos de proteção infantil dos condados são instituições públicas de nível distrital com personalidade jurídica, sob a autoridade do conselho do condado. Sua

	função é oferecer às crianças em situação de dificuldade a proteção e assistência necessárias para desfrutar de seus direitos, além de apoiá-las e orientá-las com o objetivo de prevenir quaisquer situações que possam colocar em risco sua segurança e desenvolvimento.
	Atudorei *versus* Romênia A legislação invocada pela Corte é a mesma do caso anterior.
	Cinta *versus* Romênia De acordo com o Artigo 262 do Código Civil, uma criança que não reside com um dos pais tem o direito de manter relações pessoais com o pai ou mãe ausente. O exercício desse direito só pode ser limitado de acordo com a lei, por motivos fortes e sempre considerando o melhor interesse da criança. O Artigo 263 do CC, intitulado "O princípio do melhor interesse da criança", determina que, ao adotar qualquer medida relativa aos direitos da criança, as autoridades devem ser guiadas pelo princípio do melhor interesse da criança. As decisões das autoridades em assuntos relacionados a crianças devem levar em conta os desejos e interesses dos pais e devem ser tomadas de forma célere. De acordo com o Artigo 400 do CC, o tribunal que decide sobre o divórcio dos pais também determina a residência da criança com um dos pais, com base no melhor interesse da criança. O Artigo 401 do CC prevê que o pai ou mãe com quem a criança não reside tem o direito de manter relações pessoais com ela. O tribunal que decide sobre o divórcio estabelecerá a forma como esse direito será exercido. A discriminação é proibida pelo Artigo 16 da Constituição. A Ordem Governamental no. 137/2000 sobre a prevenção e punição de todas as formas de discriminação inclui regulamentações abrangentes sobre o tema da discriminação. Em particular, o Artigo 1 da Ordem Anti-discriminação declara que a dignidade humana, os direitos e as liberdades dos cidadãos do Estado, bem como o livre desenvolvimento da personalidade, representam valores fundamentais e são protegidos por lei. O artigo enumera todas as áreas nas quais os princípios de igualdade de tratamento e não discriminação são garantidos. O Artigo 2 § 1 da Ordem Anti-discriminação define discriminação como qualquer diferença de tratamento, exclusão, restrição ou tratamento preferencial com base em raça, nacionalidade, etnia, língua, religião, origem social, opiniões, sexo, orientação sexual, idade, deficiência, doença, infecção por HIV, associação com um grupo desfavorecido ou qualquer outro critério, que tenha como objetivo restringir ou negar direitos e liberdades fundamentais.

Rússia

Quadro 42 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Rússia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Rakevich *versus* Rússia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e segurança e violação do direito de recorrer a um tribunal.	2004	Em 25 de setembro de 1999, a requerente estava visitando sua conhecida, M. Ela alegou que passou a noite lá para estudar a Bíblia e compartilhar suas opiniões religiosas. No dia seguinte, M., ofendida pelas opiniões da requerente, chamou uma ambulância para levá-la a um hospital psiquiátrico. Confusa com a chegada da ambulância, a requerente pediu explicações a M., mas foi ordenada pelos médicos a segui-los. De acordo com o Governo, a conhecida encontrou a requerente na rua no dia anterior, ficou perplexa com seu comportamento incomum e a levou para sua casa para cuidar dela. A requerente passou a noite sem dormir, chorando, olhando em volta, chamando pela mãe (que morava no Cazaquistão) e tendo alucinações. Por isso, a conhecida chamou a ambulância. A requerente foi levada para o Hospital Psiquiátrico da cidade de Yekaterinburg. O médico de plantão considerou que ela sofria de um grave transtorno mental, apresentando sintomas de medo, ansiedade e desorientação, o que a tornava um perigo para si mesma. Ela chorava e não cooperava com o médico. No dia 26 de setembro de 1999, o hospital solicitou ao tribunal a aprovação para a internação da requerente. Dois dias depois, em 28 de setembro de 1999, uma comissão médica diagnosticou a requerente com esquizofrenia paranoide e confirmou que ela deveria permanecer internada. Em 5 de novembro de 1999, o Tribunal Distrital de Ordzhonikidzevskiy, em Yekaterinburg, após uma audiência no hospital, confirmou que a internação da requerente foi necessária, pois ela havia sofrido um ataque agudo de esquizofrenia paranoide. O tribunal baseou-se em afirmações do hospital, que alegava que a condição mental agravada da requerente colocava sua integridade física em risco e que ela estava delirante. O representante da requerente não teve acesso ao relatório da comissão médica nem antes nem depois da audiência, apesar das solicitações. Em 11 de novembro de 1999, a requerente apresentou recurso contra a decisão de 5 de novembro. Ela afirmou que não conseguiu apresentar detalhes no recurso, pois, na época, o texto final da decisão do tribunal ainda não havia sido entregue a ela. Em 24 de dezembro de 1999, o Tribunal Regional de Sverdlovsk rejeitou o recurso e confirmou que a internação da requerente havia sido necessária. No entanto, o tribunal concluiu que a requerente não necessitava mais de internação, pois tinha um emprego, era mãe solteira de um menino em idade escolar e já havia passado um tempo considerável no hospital. A requerente afirmou que não foi comprovado de forma confiável por evidências médicas objetivas que ela estava com a "mente insana" no momento de	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 Decidiu que o Estado réu deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar final, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 3.000 (três mil euros) a título de danos não patrimoniais, a ser convertido na moeda nacional do Estado réu pela taxa aplicável na data do pagamento, acrescido de qualquer imposto que possa ser aplicável.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 3. É garantido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação: 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo -

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		sua internação. A requerente também alegou que as circunstâncias em que sua internação ocorreu não poderiam ser classificadas como uma "emergência psiquiátrica". Os motivos citados pelo Tribunal Distrital de Ordzhonikidzevskiy para justificar sua hospitalização — estar "desvairada", ficar acordada à noite, chorando sobre as Escrituras, escrevendo queixas frequentes — eram grotescos e não indicavam, nem de longe, uma emergência. A requerente afirmou que seu comportamento não era violento e não representava risco para a sua segurança ou para a de outras pessoas. Na opinião dela, uma atividade religiosa na casa de uma amiga não era perigosa, pelo menos não para o público. A Corte reitera que o termo “pessoa de mente insana” não possui uma definição precisa, uma vez que a psiquiatria é um campo em evolução, tanto médica quanto socialmente. No entanto, não pode ser interpretado como permitindo a detenção de alguém simplesmente porque suas opiniões ou comportamentos se desviam das normas estabelecidas. A requerente também se queixou de que a revisão judicial de sua detenção foi deficiente em termos de escopo, equidade e celeridade. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 e do Artigo 5 § 4 da Convenção.		2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas: 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização: São garantidas às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Shulepova *versus* Rússia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança e violação ao direito a um processo equitativo.	2009	No início de fevereiro de 1999, a requerente reclamou à sua médica, Sra. K., sobre os vizinhos, alegando que eles a submetiam a emissões eletromagnéticas, tentavam contaminá-la com HIV, criavam ruídos e correntes de ar e a torturavam de várias outras maneiras. Ela ameaçou jogar ácido neles. Em 10 de fevereiro de 1999, uma junta médica composta por dois psiquiatras e três clínicos gerais da Associação Médica da Cidade de Baltiysk concluiu que a requerente sofria de transtorno de personalidade paranoide, apresentava alucinações e era agressiva, representando perigo para si mesma e para os outros. Também foi constatado que ela sofria de hipertensão. No mesmo dia, ela foi levada para o Hospital Psiquiátrico Regional Nº 1 de Kaliningrado. Em 12 de fevereiro de 1999, os psiquiatras do hospital diagnosticaram psicose paranoide involutiva e concluíram que ela necessitava de tratamento compulsório. Ainda em 12 de fevereiro, o hospital solicitou ao tribunal a aprovação do internamento da requerente. Em 16 de fevereiro, o Tribunal Distrital de Leningradskiy de Kaliningrado ordenou que ela permanecesse provisoriamente no hospital até que o pedido fosse analisado, com audiência marcada para 18 de fevereiro de 1999. A audiência não ocorreu na data prevista, e os registros indicaram que a requerente não conseguiu nomear um representante devido ao seu grave estado mental. Em 26 de março de 1999, a requerente consentiu em receber tratamento médico, permanecendo no hospital até 21 de abril de 1999. Em 13 de maio de 1999, o processo judicial foi encerrado após o hospital retirar sua solicitação. Após a alta, a requerente apresentou uma reclamação ao Ministério Público sobre o seu suposto confinamento ilegal. Em 1º de fevereiro de 2000, o Chefe do Departamento de Supervisão da Aplicação da Lei do Ministério Público Regional de Kaliningrado reconheceu que, de 16 a 26 de março de 1999, a requerente havia sido mantida ilegalmente no hospital sem uma decisão judicial e informou que medidas seriam tomadas para remediar a situação. Em 11 de abril de 2002, o Tribunal Distrital de Leningradskiy informou ao Ministério Público que tomaria medidas para evitar violações semelhantes no futuro e comprometeu-se a observar os prazos para analisar solicitações de hospitais. Enquanto isso, em 21 de fevereiro de 2000, a requerente processou a médica K. e o hospital por danos morais. Ela contestou as conclusões das juntas médicas de 10 e 12 de fevereiro de 1999, afirmando que não sofria de nenhum transtorno mental e que seu confinamento não era necessário. Alegou também que sua detenção foi ilegal, pois não havia uma ordem judicial que a fundamentasse, e solicitou uma indenização por danos não patrimoniais. O representante do hospital argumentou que os achados médicos estavam corretos e que o confinamento foi legal, pedindo que as reivindicações da requerente fossem rejeitadas. Em 22 de junho de 2000, o Tribunal Distrital de Leningradskiy de Kaliningrado concluiu	Artigo 5 § 1 Artigo 6 § 1 (a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que a sentença se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, 4.000 euros (quatro mil euros), mais quaisquer impostos aplicáveis, a título de danos morais, a serem convertidos em rublos russos à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, a partir do término dos três meses mencionados até o pagamento, juros simples deverão ser aplicados sobre o montante acima, a uma taxa igual à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		que não havia razões para questionar os achados das juntas médicas e considerou o confinamento da requerente legal. Em 25 de outubro de 2000, o Tribunal Regional de Kaliningrado anulou a decisão e remeteu o caso para nova análise. Constatou que o tribunal de primeira instância não havia abordado as críticas da requerente às conclusões das juntas médicas de 10 e 12 de fevereiro de 1999 e falhado em verificar se o confinamento era justificado por sua condição mental. Em 31 de maio de 2001, o Tribunal Distrital de Leningradskiy determinou que seria necessário um parecer de especialistas para avaliar a condição mental da requerente em fevereiro de 1999. Especialistas do hospital foram designados para realizar a análise psiquiátrica e verificar se os achados das juntas médicas eram corretos e se o estado mental da requerente justificava o tratamento compulsório. Em 30 de julho de 2002, os especialistas analisaram o prontuário médico da requerente, incluindo os relatórios de 10 e 12 de fevereiro de 1999, e concluíram que os achados estavam corretos e que a internação involuntária era justificada, considerando sua grave condição mental. A requerente contestou o relatório dos especialistas, alegando que eram tendenciosos por serem funcionários do hospital, e pediu ao tribunal que o desconsiderasse. Em 15 de janeiro de 2003, o Tribunal Distrital de Leningradskiy rejeitou a reclamação da requerente. Com base nos relatórios médicos de 10 e 12 de fevereiro de 1999 e no relatório de 30 de julho de 2002, concluiu que o confinamento da requerente no hospital era necessário devido ao perigo que ela representava para o público e para si mesma. O tribunal considerou que o relatório de 30 de julho de 2002 era admissível, pois os especialistas haviam sido informados de sua responsabilidade criminal por falso testemunho e não incluíam os psiquiatras que examinaram a requerente em 12 de fevereiro de 1999. A requerente apelou da decisão. Em sua apelação, ela argumentou, em particular, que os especialistas responsáveis pelo relatório de 30 de julho de 2002 eram parciais. Em 2 de abril de 2003, o Tribunal Regional de Kaliningrado manteve a decisão, considerando-a legal e justificada. Com relação aos especialistas, o tribunal afirmou que o julgamento não se baseou exclusivamente no relatório de 30 de julho de 2002, mas foi corroborado por outras evidências. Dessa forma, a requerente argumentou que sua privação de liberdade não havia sido autorizada "de acordo com um procedimento previsto em lei". Em particular, a solicitação do hospital não foi examinada por um tribunal no prazo de cinco dias, conforme exigido pela legislação nacional. A decisão de 16 de fevereiro de 1999, que ordenou sua internação provisória, foi tomada na sua ausência e na ausência de um representante. Assim, não poderia constituir uma base legal para sua internação. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 e Artigo 6 § 1 da Convenção.		prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Bik *versus* Rússia Tema Central: **Internação compulsória** – violação do direito à liberdade e segurança.	2010	Em 27 de maio de 2002, a mãe do requerente solicitou à Clínica Psiquiátrica Ambulatorial Nº 21 que examinasse seu filho, preocupada com mudanças em seu comportamento. Ele tinha medo de sair de casa, havia cortado todos os contatos sociais e ficava assustado com ruídos ou o som do telefone. O requerente recusou-se a ser examinado pelos médicos da Clínica, e, em 29 de maio de 2002, a Dra. N., psiquiatra da Clínica, solicitou à justiça uma ordem para avaliação psiquiátrica sem o consentimento dele. A Dra. N. baseou-se nas informações fornecidas pela mãe do requerente e indicou que ele poderia estar sofrendo de um transtorno mental grave, o que comprometia sua capacidade de lidar com as demandas da vida cotidiana, e que sua condição poderia piorar sem tratamento psiquiátrico. O requerente recusou-se a ser examinado pelos médicos da Clínica, e, em 29 de maio de 2002, a Dra. N., psiquiatra da Clínica, solicitou à justiça uma ordem para avaliação psiquiátrica sem o consentimento dele. A Dra. N. baseou-se nas informações fornecidas pela mãe do requerente e indicou que ele poderia estar sofrendo de um transtorno mental grave, o que comprometia sua capacidade de lidar com as demandas da vida cotidiana, e que sua condição poderia piorar sem tratamento psiquiátrico. Em 31 de maio de 2002, o Tribunal Distrital de Cheremushkinskiy, em Moscou, autorizou a avaliação psiquiátrica. O requerente afirmou que foi informado dessa decisão posteriormente. Em 5 de junho de 2002, a Dra. N. examinou o requerente em casa, na presença de sua mãe. O requerente estava agitado, gritou com a médica e a mãe e os expulsou. A Dra. N. concluiu que ele sofria de esquizofrenia paranoide e precisava ser internado para avaliação e tratamento. Às 19h20, ele foi admitido no Hospital Psiquiátrico Nº 15. Segundo o requerente, ele foi primeiro levado a uma delegacia antes de ser encaminhado ao hospital. Em 7 de junho de 2002, o requerente concordou em receber tratamento no hospital até 14 de junho de 2002. Em 14 de junho de 2002, ele recusou continuar no hospital. Ao meio-dia, três psiquiatras diagnosticaram provisoriamente síndrome depressiva e esquizofrenia. Eles observaram que o requerente era solitário, antissocial e tinha ideias delirantes sobre sua mãe. Concluíram que o transtorno era grave o suficiente para justificar tratamento hospitalar. Em 17 de junho de 2002, a administração do hospital solicitou ao tribunal a extensão da internação. O Tribunal Distrital de Nagatinskiy autorizou	Artigo 5 § 1 (a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar ao requerente, no prazo de três meses a partir da data em que a sentença se tornar definitiva, de acordo com o artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 1.000 (mil euros) a título de danos morais, acrescidos de quaisquer impostos aplicáveis, a serem convertidos em rublos russos à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, a partir do término dos três meses acima mencionados até a liquidação, juros simples serão devidos sobre o montante acima à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		provisoriamente a continuidade da internação no mesmo dia, sem justificar sua decisão. Em 21 de junho de 2002, o Tribunal de Nagatinskiy autorizou a extensão da internação do requerente. A audiência ocorreu nas dependências do hospital, com a presença do requerente, mas sem representação legal. Em 27 de junho de 2002, o requerente consentiu por escrito em continuar o tratamento hospitalar. Após melhora em sua condição, ele recebeu alta em 4 de julho de 2002. Em 23 de janeiro de 2003, o requerente recorreu da decisão de 21 de junho de 2002, argumentando que o tribunal não verificou a legalidade de sua internação. Em 20 de março de 2003, o Tribunal da Cidade de Moscou confirmou a decisão de 21 de junho de 2002. O tribunal observou que a internação foi realizada de acordo com as leis aplicáveis, necessária devido ao transtorno psiquiátrico grave do requerente, e destacou que ele poderia ter solicitado representação legal na primeira instância, mas não o fez. Para a Corte, o requerente alegou que a internação compulsória no hospital psiquiátrico durante o período de 14 a 27 de junho de 2002 foi realizada de forma ilegal. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção.		2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?
Lashin *versus* Rússia Temas Centrais: **Capacidade jurídica e internação involuntária** – violação do direito à liberdade e à segurança, violação do direito de recorrer a um tribunal e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2013	O requerente sofre de esquizofrenia, diagnosticada pela primeira vez em 1987. Nas décadas de 1980 e início dos anos 1990, ele trabalhou como motorista de ônibus, mas em 1995 parou de trabalhar. O requerente passou a escrever cartas sem sentido para autoridades estaduais e apresentou várias queixas administrativas e processos judiciais. Em determinado momento, começou a dar dinheiro e roupas para estranhos e convidá-los para sua casa, explicando isso por considerações religiosas. Esse comportamento levou a conflitos recorrentes com sua esposa. O requerente tornou-se irritado, agressivo e, em 1996, tentou estrangulá-la. Como resultado, divorciaram-se. Em 1998, o requerente recebeu oficialmente o status de "2º grau de invalidez" devido ao seu transtorno mental. Entre 1989 e 17 de julho de 2000, o requerente foi hospitalizado nove vezes no Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk. Conforme o parecer do Instituto Serbskiy de 19 de agosto de 1999 (um centro de pesquisa psiquiátrica estatal de referência baseado em Moscou), durante esse período, o requerente se considerava um "defensor da justiça", acreditava que sabia segredos importantes do Estado e alegava que havia uma conspiração contra ele. Dentre outras coisas, ele contestou seu diagnóstico, reclamou de sua internação no hospital, ameaçou os médicos que o tratavam no Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk e tentou abrir processos criminais contra eles. O relatório não mencionou qualquer incidente de violência ou comportamento autodestrutivo após 1996, e não houve alegação de que, durante esse período, o requerente fosse incapaz de cuidar de si mesmo na vida cotidiana.	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar final de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 25.000 (vinte e cinco mil euros) a título de danos não patrimoniais, a ser convertido para rublos russos à taxa aplicável na data do pagamento, acrescido de quaisquer impostos que possam ser	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Em 5 de abril de 2000, o requerente passou por um exame no Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk realizado por um painel de médicos, que confirmou o diagnóstico anterior e a opinião do Instituto Serbskiy e concluiu que o requerente era "incapaz de entender o significado de seus atos e de controlá-los". Em 16 de junho de 2000, após uma solicitação do Ministério Público, o Tribunal Distrital de Kuybyshevskiy, em Omsk, declarou o requerente legalmente incapaz devido à sua doença. A audiência ocorreu na ausência do requerente. Em 30 de agosto de 2000, o Tribunal Regional de Omsk confirmou a decisão do Tribunal Distrital. Em uma data não especificada, o Departamento Municipal de Saúde Pública de Omsk nomeou o pai do requerente como seu curador. Posteriormente, em 2000 e 2001, respectivamente, a filha e o pai do requerente pediram novos exames para restaurar sua capacidade. Em 2 de dezembro de 2002, o requerente e sua noiva, Sra. D., solicitaram que o município registrasse seu casamento. Segundo o requerente, eles não receberam resposta do município. Em 4 de dezembro de 2002, um psiquiatra de distrito examinou o requerente e concluiu que ele sofria de "esquizofrenia paranoide com delírio de reformismo". O psiquiatra emitiu uma ordem de internação. Em 6 de dezembro de 2002, o Conselho de Tutela da Região de Omsk decidiu retirar o status de curador do pai do requerente. A decisão foi tomada pelo Conselho de Tutela sem que o requerente ou seu pai fossem ouvidos. Em virtude da ordem de internação, o requerente foi colocado no Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk em 9 de dezembro de 2002. Segundo o requerente, ele e seu pai se opuseram de forma inequívoca a essa internação provisória no hospital. No mesmo dia, um painel de três médicos do Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk examinou o requerente e concluiu que ele deveria permanecer no hospital. Eles basearam-se principalmente no histórico médico do requerente, que levou à perda de sua capacidade. O relatório afirmava que o agravamento da condição mental do requerente era demonstrado pelas numerosas queixas com as quais ele tentava recuperar sua capacidade jurídica e contestar as ações do hospital. Em 10 de dezembro de 2002, a Autoridade Municipal de Saúde Pública de Omsk aprovou a decisão tomada pelo Conselho de Tutela em 6 de dezembro de 2002. A partir desse momento, o pai do requerente deixou de ser seu curador e, segundo o Governo, as funções de curador do requerente passaram a ser exercidas pelas autoridades municipais, ou seja, pela Autoridade Municipal de Saúde Pública de Omsk. Após ser informado dessa decisão, o requerente pediu ao pessoal do hospital que o liberasse para tratamento domiciliar. No entanto, o pessoal do hospital recusou-se e o proibiu de ver ou falar com seus familiares. Em 15 de dezembro de 2002, o requerente entrou com um pedido no tribunal para sua liberação do Hospital Psiquiátrico Regional de Omsk. No entanto, o juiz informou o requerente por carta	cobrados; (b) Decidiu que, após o término do mencionado período de três meses até o pagamento, juros simples deverão ser pagos sobre o valor acima, à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		que tal internação provisória de um paciente em um hospital psiquiátrico por um período necessário para o exame do caso sobre o mérito não estava sujeita a revisão judicial. Em 10 de outubro de 2003, o Conselho de Tutela decidiu nomear a filha do requerente como sua curadora. Essa decisão foi aprovada pelo município em 17 de outubro de 2003. Em 10 de dezembro de 2003, o requerente foi liberado do hospital municipal. O relatório médico emitido em relação à alta do requerente indicava que sua saúde mental, durante o período de internação, foi predominantemente caracterizada por ideias "litigiosas" semelhantes às que ele havia apresentado no momento de sua admissão. Em 2006, os parentes do requerente ingressaram com um processo judicial buscando restaurar a plena capacidade do requerente. A Corte não recebeu informações sobre o resultado desse processo. Ao final, a Corte concluiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção devido à manutenção do status do requerente como pessoa incapaz, o que não foi revisado em 2002 e 2003; houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção devido à hospitalização do requerente no hospital psiquiátrico em 2002-2003; houve a violação do Artigo 5 § 4 da Convenção devido à incapacidade do requerente de obter uma revisão da legalidade de sua internação no hospital psiquiátrico.		
Petukhova *versus* Rússia Tema Central: **Internação compulsória** – violação do direito à liberdade e segurança.	2013	A requerente, nascida em 1937 e residente em Moscou, apresentou uma queixa à polícia em dezembro de 2005, alegando que vizinhos danificaram sua propriedade e usaram "geradores psicotrônicos" para prejudicar sua saúde mental. Após relatos dos vizinhos sobre comportamentos considerados inadequados, como andar nua na rua e gritar, a polícia solicitou que a Clínica Psiconeurológica nº 20 realizasse uma avaliação psiquiátrica da requerente. Em julho de 2006, um relatório da clínica recomendou a avaliação involuntária devido a indícios de transtorno psiquiátrico, apoiando-se em evidências antigas. O Tribunal Distrital de Kuzminskiy autorizou a avaliação sem a presença da requerente, alegando risco de deterioração da saúde mental e possível comportamento agressivo. Em dezembro de 2006, policiais levaram a requerente à força para um hospital psiquiátrico, onde foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide. Após sua alta, a requerente contestou a decisão judicial, alegando falta de notificação, ausência de justificativas adequadas e base insuficiente no relatório psiquiátrico. Apelos subsequentes ao Tribunal da Cidade de Moscou e ao Tribunal Constitucional da Rússia foram rejeitados, com os tribunais defendendo a legalidade do procedimento. Dessa forma, para a Corte, a requerente reclamou que, em 1º de dezembro de 2006, foi ilegalmente privada de sua liberdade para a realização de um exame psiquiátrico involuntário. A requerente também reclamou que, entre 1º e 4 de dezembro de 2006, ela foi internada compulsoriamente em um hospital	Artigo 5 § 1 a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que a decisão se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes montantes, a serem convertidos em rublos russos à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 3.000 (três mil euros), mais qualquer imposto aplicável, a título de danos morais; (ii) EUR 850 (oitocentos e cinquenta euros), mais qualquer imposto aplicável à	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		psiquiátrico contra sua vontade. Ao analisar o caso, a Corte reiterou que a liberdade física de uma pessoa é um direito fundamental que protege a segurança física do indivíduo. Ao final, a Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção.	requerente, a título de custas e despesas; (b) Decidiu que, a partir do término do prazo de três meses mencionado acima até o pagamento, serão aplicáveis juros simples sobre os montantes acima, a uma taxa equivalente à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?
Zagidulina *versus* Rússia	2013	A requerente nasceu em 1935 e residia em Moscou. Desde 1987, estava registrada como paciente ambulatorial no Hospital Psiquiátrico nº 5 em Moscou. Antes dos acontecimentos em questão, nunca havia sido internada em uma instituição psiquiátrica. Em 2005, a filha da requerente, que também sofre de um transtorno mental, estava recebendo tratamento psiquiátrico hospitalar no Hospital Psiquiátrico nº 1 de Moscou ("o PHM"). Entre abril e maio de 2005, a requerente fez várias queixas à administração do hospital, alegando tratamento inadequado de sua filha e que os psiquiatras responsáveis haviam tentado envenená-la. No dia 13 de maio de 2005, a requerente foi ao PHM para visitar sua filha e exigir sua imediata liberação da instituição. A Sra. K., uma psiquiatra de plantão na recepção, notou que a requerente estava ansiosa e delirante, e a encaminhou para o psiquiatra chefe do hospital, Sra. Sh. A requerente foi considerada como apresentando sintomas de transtorno mental, e seu internamento foi recomendado. Embora a	Artigo 5 § 1 a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se torne definitivo, conforme o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos em rublos	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Tema Central: **Internação involuntária** – violação do direito à liberdade e segurança.		requerente não tenha consentido em ser internada, ela foi admitida no PHM. No dia 14 de maio de 2005, um painel médico composto pelos psiquiatras residentes do PHM diagnosticou a requerente com esquizofrenia paranoide, manifestado por mudanças de personalidade e paranoia. O painel também concluiu que a requerente representava um perigo para si mesma e para os outros, recomendando o tratamento psiquiátrico involuntário e hospitalar. No mesmo dia, o PHM solicitou autorização judicial para o internamento involuntário da requerente com base no artigo 29 (a) da Lei da Federação Russa sobre Assistência Psiquiátrica e Garantias dos Direitos dos Cidadãos Relacionados à sua Administração de 1992. No dia 16 de maio de 2005, o Tribunal Distrital de Simonovskiy recebeu o pedido de internação involuntária da requerente e agendou uma audiência para as 16h do mesmo dia. A audiência contou com a presença de um promotor, do psiquiatra responsável pela requerente e de um representante do PHM. O psiquiatra responsável e o representante do PHM solicitaram ao Tribunal Distrital que realizasse a audiência sem a presença da requerente, alegando que ela não poderia participar por motivos médicos. A audiência foi realizada sem a presença da requerente ou de seu representante. Em 17 de junho de 2005, a requerente foi liberada do PHM. Após sua liberação, a requerente tomou conhecimento de que sua internação havia sido autorizada por um tribunal e apelou contra a decisão de 16 de maio de 2005. Ela alegou que o Tribunal Distrital havia examinado o pedido de internação involuntária na sua ausência e desconsiderado o fato de que ela não representava perigo, e, portanto, não necessitava de internação. Alegando violação do Artigo 5 § 1 da Convenção, a requerente, em suas alegações, argumentou que as autoridades nacionais competentes não tinham motivo para interná-la em uma instituição psiquiátrica, uma vez que ela havia ido de forma independente e consciente ao PHM para exigir a liberação de sua filha. Especificamente, ela alegou que não havia indicação anterior de que ela necessitasse de qualquer assistência psiquiátrica e nenhuma evidência havia sido apresentada em qualquer estágio que provasse que sua saúde mental estivesse em um estado que justificasse o tratamento involuntário. Além disso, a requerente destacou que as autoridades nacionais não conseguiram demonstrar que ela estava sofrendo de um "transtorno mental grave", conforme exigido pela seção 29 da Lei de Assistência Psiquiátrica de 1992. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção.	russos à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 7.500 (sete mil e quinhentos euros), acrescidos de quaisquer impostos que possam ser cobrados, a título de danos não pecuniários; (ii) EUR 2.500 (dois mil e quinhentos euros), acrescidos de quaisquer impostos que possam ser cobrados à requerente, a título de custos e despesas; b) Decidiu que, a partir do vencimento dos três meses mencionados acima até o pagamento, serão devidos juros simples sobre os valores mencionados à taxa igual à taxa de juros de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?
Shchiborshch e Kuzmina	2014	Os requerentes são pais de Sr. Shchiborshch, que era economista e autor de várias	Artigo 2	Itens diretamente

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
versus Rússia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à vida e violação do direito a um recurso efetivo.		publicações. Na época dos acontecimentos, ele tinha 37 anos e sofria de um distúrbio psiquiátrico que exigia internação hospitalar. Em 7 de julho de 2006, o primeiro requerente, após obter uma recomendação do Dispensário Psiconeurológico nº 10 de Moscou para a internação do Sr. Shchiborshch, contatou o departamento de polícia de Nagatinskiy Zaton e pediu ajuda para colocar seu filho em um hospital psiquiátrico. Ele explicou que Sr. Shchiborshch estava em estado delirante e não deixava ninguém entrar em seu apartamento, exceto o primeiro requerente, pois temia ladrões. Entre 11h20 e 12h40 do dia 7 de julho de 2006, o chefe do departamento policial ordenou ao policial G. que colocasse o Sr. Shchiborshch à força em um hospital. Em seguida, os policiais G., L. e D. chegaram à residência do filho dos requerentes. Quando o Sr. Shchiborshch abriu a porta do prédio e viu os policiais, ele imediatamente correu de volta para o seu apartamento e tentou fechar a porta. Ele recusou a ordem para ir ao departamento policial para ser transferido para um hospital. Primeiramente, os policiais tentaram retirar a mão dele da maçaneta para que ele não pudesse fechar a porta. O Sr. Shchiborshch ameaçou os policiais com uma faca de cozinha e feriu G. Os policiais, que usavam coletes à prova de balas, o golpearam com cassetetes de borracha e outros objetos. O Sr. Shchiborshch finalmente correu para a cozinha e se escondeu dentro dela. Os oficiais chamaram a unidade policial especial para apoio. Enquanto estava na cozinha, o Sr. Shchiborshch chamou uma ambulância e disse que precisava de ajuda porque havia sido ferido. Ele também ligou para a polícia, pedindo ajuda porque estava sendo "atacado por ladrões". Enquanto isso, a polícia de apoio chegou. Após tentativas frustradas de negociar com ele, decidiram "invadir" a cozinha. O Sr. Shchiborshch correu para a varanda e gritou por ajuda enquanto os policiais continuavam tentando apreendê-lo. Quando ele caiu no chão da varanda, eles o algemaram e o colocaram no chão da cozinha. O primeiro requerente, que havia sido instruído a ficar fora enquanto a polícia forçava a entrada na cozinha, foi então autorizado a entrar. Ele viu seu filho algemado e deitado no chão em uma poça de sangue. O Sr. Shchiborshch foi levado ao hospital nº 7 com múltiplos ferimentos e em coma. Ele morreu sem recuperar a consciência, tendo sofrido trauma craniano, edema cerebral, concussão, ferimentos cortantes na cabeça, corpo e extremidades, várias costelas fraturadas e ruptura da veia jugular. Em 7 de julho de 2006, o caso sobre a morte do Sr. Shchiborshch foi encaminhado ao Escritório do Procurador Interdistrital de Simonovskiy. No mesmo dia, as autoridades de investigação solicitaram uma autópsia para examinar o corpo de Sr. Shchiborshch. O relatório forense nº 1262, emitido em 10 de julho de 2006, constatou diversas lesões no corpo do Sr. Shchiborshch, incluindo trauma craniano, fraturas nas costelas, hematomas	Artigo 13 (a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar aos requerentes, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes montantes, acrescidos de quaisquer impostos que possam ser cobrados dos requerentes, a serem convertidos em rublos russos à taxa aplicável na data do pagamento: (i) 2.550 EUR (dois mil quinhentos e cinquenta euros) a título de danos materiais; (ii) 45.000 EUR (quarenta e cinco mil euros) a título de danos não materiais; (iii) 1.235 EUR (mil duzentos e trinta e cinco euros) a título de custos e despesas; (b) Decidiu que, após o término do prazo de três meses mencionado acima até o pagamento, juros simples deverão ser pagos sobre os valores acima mencionados à taxa igual à taxa marginal de	relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 1. Há uma abordagem intersetorial para a saúde mental?; 2. São desafiados o estigma e a discriminação associados à saúde mental?; 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		generalizados, e cortes profundos no pescoço. As lesões foram causadas enquanto ele ainda estava vivo, com os traumatismos cranianos e o corte no pescoço resultando em danos graves à saúde, sendo a causa da morte complicações como edema cerebral e perda de sangue. Apesar dos achados, o Escritório do Procurador inicialmente se recusou a abrir uma investigação criminal, alegando que os policiais agiram adequadamente em uma situação de risco à vida. Contudo, em 24 de julho de 2006, a decisão foi revertida, e uma investigação foi iniciada, com base na possível violação dos limites da legítima defesa pelos policiais. A investigação envolveu depoimentos de policiais, que relataram que, ao tentar prender o Sr. Shchiborshch, ele atacou os agentes com facas, o que levou ao uso de força excessiva para subjugá-lo. Um oficial da unidade especial de polícia afirmou que, ao tentar negociar com Sr. Shchiborshch, ele atacou com facas, e, após ser ferido, foi levado de volta ao hospital. A investigação continuou para apurar as circunstâncias e responsabilidades dos policiais, considerando o uso de força excessiva e possíveis abusos durante a operação. Em 7 de setembro de 2006, a médica Ch., do hospital psiquiátrico nº 13, foi questionada. Ela informou que tratava de Shchiborshch desde 2002, diagnosticando-o com esquizofrenia paranoide. Ele foi internado involuntariamente pela primeira vez em 2004, quando sua condição piorou repentinamente e ele foi levado ao hospital com queimaduras causadas por ele. Desde então, passou a apresentar agressividade e agravamento de seu delírio, sendo perigoso para si e para os outros. Embora tivesse uma atitude negativa em relação ao tratamento, aceitou doses pequenas de medicação. Após melhora, foi liberado do hospital. Em 4 de maio de 2010, os requerentes apresentaram uma queixa ao departamento de investigação do Distrito Simonovskiy de Moscou sobre o arquivamento da investigação. O resultado da queixa não é claro. Os requerentes alegam perante a Corte que a polícia foi responsável pela morte de seu filho. Em particular, embora tivessem sido chamados para lidar com uma pessoa com distúrbios mentais, não estavam treinados para tal situação, nem estavam acompanhados por um especialista, como um psiquiatra; e o uso excessivo e injustificado da força resultou na morte do Sr. Shchiborshch. A Corte considerou que houve violação do Artigo 2 da Convenção devido à falta de planejamento e controle na operação de hospitalização involuntária do Sr. Shchiborshch; e que que houve violação do Artigo 2 da Convenção devido à falha em conduzir uma investigação eficaz sobre os eventos que levaram à morte do Sr. Shchiborshch. Considerou, também, que houve violação do Artigo 13 da Convenção.	empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 3. São previstas salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 8. Há um marco para apoiar pessoas em situação de crise?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais? 5. Há limitação da intervenção policial em crises e, quando inevitável, é garantido que seja isenta de discriminação e de qualquer uso de força ou coerção?
Bataliny *versus* Rússia	2015	Em 2004, o requerente, que sofria de taquicardia e fortes dores de cabeça, foi diagnosticado com distonia neurocirculatória. Em 2004-2005, ele passou por tratamento em diversos hospitais em Moscou, sem resultados tangíveis. Em abril de 2005, sua condição piorou. Em 25 de maio de 2005, ele solicitou uma ambulância e foi levado à unidade de neurologia do Hospital Clínico Municipal nº 6 de Moscou, mas o médico de plantão recusou sua internação, alegando a ausência de patologias, e recomendou tratamento ambulatorial. Desesperado, o requerente cortou os vasos sanguíneos do antebraço. Ele foi então levado ao Instituto de Pesquisa N.V. Sklifosovsky, onde foi diagnosticado com transtorno de dor crônica, transtorno de personalidade, esquizofrenia crônica e tentativa de suicídio. Em 26 de maio de 2005, ele entrou em contato com seus pais, pedindo	Artigo 3 Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 (a) Decidiu que o Estado réu deve pagar ao requerente, dentro de três meses a contar da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa –2. São desafiados o estigma e a discriminação associados à saúde mental?; 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas Centrais: **Internação involuntária; tratamento desumano e degradante; pessoa com transtorno mental como participante de pesquisa e acesso à justiça** – violação da proibição da tortura, violação do direito à liberdade e segurança e violação do direito a recorrer a um tribunal.		que o levassem para casa, mas foi impedido de sair do hospital. Na noite de 26 para 27 de maio de 2005, o requerente alegou ter sido agredido por três enfermeiras e dois pacientes, sendo lançado na cama de forma violenta, o que causou perda de consciência. Ao recobrar a consciência, ele estava sangrando e preso à cama com uma mordaça, sem receber assistência médica. Ele também relatou ter sido ameaçado por um médico, que afirmou que seus pais não poderiam visitá-lo e que qualquer queixa seria inútil, pois ele seria diagnosticado de maneira que desacreditaria suas alegações. O requerente permaneceu hospitalizado até 9 de junho de 2005, período em que alegou ter sido submetido a pesquisas científicas e tratado com um medicamento antipsicótico, sem contato com o mundo exterior. Após a alta, ele foi novamente hospitalizado devido ao seu estado de saúde, apresentando hematomas e outros sinais de agressão, sendo diagnosticado com crise hipertensiva e taquicardia severa. Ele permaneceu no hospital até 5 de agosto de 2005, sendo diagnosticado com hipocondria depressiva, mas o diagnóstico de transtorno de personalidade não foi confirmado. Em outubro de 2005, o requerente apresentou queixa ao Ombudsman da Federação Russa, alegando que havia sido internado ilegalmente e tratado no hospital psiquiátrico, além de ter sido agredido por enfermeiras do hospital com a ajuda de dois pacientes. A queixa foi encaminhada para o Escritório do Procurador Distrital de Meshchanskiy, Moscou, e depois para o Departamento de Polícia Distrital de Meshchanskiy. Após duas recusas em abrir um processo criminal, em 2 de novembro de 2006, o processo foi iniciado com base no artigo 116 do Código Penal Russo (agressões). Em 15 de novembro de 2006, o requerente foi reconhecido como vítima no processo. Em 16 de março e 25 de junho de 2007, o investigador do Departamento de Polícia Distrital de Meshchanskiy suspendeu o processo alegando a impossibilidade de identificar os agressores. Nos dias 19 de março e 1º de julho de 2007, o Escritório do Procurador Interdistrital de Meshchanskiy anulou as decisões e remeteu o caso para nova investigação. Em 11 de agosto de 2007, o investigador arquivou o processo devido ao vencimento do prazo para a acusação, mas essa decisão foi anulada em 30 de agosto de 2007, e o processo foi reaberto. O processo foi suspenso novamente em 14 de janeiro de 2008 e 16 de março de 2009, sendo retomado em datas não especificadas. Em 2012, o requerente foi informado de que o processo foi arquivado em 25 de novembro de 2010, devido à expiração do prazo de investigação. Em uma data não especificada, a decisão de arquivamento foi anulada e o processo reaberto. Em 22 de dezembro de 2012, o processo foi novamente arquivado, mas em 9 de janeiro de 2013 a decisão foi anulada e o caso foi enviado para o departamento de investigação para nova análise, sendo que a investigação ainda está pendente. A Corte reitera que o artigo 3º da Convenção	Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos para a moeda do Estado réu, na taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 26.000 (vinte e seis mil euros), acrescido de qualquer imposto que possa ser aplicável, em relação ao dano não patrimonial; (ii) EUR 2.000 (dois mil euros), acrescido de qualquer imposto que possa ser aplicável ao requerente, em relação aos custos e despesas; (b) Decidiu que a partir do final do período de três meses mencionado acima até o pagamento, será devida uma taxa de juros simples sobre os valores acima, à taxa igual à taxa de juros marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 3. São previstas salvaguardas

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		consagra um dos valores mais fundamentais de uma sociedade democrática. Ele proíbe, em termos absolutos, a tortura ou o tratamento ou punição desumana ou degradante, independentemente das circunstâncias e do comportamento da vítima. A Corte observou que, no que diz respeito à existência de necessidade médica para o tratamento psiquiátrico forçado do primeiro requerente, de acordo com o relatório de 2008 da avaliação psiquiátrica forense do requerente, embora sua hospitalização involuntária em 25 de maio de 2005 tenha sido justificada devido à tentativa de suicídio, seu estado mental entre 27 de maio e 9 de junho de 2005 não se enquadrava na definição de um "transtorno mental grave" ou qualquer outra condição mental aguda, e não exigia tratamento psiquiátrico involuntário. A Corte também identificou que, enquanto o tratamento psiquiátrico forçado era administrado ao requerente, este foi incluído em uma pesquisa científica sobre os efeitos de um novo medicamento antipsicótico da época e foi impedido de ter qualquer contato com o mundo exterior. Na sentença, a Corte declarou que houve violação do Artigo 5 § 1 (e) da Convenção; que houve violação do Artigo 5 § 4 da Convenção; houve violação do Artigo 3 da Convenção devido ao tratamento psiquiátrico forçado do requerente; e que que houve violação do Artigo 3 da Convenção devido aos maus-tratos sofridos pelo requerente no hospital psiquiátrico e pela falha das autoridades nacionais em realizar uma investigação eficaz.		para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas?; 5. É proibida a pesquisa ou experimentação médica ou científica em uma pessoa com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, sem o seu consentimento informado?; 8. Há um marco para apoiar pessoas em situação de crise?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Belenko *versus* Rússia	2015	Em 14 de agosto de 2003, Oksana Belenko começou a apresentar sintomas graves,	Artigo 2	Itens diretamente

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas centrais: **Tratamento desumano e degradante e acesso à justiça** – violação do direito à vida.		como tremores, dores nos membros, delírios e comportamento estranho. Ela foi atendida por uma ambulância, que inicialmente diagnosticou neurose histérica, mas, como sua condição piorou, foi levada ao hospital e depois transferida para uma clínica psiquiátrica, onde foi diagnosticada com esquizofrenia. Durante o tratamento, sua condição se agravou, e os médicos concluíram que ela sofria de uma doença rara chamada esquizofrenia febril e sem expressão, com sintomas como febre alta, catalepsia (rigidez nas posturas) e atividade motora excessiva. A paciente foi tratada com medicamentos psicotrópicos, mas sua situação não melhorou significativamente. Além disso, ela desenvolveu úlceras de decúbito devido à imobilidade. Em 26 de agosto de 2003, a mãe de Oksana pediu para que ela fosse liberada, mas o pedido foi negado. Em 31 de agosto, Oksana desenvolveu pneumonia e foi transferida para um hospital local. No hospital, os médicos encontraram marcas de ataduras em seu corpo, indicando que ela havia sido amarrada enquanto estava na clínica psiquiátrica. Em 7 de dezembro de 2003, Oksana morreu devido a um edema cerebral causado pela sua condição psiquiátrica e agravado pela pneumonia. O exame *post-mortem* revelou que ela tinha feridas necrosadas, além de uma luxação no quadril esquerdo. A mãe de Oksana fez diversas reclamações sobre o tratamento inadequado de sua filha, alegando negligência e maus-tratos nos hospitais, incluindo suspeitas de abuso sexual. No entanto, as autoridades locais não abriram investigação criminal e a causa da morte foi atribuída às complicações de sua condição psiquiátrica. Dessa forma, de acordo com a mãe de Oksana, devido à negligência da equipe médica na clínica psiquiátrica, sua filha pegou um resfriado, o que resultou em uma pneumonia. Além disso, a falta de cuidados adequados na clínica fez com que ela desenvolvesse uma infecção séptica e várias úlceras. Sua filha havia sido amarrada à cama, o que foi notado pelo médico durante a transferência dela para o hospital da cidade. Além disso, o quadril esquerdo de sua filha estava luxado, mas essa lesão não foi explicada pelo investigador. A autora acreditava que a luxação do quadril havia sido causada por sua filha ter sido amarrada na clínica psiquiátrica. Indicou que, durante a última investigação, os especialistas não puderam realizar uma nova perícia forense porque os registros médicos e amostras de tecido de sua filha foram perdidos, o que impossibilitou qualquer exame adicional sobre as circunstâncias de sua morte. A Corte concluiu que houve violação do Artigo 2 da Convenção.	(a) Decidiu que o Estado réu deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se torne definitivo de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 15.000 (quinze mil euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado, em relação a danos não patrimoniais, a serem convertidos na moeda do Estado réu, à taxa aplicável na data da liquidação; (b) Decidiu que, a partir do vencimento dos três meses mencionados acima até a liquidação, será devido juros simples sobre o valor acima mencionado, a uma taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa –2. São desafiados o estiga e a discriminação associados à saúde mental?; 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 3. São previstas salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas?; 8. Há um marco para apoiar pessoas em situação de crise?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 3. É garantido às

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Mifobova *versus* Rússia	2015	Em abril de 2008, a administração da Região de Magadan encaminhou para	Artigo 5 § 1 (e)	Itens diretamente

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança – detenção de pessoa com transtorno mental.		revisão à Clínica Psiconeurológica Regional de Magadan (MRPC) cartas enviadas pela requerente ao Presidente da Federação Russa, ao governador da região e a 11 outros órgãos administrativos. Nessas cartas, a requerente alegava, em particular, que tinha um "relacionamento especial" com o prefeito de Magadan, que estava destinada a proteger pessoas em cargos elevados e que estava sendo perseguida pelos funcionários da prefeitura. Em 17 de abril de 2008, o Psiquiatra Chefe da MRPC pediu ao Tribunal Municipal de Magadan que ordenasse uma avaliação psiquiátrica involuntária da requerente. Em 13 de outubro de 2008, um relatório de avaliação psiquiátrica clínica foi emitido pelo painel de três psiquiatras da MRPC. A requerente foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide e síndrome paranoide. A hospitalização involuntária da requerente foi recomendada em razão de sua recusa persistente em se internar voluntariamente, sua falha em reconhecer sua condição médica e o risco de danos significativos à sua saúde devido ao agravamento de sua condição psiquiátrica na ausência de assistência psiquiátrica. A MRPC apresentou o pedido de tratamento involuntário ao Tribunal Municipal de Magadan, com base no Artigo 29 c da Lei da Federação Russa sobre Assistência Psiquiátrica e Garantias dos Direitos dos Cidadãos Relacionados à sua Administração de 1992 (Lei de Assistência Psiquiátrica de 1992). Em 17 de outubro de 2008, o Tribunal Municipal de Magadan encerrou o processo referente ao pedido da MRPC, pois a requerente concordou em se submeter ao tratamento necessário voluntariamente e assinou o formulário de consentimento na sala do tribunal. O representante da MRPC, portanto, retirou o pedido de tratamento involuntário. Entre 17 de outubro de 2008 e 26 de dezembro de 2008, a requerente foi internada na MRPC, seguindo um curso de tratamento para esquizofrenia. Em 19 de maio de 2010, um psiquiatra examinou a requerente e constatou que ela não estava seguindo o tratamento medicamentoso, o que resultou em um estágio agudo de sua esquizofrenia. O psiquiatra recomendou a hospitalização involuntária e emitiu o encaminhamento médico correspondente. Em 20 de maio de 2010, a requerente foi internada na MRPC. Em 21 de maio de 2010, um relatório de avaliação psiquiátrica clínica foi emitido pelo painel de três psiquiatras da MRPC. A requerente foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide progressiva. Alegando uma violação do Artigo 5 § 1 da Convenção, a requerente levantou as seguintes duas questões. Primeiramente, ela argumentou que as autoridades nacionais competentes não tinham razão para interná-la em uma instituição psiquiátrica, uma vez que não havia sido apresentada em nenhum momento uma evidência que provasse que ela representava uma ameaça para si mesma ou para os outros. Em segundo lugar, ao se referir aos processos judiciais que autorizaram sua hospitalização involuntária, a requerente afirmou que eles foram	Não foram concedidas indenizações.	relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		intrinsecamente defeituosos, pois não foram verdadeiramente contraditórios. Não só ela não havia recebido uma cópia completa da autorização judicial de 26 de maio de 2010, como também foi impedida de participar efetivamente dos processos de primeira instância e de apelação. O Governo argumentou, em suas manifestações, que a requerente foi legalmente privada de sua liberdade, tanto sob o ponto de vista do Artigo 5 § 1 (e) da Convenção quanto da legislação nacional. Enfatizou, ainda, que a autorização do tribunal de primeira instância para a hospitalização involuntária da requerente havia sido baseada em uma opinião médica profissional e no histórico médico dela. A esse respeito, a Corte reiterou que a detenção de um indivíduo é uma medida tão grave que só é justificada quando outras medidas menos severas foram levadas em consideração e constatadas insuficientes para salvaguardar o interesse individual ou público. À luz da vulnerabilidade dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais e da necessidade de apresentar razões muito poderosas para justificar qualquer restrição aos seus direitos, os processos que resultam na internação involuntária de um indivíduo em uma instituição psiquiátrica devem, necessariamente, oferecer garantias claramente eficazes contra a arbitrariedade. Por fim, a Corte concluiu que as autoridades nacionais competentes não atenderam ao requisito processual necessário para a hospitalização involuntária da requerente, uma vez que não garantiram que o processo fosse desprovido de arbitrariedade. Assim sendo, sua hospitalização involuntária constituiu detenção ilegal no sentido do Artigo 5 § 1 (e) da Convenção.		de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Khabirov *versus* Rússia Temas Centrais: **Internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à vida.	2022	Em 23 de junho de 2005, Radik Khabirov, filho da requerente, foi convocado para o serviço militar obrigatório após exame psicológico que o considerou apto para o serviço. Durante o treinamento na unidade militar nº 50661, Khabirov teve um episódio emocional, tentando pular pela janela após ser repreendido por estar com o uniforme sujo. Ele relatou estar angustiado com notícias de sua avó sobre uma má colheita. Em novembro de 2005, Khabirov foi transferido para outra unidade militar (nº 61964), onde testes psicológicos indicaram baixa resiliência neuropsicológica e risco de suicídio. Ele declarou não querer servir no exército e foi colocado sob supervisão especial. Após dois episódios de deserção em novembro, ele foi levado a um psiquiatra e transferido para o serviço médico em dezembro. Entre dezembro de 2005 e janeiro de 2006, exames confirmaram risco de suicídio e um transtorno de ajuste. Embora inicialmente considerado apto para o serviço militar, com restrições, os médicos recomendaram sua dispensa. Em 22 de janeiro de 2006, foi readmitido no hospital psiquiátrico militar, apresentando instabilidade emocional, desejo de voltar para casa e diagnóstico de "reação neurótica". Na noite do mesmo dia, Khabirov foi encontrado enforcado no banheiro do hospital. Apesar de receber primeiros socorros, sofreu danos cerebrais por asfixia, entrando em coma. Ele permaneceu hospitalizado até ser levado para casa em junho de 2006, permanecendo em coma até falecer em 1º de abril de 2007. Em 22 de setembro de 2006, um perito emitiu um relatório sobre a avaliação psicológica de Radik Khabirov, realizada com base em seu prontuário pessoal e registros médicos. O relatório indicou que, embora os parentes não tivessem confirmado diretamente, havia informações de que a mãe de Radik havia perdido a guarda dele quando ele tinha dois anos de idade. Ela foi tratada por esquizofrenia em um hospital psiquiátrico por quatro anos. Desde os oito anos, Radik foi criado pelos avós. A conclusão geral foi que Radik Khabirov não apresentava transtornos mentais antes do serviço militar. No entanto, durante o serviço, ele desenvolveu uma doença mental na forma de um transtorno de ajustamento, que afetou seu comportamento e emoções. Esse transtorno se manifestou em sua incapacidade de estabelecer boas	Artigo 2 (a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o acórdão se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos para a moeda do Estado demandado à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 20.000 (vinte mil euros), mais quaisquer impostos que possam ser aplicáveis, a título de danos não patrimoniais; (ii) EUR 17.300 (dezessete mil e trezentos euros), mais quaisquer impostos que possam ser aplicáveis ao requerente, a título de custas e despesas; (b) Decidiu que, a partir do vencimento dos três meses acima mencionados até o pagamento, incidirão juros simples sobre os valores	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade que sejam centrados na pessoa e baseados em direitos?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 2. É garantido o oferecimento de acomodações razoáveis nos serviços de saúde mental; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		relações com outros soldados e de se adaptar às condições da vida militar, resultando em mudanças significativas de humor, tendência a atos impulsivos (incluindo ausências não autorizadas da unidade militar) e comentários e atos suicidas. Esse transtorno foi associado a traços de personalidade individuais de Radik, que era antissocial e imaturo. Ele realizou uma tentativa de suicídio impulsiva em um estado de frustração. Em 12 de dezembro de 2006, o investigador decidiu encerrar o caso criminal sobre incitação ao suicídio, com base na conclusão de que o crime alegado não havia ocorrido. A decisão foi fundamentada em diversos depoimentos de testemunhas. A Corte apontou falhas na investigação sobre a incitação ao suicídio de Radik Khabirov, destacando que ela só foi iniciada cinco meses após o incidente, prejudicando a coleta de evidências. Além disso, o médico que o atendeu, Dr. Z., não foi interrogado sem justificativa aparente. A Corte decidiu, por cinco votos a dois, que houve violação do Artigo 2 da Convenção.	acima mencionados, a uma taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Traskunova *versus* Rússia	2022	A requerente era mãe da Sra. A.T., nascida em 1947, agora falecida. Em 1964, a Sra. A.T. foi diagnosticada com esquizofrenia. A esquizofrenia afeta a linguagem, o planejamento, as emoções, as percepções e os movimentos. Os "sintomas positivos" frequentemente acompanham episódios psicóticos agudos (incluindo delírios, alucinações, pensamento desordenado ou fragmentado e movimentos catatônicos). Os "sintomas negativos", associados à doença de longo prazo, incluem sensação de entorpecimento emocional, dificuldade em se comunicar com outras pessoas, falta de motivação e incapacidade de se importar com ou lidar com tarefas cotidianas. De acordo com o prontuário médico da Sra. A.T., seu transtorno mental vinha progredindo, e ela recebeu tratamento para essa condição em vários hospitais psiquiátricos, onde foi internada em diversas ocasiões, além de tratamento	Artigo 2 (a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o acórdão se tornar definitivo, conforme o artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos na moeda do Estado requerido	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção?; 8. É garantida a

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas Centrais: **Pessoa com transtorno mental como participante de pesquisa e acesso à justiça –** violação do direito à vida.		como paciente ambulatorial até sua morte. Em todos os momentos, ela manteve sua capacidade jurídica. Em 25 de fevereiro de 2004, o Comitê de Ética do Órgão Federal de Controle de Qualidade de Produtos Medicinais aprovou um ensaio clínico de um novo medicamento, o Asenapina, em comparação com o Olanzapina, seguindo o protocolo nº 25517. O objetivo do estudo era avaliar a segurança e eficácia da Asenapina em comparação com a Olanzapina, usada para tratar esquizofrenia e condições similares. Foram incluídas 1.200 pessoas globalmente, sendo 200 na Rússia, todas diagnosticadas com transtornos mentais, com alucinações e delírios. O estudo era randomizado, com design duplo-cego, e os participantes passaram por exames médicos para garantir elegibilidade. O monitoramento envolvia consultas regulares com um médico, exames físicos, testes de sangue e eletrocardiogramas. Alertas incluíam efeitos imprevisíveis, como sonolência, dor de cabeça e agravamento da doença mental. No caso de riscos inaceitáveis, o médico notificaria os participantes. O ensaio foi limitado a um ano, com os participantes sendo informados de quaisquer novas descobertas relevantes. Em 22 de março de 2005, o Comitê de Ética aprovou outro ensaio clínico da Asenapina, comparando-a com a Olanzapina para tratamento a longo prazo, conforme o protocolo nº 25520. Este estudo apresentava como objetivo fornecer continuidade ao tratamento para pacientes que participaram com sucesso do ensaio anterior (protocolo nº 25517) por pelo menos um ano. Foi planejado para durar pelo menos um ano, podendo ser interrompido por razões administrativas ou de segurança. Os participantes continuariam recebendo o mesmo medicamento utilizado no estudo anterior, sem revelação sobre qual medicamento (Asenapina ou Alanzapina) estavam tomando até que os dados do estudo anterior fossem divulgados. Em 24 de maio de 2004, o Departamento de Controle Estatal de Medicamentos, Bens e Dispositivos do Ministério da Saúde da Rússia autorizou dezoito hospitais em várias regiões do país a conduzirem ensaios clínicos com a Asenapina. A lista incluía o Hospital Psiquiátrico Municipal nº 3 em São Petersburgo, ao qual a Sra. A.T. estava vinculada. Em 19 de dezembro de 2004, a Sra. A.T. visitou seu psiquiatra nesse hospital e foi convidada a participar de um ensaio clínico de um novo medicamento. No mesmo dia, ela assinou um formulário de consentimento para o ensaio, conforme o protocolo nº 25517. O folheto informativo do paciente fazia parte integrante do formulário de consentimento. O texto do formulário confirmava que a paciente havia	à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 20.000 (vinte mil euros), mais qualquer imposto aplicável, a título de dano moral; (ii) EUR 270 (duzentos e setenta euros), mais qualquer imposto aplicável à requerente, a título de custas e despesas. (b) Decidiu que, após o vencimento do prazo de três meses acima mencionado até o pagamento, juros simples devem ser aplicados sobre os valores acima à taxa equivalente à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 5. É proibida a pesquisa ou experimentação médica ou científica em uma pessoa com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, sem o seu consentimento informado? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		recebido informações sobre os riscos e benefícios, que poderia desistir a qualquer momento e que estava disposta a seguir as instruções médicas. Em 27 de dezembro de 2004, a Sra. A.T. começou a tomar o produto experimental, que era a Asenapina. Documentos médicos posteriores indicaram efeitos colaterais como progressão da esquizofrenia, agitação, insônia e ganho de peso. Em 18 de maio de 2005, devido ao agravamento de seu transtorno mental, ela foi internada por ambulância no hospital psiquiátrico, permanecendo em tratamento. Em 26 de dezembro de 2005, ainda hospitalizada, ela assinou outro formulário de consentimento para participar de um segundo ensaio clínico de Asenapina, conforme o protocolo nº 25520, com os mesmos termos do primeiro. Em 10 de abril de 2006, a Sra. A.T. sofreu uma parada cardíaca e respiratória, sendo transferida para a UTI e permanecendo em coma até falecer em 14 de abril de 2006. De acordo com o laudo de autópsia de 17 de abril de 2006, ela apresentava aterosclerose generalizada de terceiro grau e cardioclerose, e a causa da morte foi insuficiência cardiovascular aguda, agravada por pneumonia, edema cerebral e hérnia cerebral. Em 26 de maio de 2006, a requerente solicitou ao Comitê de Saúde do Governo de São Petersburgo uma investigação sobre as circunstâncias da morte de sua filha e a identificação dos responsáveis. Em 20 de setembro de 2006, a comissão clínica de especialistas do Comitê de Saúde, após analisar o caso, concluiu que os ensaios clínicos da Asenapina foram conduzidos em conformidade com todas as condições exigidas: os procedimentos de Boas Práticas Clínicas foram seguidos; a Sra. A.T. apresentava indicações para o uso do medicamento; ela havia consentido livremente em participar dos ensaios; e durante os ensaios, não houve complicações de saúde ou qualquer motivo para sua exclusão. A comissão não encontrou ligação direta entre sua morte e o uso de Asenapina. A comissão sugeriu que o coma da Sra. A.T. pode ter sido causado por uma embolia pulmonar. Como ela usava neurolépticos hepatóxicos (que podem afetar o fígado) há muitos anos, isso poderia ter comprometido seu estado físico. Esses fatores, juntamente com a esclerose vascular, poderiam ter alterado a capacidade de coagulação do sangue. Segundo os especialistas, a pneumonia que surgiu durante o coma também poderia ser consequência da embolia pulmonar. A comissão concluiu que não houve falhas no tratamento da Sra. A.T. no hospital psiquiátrico. Em 15 de maio de 2006, a requerente escreveu ao Ministério Público do Distrito Primorskiy de São Petersburgo, buscando a		direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		instauração de um processo criminal para investigar as circunstâncias da morte de sua filha. Uma investigação preliminar foi iniciada em resposta à denúncia da requerente. Durante a investigação, várias pessoas foram entrevistadas, incluindo o Dr. P., psiquiatra da Sra. A.T., que a convidou para participar dos ensaios clínicos e acompanhou seu progresso durante ambos os estudos. Em um dos depoimentos, o Dr. P. afirmou que, com base no relatório de autópsia que indicava que a doença cardiovascular da Sra. A.T. estava em estágio avançado, era muito provável que ela já apresentasse essa condição no início do primeiro ensaio, uma vez que tal doença não poderia ter surgido e progredido de forma tão significativa durante o período dos dois ensaios clínicos. Em 28 de dezembro de 2006, o Ministério Público ordenou um exame pericial para determinar se a Asenapina poderia ter provocado um ataque cardíaco com trombose e levado à morte. No relatório de 12 de janeiro de 2007, uma comissão de cinco especialistas apontou falhas nos ensaios clínicos envolvendo a Sra. A.T. Os especialistas observaram que a Asenapina pertence a um grupo de medicamentos com potencial cardiotóxico, exigindo monitoramento rigoroso das funções cardíacas, hepáticas e da pressão arterial. No entanto, não havia informações no prontuário médico da Sra. A.T. sobre tais monitoramentos. O único exame de eletrocardiograma disponível era de 10 de abril de 2006, quando ela já estava em coma. Além disso, nos dias anteriores à sua morte, ela foi atendida por médicos a cada três ou quatro dias, e não diariamente, como exigido para o teste de um novo medicamento. Os especialistas também notaram efeitos colaterais negativos no primeiro ensaio clínico, incluindo agravamento da esquizofrenia, insônia, agitação, ansiedade e ganho de peso. Esse quadro, aliado ao efeito cardiotóxico da Asenapina, poderia ter sido motivo para excluí-la do ensaio. Eles destacaram que os documentos médicos da Sra. A.T. não apresentavam registros de verificações do sistema cardiovascular durante o segundo ensaio clínico. Os especialistas concluíram que o coma da Sra. A.T., em 10 de abril de 2006, foi causado por vários fatores: pneumonia não detectada pelos médicos, o uso da Asenapina (com efeito cardiotóxico) e uma doença cardiovascular latente. Portanto, determinaram que havia um vínculo causal indireto entre sua morte e o uso da Asenapina. Em 26 de março de 2009, o investigador solicitou um novo exame pericial no caso, pedindo aos especialistas que avaliassem se a estratégia de tratamento da Sra. A.T. durante os ensaios clínicos da Asenapina e durante as tentativas de reanimação foi correta, e se havia um vínculo causal entre as		psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		ações do pessoal do hospital psiquiátrico — incluindo as falhas nos dois ensaios clínicos apontadas no relatório pericial de 12 de janeiro de 2007 — e a morte dela. Uma comissão composta por quatro especialistas confirmou diversas falhas nos ensaios clínicos envolvendo a Sra. A.T., como: falta de monitoramento geral do estado de saúde, incluindo funções cardíacas e hepáticas; participação da Sra. A.T. em um segundo ensaio clínico, apesar dos efeitos colaterais do primeiro, como agravamento da esquizofrenia, insônia, agitação, ansiedade e ganho de peso, além do potencial cardiotóxico da Asenapina; falha em detectar pneumonia a tempo; ausência de exames físicos e laboratoriais regulares no prontuário médico. Os especialistas concluíram que havia um vínculo causal indireto entre essas falhas e a morte da Sra. A.T., pois poderiam ter contribuído para o agravamento de suas doenças cardiovasculares e respiratórias. No entanto, consideraram adequado o tratamento intensivo entre 10 e 14 de abril de 2006. Outro relatório, desta vez com cinco especialistas, revisou as mesmas questões e apontou materiais adicionais, incluindo informações sobre violações de requisitos de licenciamento relacionadas à hospitalização da Sra. A.T. em maio de 2005. Essas violações incluíam a ausência de registros de pressão arterial, temperatura e exames laboratoriais no prontuário médico. As conclusões foram semelhantes às do relatório de 10 de abril de 2009. Em 31 de dezembro de 2009, o investigador recusou novamente abrir um processo criminal, afirmando que não havia elementos suficientes de crime nas ações dos médicos. Baseou-se em depoimentos, consentimentos informados assinados pela Sra. A.T. e sua mãe, e na ausência de um vínculo causal direto entre as falhas médicas e a morte da paciente. O investigador também destacou que o tratamento intensivo administrado à Sra. A.T. nos últimos dias de vida foi considerado adequado. Após várias contestações judiciais pela mãe da paciente, os tribunais nacionais mantiveram a decisão de não abrir um processo criminal. A requerente alegou negligência médica, apontando que os médicos violaram regulamentações ao não realizarem exames adequados antes da participação da Sra. A.T., não monitorarem sua condição durante os ensaios clínicos e não interromperem os testes diante de efeitos colaterais, colocando sua vida em risco. Nesse sentido, a Corte observou que a Sra. A.T. sofria de um grave transtorno mental há muitos anos. Considerou que, devido à sua vulnerabilidade, é importante que pacientes com transtornos mentais tenham uma proteção reforçada e que sua participação em ensaios clínicos		

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		seja acompanhada de salvaguardas particularmente rigorosas, levando em consideração as particularidades de sua condição mental e sua evolução ao longo do tempo. É essencial, em particular, que a capacidade de decisão desses pacientes seja objetivamente estabelecida para eliminar o risco de que tenham dado seu consentimento sem compreender plenamente o que estava envolvido. Declarou que houve violação do Artigo 2 da Convenção.		

Quadro 43 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Rússia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Rakevich *versus* Rússia Os princípios básicos do atendimento médico psiquiátrico na Rússia são regidos pela Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992. A Seção 29 da Lei estabelece os fundamentos para a internação involuntária em um hospital psiquiátrico: "Um indivíduo com distúrbios mentais pode ser hospitalizado em um hospital psiquiátrico contra sua vontade ou a vontade de seu representante legal e sem uma decisão judicial, se o exame ou tratamento do indivíduo só puder ser realizado sob cuidados hospitalares e se o transtorno mental for grave o suficiente para causar: a) um perigo direto para a pessoa ou para outros, ou b) incapacidade da pessoa, ou seja, uma impossibilidade de cuidar de si mesma, ou c) um agravamento significativo da saúde devido à deterioração de sua condição mental, caso a pessoa fique sem cuidados psiquiátricos." A Seção 32 da Lei especifica o procedimento para a avaliação de pacientes internados compulsoriamente em um hospital: "1. Uma pessoa internada em um hospital psiquiátrico com base nos fundamentos definidos pela Seção 29 da presente Lei será submetida a um exame obrigatório dentro de 48 horas por uma comissão de psiquiatras do hospital, que decidirá sobre a necessidade da hospitalização. Se não forem encontrados motivos para a hospitalização e a pessoa hospitalizada não expressar intenção de permanecer no hospital, ela será liberada imediatamente. 2. Se a hospitalização for considerada necessária, a conclusão da comissão de psiquiatras será encaminhada ao tribunal com jurisdição territorial sobre o hospital, dentro de 24 horas, para uma decisão sobre a continuidade da internação da pessoa no hospital." As Seções 33 a 35 detalham o procedimento para a revisão judicial das solicitações de tratamento compulsório de pessoas com transtornos mentais: Seção 33 - "1. A hospitalização involuntária para cuidados psiquiátricos em regime de internação, nos termos da Seção 29 da presente Lei, estará sujeita à revisão pelo tribunal com jurisdição territorial sobre o hospital. 2. Um representante do hospital onde a pessoa está internada deverá apresentar um pedido de internação involuntária. O pedido, que contém os fundamentos para a hospitalização involuntária, deverá ser acompanhado de uma conclusão fundamentada de uma comissão de psiquiatras sobre a necessidade da continuação do tratamento da pessoa no hospital psiquiátrico. 3. Um juiz que aceite o pedido para revisão ordenará simultaneamente a detenção da pessoa no hospital psiquiátrico pelo período necessário para essa revisão." Seção 34: "1. O pedido de internação involuntária de uma pessoa em um hospital psiquiátrico será revisado por um juiz nas instalações do tribunal ou do hospital no prazo de cinco dias após o recebimento do pedido. 2. A pessoa terá permissão para participar pessoalmente da audiência para determinar se deve ser hospitalizada. Caso as informações fornecidas por um representante do hospital psiquiátrico indiquem que o estado mental da pessoa a impede de participar da audiência, o pedido será revisado pelo juiz nas instalações do hospital. 3. É obrigatória a presença na audiência de um promotor público, um representante da instituição psiquiátrica que solicitou a hospitalização e um representante da pessoa que se pretende internar." Seção 35: 1. Após examinar o pedido quanto ao mérito, o juiz deverá concedê-lo ou recusá-lo. 2. A concessão do pedido pelo juiz justifica a hospitalização da pessoa e sua permanência

	no hospital. 3. A decisão do juiz poderá ser contestada no prazo de dez dias pela pessoa internada no hospital psiquiátrico, por seu representante, pelo chefe do hospital psiquiátrico, bem como por uma organização legalmente autorizada a proteger os direitos dos cidadãos ou por um promotor público. O recurso deverá ser feito de acordo com as regras estabelecidas no Código de Processo Civil da RSFSR." As Seções 47-1 e 48-1 da Lei asseguram ao paciente o direito de reclamar de ações ilegais por parte da equipe médica: Seção 47: "1. Ações ilegais de funcionários médicos, sociais, educacionais e outros, bem como de comissões médicas envolvidas nos cuidados psiquiátricos, podem ser contestadas ... perante um tribunal, uma autoridade supervisora ou um promotor público..." Seção 48: "1. As reclamações [definidas na Seção 47-1] serão analisadas por um tribunal de acordo com o capítulo 24-1 do Código de Processo Civil...".
	Shulepova *versus* Rússia A legislação analisada pela Corte é a mesma apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia.
	Bik *versus* Rússia A legislação analisada pela Corte é a mesma apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia.
	Lashin *versus* Rússia Nos termos do Artigo 21 do Código Civil da Federação Russa de 1994, qualquer indivíduo com 18 anos ou mais possui, como regra, plena capacidade legal, definida como "a habilidade de adquirir e desfrutar de direitos civis, [e] criar e cumprir obrigações civis por seus próprios atos". De acordo com o Artigo 22 do Código Civil, a capacidade pode ser limitada, mas somente nos casos previstos por lei e mediante um procedimento legalmente estabelecido. De acordo com o Artigo 29 do Código Civil, uma pessoa que não consegue compreender ou controlar suas ações devido a um transtorno mental pode ser declarada legalmente incapaz por um tribunal e colocada sob a tutela de um guardião. Todas as transações legais em nome da pessoa incapaz são realizadas por seu guardião. Na prática, isso significa que o guardião garante a representação obrigatória da pessoa incapaz em todos os assuntos relacionados a sua propriedade, renda, relações de trabalho, viagens e residência, contatos sociais, entre outros. A pessoa incapaz pode ser declarada plenamente capaz se cessarem os motivos que levaram à sua declaração de incapacidade. O Artigo 30 do Código Civil prevê a limitação parcial da capacidade legal. Se o vício de uma pessoa em álcool ou drogas causar sérias dificuldades financeiras para sua família, ela pode ser declarada parcialmente incapaz. Isso significa que ela não pode realizar transações de grande porte. No entanto, pode dispor de seu salário ou pensão e realizar transações menores sob a supervisão de seu guardião. De acordo com o Artigo 35 (4), quando uma pessoa declarada incapaz está sob os cuidados de uma instituição médica, essa instituição deve assumir as funções de guardião. O Artigo 39 (3) do Código Civil estabelece que a autoridade tutelar pode revogar os poderes de um guardião que negligenciar suas obrigações. O Artigo 258 do Código de Processo Civil de 1964, em vigor na época relevante (doravante "o antigo CPC"), estabelecia que membros da família da pessoa em questão, um promotor, uma autoridade tutelar ou um hospital psiquiátrico, bem como "sindicatos e outras organizações", poderiam recorrer ao tribunal para declarar uma pessoa incapaz. O tribunal, caso houvesse evidências de um transtorno mental, era obrigado a solicitar uma perícia psiquiátrica forense da pessoa em questão (Artigo 260). O caso deveria ser ouvido na presença da pessoa em questão, desde que sua presença fosse compatível com seu estado de saúde, e também na presença do promotor e de um representante da autoridade tutelar - Artigo 261, parágrafo 2 do antigo CPC). De acordo com o Artigo 263 do antigo CPC, era possível restaurar a capacidade legal por decisão judicial mediante solicitação do guardião ou das pessoas listadas no Artigo 258, mas não com base na solicitação da própria pessoa declarada incapaz. O Artigo 32 do antigo CPC estabelecia que uma pessoa declarada incapaz não podia ajuizar ações perante os tribunais. O guardião era quem tinha o direito de fazê-lo para proteger os direitos da pessoa incapaz. A Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992, foi apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia.
	Petukhova *versus* Rússia O Artigo 304 do Código de Processo Civil de 2002 estabelece as garantias processuais concedidas a uma pessoa internada em uma instituição psiquiátrica. Na parte relevante, lê-se o seguinte: Artigo 304. Análise de um pedido de internação involuntária em uma instituição psiquiátrica ou

	prorrogação de um período de internação involuntária de um cidadão que sofre de transtorno psiquiátrico. "1. Um pedido de internação involuntária em uma instituição psiquiátrica, ou de prorrogação de um período de internação involuntária de um cidadão que sofre de transtorno psiquiátrico, deve ser analisado por um juiz no prazo de cinco dias a partir da data em que o processo foi iniciado. O tribunal realizará uma audiência na sala de audiência ou na instituição psiquiátrica. O cidadão tem o direito de participar pessoalmente da audiência sobre sua internação involuntária em uma instituição psiquiátrica ou a prorrogação do período de sua internação involuntária. Nos casos em que, de acordo com as informações fornecidas pelo representante da instituição psiquiátrica, o estado mental do cidadão impeça sua participação pessoal na audiência judicial ..., o pedido ... será analisado pelo juiz na própria instituição psiquiátrica. 2. O caso será analisado com a participação de um promotor, de um representante da instituição psiquiátrica que apresentou o pedido ao tribunal ..., e do representante do cidadão ...". Os Artigos 220 e 221 do Código de Processo Civil estabelecem os fundamentos para a interrupção do processo e suas consequências. Na parte relevante, lê-se o seguinte: Artigo 220. Interrupção do processo no caso - "O tribunal interrompe o processo no caso, se: ... o autor retirar sua ação judicial e o tribunal aceitar a retirada ...". Artigo 221. Procedimento e consequências da interrupção do processo no caso - "O processo no caso é interrompido por uma decisão do tribunal, que estabelece que a reapresentação da ação judicial relativa à disputa entre as mesmas partes, sobre o mesmo assunto e com os mesmos fundamentos, não é permitida. A Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992, foi apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia.
	Zagidulina *versus* Rússia Em seu acórdão de 27 de fevereiro de 2009 (nº 4-P), relacionado à declaração de incapacidade de pessoas com transtornos psiquiátricos, o Tribunal Constitucional expressou sua opinião sobre a privação de liberdade dessas pessoas. Na parte relevante, lê-se o seguinte: "2.1 ... conforme se depreende do Artigo 22 da Constituição da Federação Russa, que protege o direito de todos à liberdade e à segurança pessoal, uma pessoa que sofre de um transtorno psiquiátrico só pode ser privada de sua liberdade para fins de tratamento involuntário por decisão judicial tomada dentro de um procedimento prescrito por lei. ... Isso implica que a proteção judicial para essa pessoa deve ser justa, completa e efetiva, incluindo o direito à assistência jurídica qualificada e o direito de ter a assistência de um defensor de sua própria escolha (Artigo 48 da Constituição da Federação Russa) ...". Em seu acórdão de 5 de março de 2009 (544-O-P), o Tribunal Constitucional interpretou certas disposições da Lei de Assistência Psiquiátrica e do Código de Processo Civil relacionadas à hospitalização involuntária de pessoas com transtornos mentais. O acórdão estabeleceu que uma pessoa pode ser internada involuntariamente em uma instituição psiquiátrica em caso de emergência médica, mas que a autorização judicial para a hospitalização deve ser obtida dentro de quarenta e oito horas. O Tribunal Constitucional também enfatizou que os tribunais têm a obrigação de verificar todas as provas apresentadas a eles, e não apenas sancionar formalmente os pedidos apresentados pelos hospitais psiquiátricos. Artigo 303, seção 1 do Código de Processo Civil da Federação Russa, que entrou em vigor em 1º de fevereiro de 2003, estabelece os prazos para a submissão de uma aplicação para hospitalização involuntária: Artigo 303. Prazo para a submissão de uma aplicação para a internação involuntária de um cidadão em uma instituição psiquiátrica. "1. A aplicação para a internação involuntária de um cidadão em uma instituição psiquiátrica deve ser submetida dentro de quarenta e oito horas após a internação do cidadão na instituição psiquiátrica. 2. O juiz que iniciar o processo prorroga simultaneamente o período de internação do cidadão na instituição psiquiátrica pelo período necessário para a consideração da aplicação para hospitalização involuntária do cidadão em uma instituição psiquiátrica." Os outros artigos do Código de Processo Civil são apresentados no caso Petukhova *versus* Rússia. A Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992, foi apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia.
	Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia A Seção 29 da Lei sobre Assistência Psiquiátrica e Direitos dos Cidadãos nesse Contexto, de 2 de julho de 1992, com as alterações de 21 de julho de 1998, 25 de julho de 2002, 10 de janeiro de 2003 e 29 de julho de 2004 ("Lei sobre Assistência Psiquiátrica"), prevê que uma pessoa com transtorno mental pode ser internada em um hospital psiquiátrico sem seu consentimento ou o consentimento de seu representante, antes que um tribunal emita uma decisão a esse respeito, caso a avaliação ou tratamento da pessoa só seja possível em regime de internação, e o transtorno mental seja grave e:

	1. represente um perigo imediato para si mesmo ou para outros; 2. torne a pessoa incapaz de atender às suas necessidades básicas; ou 3. represente um risco de causar danos consideráveis à sua saúde, caso a pessoa não receba assistência psiquiátrica. De acordo com a Seção 30(3), os policiais devem auxiliar a equipe médica na realização da internação involuntária e garantir acesso seguro à pessoa em questão e à sua avaliação. Caso os policiais precisem impedir ações da pessoa que representem perigo à vida e à saúde de outros, ou localizá-la e detê-la, eles devem agir conforme o disposto na Lei sobre a Polícia. Instrução sobre a cooperação entre os serviços de saúde e as agências do interior para a prevenção de ações socialmente perigosas por pessoas com transtornos mentais. De acordo com o Artigo 1.6 da Instrução, adotada pela Ordem nº 133/269 de 30 de abril de 1997 do Ministério da Saúde Pública e do Ministério do Interior, caso seja necessário realizar a internação involuntária de uma pessoa com transtorno mental que represente perigo para si mesma ou para os outros, e existam razões para acreditar que ela ou seus familiares resistirão à internação, a equipe dos serviços de emergência psiquiátrica deve entrar em contato com o departamento local do interior para obter assistência. O chefe do departamento do interior ou seu adjunto deve providenciar para que policiais compareçam ao endereço relevante no momento necessário. Conforme o Artigo 1.7 da Instrução, a internação involuntária é realizada pela equipe dos serviços de emergência psiquiátrica. Os policiais realizam a busca pela pessoa em questão, auxiliam na apreensão de indivíduos sujeitos à internação involuntária, garantem a segurança pública, criam condições seguras para o acesso à pessoa a ser internada e impedem quaisquer ações ilegais daqueles que resistam à internação. O Artigo 125 do Código de Processo Penal estabelece o procedimento judicial para a análise de reclamações. As ordens de um investigador ou promotor que recusarem a instauração de processos criminais ou encerrarem um caso, bem como outras ordens, atos ou omissões que possam infringir os direitos e liberdades constitucionais das partes em processos criminais ou dificultar o acesso dos cidadãos à justiça, podem ser contestadas em um tribunal distrital local, que é competente para verificar a legalidade e os fundamentos das decisões impugnadas.
	Bataliny *versus* Rússia O Artigo 254 do Código de Processo Civil da Federação Russa prevê que um cidadão pode apresentar uma reclamação sobre um ato ou decisão de qualquer autoridade estatal que ele acredita ter violado seus direitos ou liberdades, seja perante um tribunal de jurisdição geral ou enviando-a ao funcionário ou autoridade hierarquicamente superior. A Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992, foi apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia e no caso Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia.
	Belenko *versus* Rússia O Artigo 109 § 2 do Código Penal estabelece que a ocorrência de morte devido à execução inadequada de deveres profissionais será punida com trabalhos obrigatórios por um período de até três anos e/ou com a perda do direito de ocupar certos cargos ou de trabalhar em determinadas áreas por um período de até três anos. O Artigo 144 do Código de Processo Penal determina que promotores, investigadores e órgãos de inquérito devem analisar solicitações e informações sobre qualquer crime cometido ou em preparação e tomar uma decisão sobre essas informações dentro de três dias. Em casos excepcionais, esse prazo pode ser estendido para dez dias. A decisão pode ser: (a) instaurar processo criminal; (b) recusar a instauração de processo criminal; ou (c) encaminhar a informação para outra autoridade competente (Artigo 145 do CPP). O Artigo 125 do Código de Processo Penal estabelece o procedimento judicial para a análise de reclamações. As ordens de um investigador ou promotor que recusarem a instauração de processos criminais ou encerrarem um caso, bem como outras ordens, atos ou omissões que possam infringir os direitos e liberdades constitucionais das partes em processos criminais ou dificultar o acesso dos cidadãos à justiça, podem ser contestadas em um tribunal distrital local, que é competente para verificar a legalidade e os fundamentos das decisões impugnadas. O Artigo 213 determina que, para encerrar o processo, o investigador deve emitir uma decisão fundamentada contendo a substância do caso e as razões para seu encerramento. Uma cópia da decisão de encerramento do processo deve ser encaminhada pelo investigador ao Ministério Público. O investigador também deve notificar a vítima e o reclamante, por escrito, sobre o encerramento do processo. De

	acordo com o Artigo 221 do CPP, o Ministério Público é responsável pela supervisão geral da investigação. Em particular, o Ministério Público pode ordenar a realização de medidas investigativas específicas, transferir o caso de um investigador para outro ou revogar decisões ilegais e infundadas tomadas por investigadores e órgãos de inquérito.
	Mifobova *versus* Rússia A Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, promulgada em 1992, foi apresentada no caso Rakevich *versus* Rússia e no caso Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia. Os artigos do Código de Processo Civil são apresentados nos casos Lashin *versus* Rússia, Petukhova *versus* Rússia e Zagidulina *versus* Rússia. O julgamento do Supremo Tribunal sobre o tema é mencionado no caso Zagidulina *versus* Rússia.
	Khabirov *versus* Rússia De acordo com uma instrução sobre a prevenção de suicídios emitida em 1996 pelo Ministério da Defesa da Federação Russa ("Diretiva 18"), o suicídio nas forças armadas representava um problema sério. Cerca de 80% dos suicídios eram cometidos por recrutas ou militares contratados durante o primeiro ano de serviço. Aproximadamente 60% dos suicídios eram cometidos por enforcamento, embora o número de suicídios cometidos durante o serviço de sentinela com o uso de armas de fogo também tenha aumentado. Entre as razões para os suicídios estavam as seguintes: más condições de vida e de serviço militar (em diversos aspectos), conflitos interpessoais e violações das regras de convivência entre os militares (o fenômeno do assédio ou "dedovshchina"). De acordo com a Diretiva 18, a eficácia na prevenção de suicídios era prejudicada pela subestimação do problema, pela falta de uma abordagem sistêmica, pela ausência de estatísticas e pela falta de investigação e análise adequadas das tentativas de suicídio. A Diretiva 18 instruía as autoridades responsáveis a desenvolverem um sistema de assistência psicológica para garantir a saúde mental e prevenir suicídios entre os militares. O sistema de avaliação e assistência psicológica nas forças armadas, à época em questão, era organizado da seguinte forma: a maioria das formações militares deveria contar com psicólogos em sua equipe. Além disso, a organização e a execução do trabalho psicológico nas formações militares deveriam ser garantidas pelos comandantes dessas formações, médicos, oficiais do serviço educacional e especialistas em triagem psicológica profissional.
	Traskunova *versus* Rússia A Lei Federal nº 86-FZ, de 22 de junho de 1998, sobre produtos medicinais, em vigor à época relevante, dispunha, em sua seção 38, que um ensaio clínico de um medicamento deveria ser realizado com base em uma decisão de uma agência executiva federal competente para realizar o controle e monitoramento estatal nessa área. A seção 39 estabelecia o procedimento a ser seguido na organização de um ensaio clínico e previa, em particular, que um ensaio clínico de medicamentos poderia ser interrompido caso fosse detectado perigo para a vida dos participantes durante o ensaio. A seção 40 definia os direitos dos participantes do ensaio, dispondo, em especial, que a participação deveria ser voluntária e que o participante tinha o direito de se recusar a continuar participando do ensaio em qualquer estágio. Para a aplicação adicional da medida legal mencionada, o Ministério da Saúde da Rússia, por meio do Decreto nº 266, de 19 de junho de 2003, estabeleceu as Regras de Prática Clínica na Federação Russa. As regras, em vigor à época relevante, definiam os requisitos para o planejamento, condução, documentação e monitoramento de ensaios clínicos; eram destinadas a garantir a proteção dos direitos, segurança e saúde dos participantes; e eram obrigatórias para todas as partes envolvidas em ensaios clínicos na Rússia (regra 1.2). A inclusão de uma pessoa em um ensaio dependia do consentimento escrito dela, e sua participação deveria ser voluntária. O participante deveria ser informado, entre outras coisas, sobre o medicamento testado, a natureza da pesquisa, bem como a eficácia esperada, a segurança e os riscos envolvidos. O participante poderia, em qualquer estágio, recusar-se a participar do ensaio (regras 3.1-3.3). O formulário de consentimento escrito deveria ser aprovado pelo Comitê de Ética antes do início de qualquer ensaio clínico. As informações sobre o ensaio deveriam ser fornecidas aos participantes potenciais de maneira clara e compreensível. Os participantes deveriam ter tempo suficiente para decidir se participariam ou não do ensaio e acesso a informações detalhadas sobre ele (regras 4.1-4.9). O médico responsável pelo estudo tinha a obrigação de garantir assistência médica

	no contexto do ensaio. Em particular, esse médico e/ou a instituição de saúde relevante deveriam fornecer assistência médica necessária ao participante caso fossem revelados efeitos adversos durante o ensaio clínico. Além disso, o médico responsável e/ou a instituição de saúde relevante deveriam informar o participante sobre a necessidade de tratar doenças detectadas durante o ensaio clínico (regras 5.1-5.3). O médico responsável pelo ensaio deveria recrutar participantes com base em indicações médicas para participação no ensaio clínico de um medicamento (regra 7.13). O médico responsável pelo estudo poderia interromper o ensaio clínico caso fosse identificado qualquer perigo à saúde dos participantes durante o ensaio (regra 7.15).

Tchéquia

Quadro 44 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Tchéquia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Bures *versus* Tchéquia Temas Centrais: **Internação involuntária, tratamento desumano e degradante e acesso à justiça:** violação do direito de proibição de tortura.	2013	O requerente nasceu em 1985 e vivia em Brno. Ele é músico de violoncelo e foi diagnosticado com uma deficiência psicossocial. Na época dos fatos, ele pesava 64 kg e tinha 176 cm de altura. No passado, foi tratado em hospitais psiquiátricos italianos como paciente voluntário. Na época dos eventos em questão, ele estava usando Akineton, um medicamento psiquiátrico calmante prescrito pelo seu psiquiatra. Em 9 de fevereiro de 2007, o requerente acidentalmente teve uma overdose de Akineton. À noite, ele saiu de seu apartamento para comprar comida. Sob o efeito do medicamento, não percebeu que estava usando apenas um suéter, mas sem calças ou roupa íntima. No caminho, foi parado por uma patrulha policial que presumiu que ele fosse um dependente químico e chamou uma ambulância, que o levou ao Hospital Psiquiátrico Brno-Černovice. O registro feito pela equipe da ambulância afirma que o requerente estava recebendo tratamento psiquiátrico e estava calmo durante o transporte. No hospital, ele foi examinado pelo Dr. V., que não encontrou ferimentos no corpo do requerente e o enviou para o centro de desintoxicação do mesmo hospital por volta das 20h. O requerente estava calmo durante o exame médico. No centro de desintoxicação, ele foi examinado novamente pelo Dr. H., que confirmou que não havia ferimentos no corpo do requerente quando ele foi admitido no centro. Em 10 de fevereiro de 2007, às 7h24, o requerente foi transferido para a Unidade de Cuidados Psiquiátricos Intensivos, onde, de acordo com o registro de admissão, ele apresentava escoriações visíveis na parte frontal do pescoço, nos dois pulsos e nos dois tornozelos, provavelmente causadas por atrito com tecidos, e escoriações de outro tipo não especificado nos joelhos. Ele se queixou do tratamento no centro de desintoxicação às autoridades do hospital, mas elas não tomaram nenhuma providência. De acordo com o requerente, às 20h10 de 9 de fevereiro de 2007, ele foi amarrado a uma cama com	Artigo 3 (a) Decidiu que o Estado réu deve pagar ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, a quantia de EUR 20.000 (vinte mil euros), mais quaisquer impostos que possam ser aplicáveis, a título de danos não pecuniários, a serem convertidos em coroas tchecas à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o término dos três meses acima mencionados até o pagamento, juros simples deverão ser pagos sobre o valor acima indicado, à taxa igual à taxa de	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa –2. São desafiados o estigma e a discriminação associados à saúde mental?; 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		tiras de couro ao redor de seus pulsos, joelhos e tornozelos por dois enfermeiros homens, Sr. M. e Sr. H. Enquanto o amarravam, eles se ajoelharam em seu peito e o agrediram verbalmente. Ele permaneceu amarrado a noite inteira, até às 6h30 da manhã seguinte. A equipe não fez verificações durante esse tempo. Como as tiras estavam apertadas demais, ele teve dificuldades para respirar e, devido à circulação sanguínea insuficiente, os nervos de seus braços foram danificados. Em 12 de fevereiro de 2007, o hospital informou ao Tribunal Municipal de Brno que o requerente havia sido detido porque apresentava sinais de uma doença mental e representava um perigo para si mesmo e para os outros ao seu redor. Ele foi descrito como "agitado, agressivo e suspeito de intoxicação por psicoestimulantes".Em 15 de fevereiro de 2007, o requerente foi examinado por um neurologista, que afirmou que, como resultado do uso de tiras, o requerente teve uma paresia severa no braço esquerdo e paresia de média a grave no braço direito. Ele iniciou um tratamento intensivo na Unidade de Reabilitação. Em 16 de fevereiro de 2007, o tribunal iniciou a revisão da legalidade da internação involuntária do requerente, conforme o Artigo 191b do Código de Processo Civil. Ao mesmo tempo, nomeou um advogado, a Sra. P., para representar o requerente no processo. No mesmo dia, um funcionário do tribunal visitou o hospital e interrogou o médico responsável pelo tratamento do requerente, o Dr. V., na ausência do requerente e de seu representante. O Dr. V. testemunhou que o requerente havia sido internado no hospital devido à sua confusão, agitação e comportamento inadequado, e que estava intoxicado no momento da internação. Ele também afirmou que o requerente só conseguia entender parcialmente o processo. O funcionário do tribunal não interrogou nem sequer viu o requerente, pois o Dr. V. lhe disse que o contato com ele "não seria inteiramente benéfico". No mesmo dia e sem qualquer outra evidência, o tribunal decidiu que a internação involuntária do requerente havia sido legal, pois ele sofria de uma doença que o tornava perigoso para si e para os outros. A decisão foi comunicada apenas ao representante do requerente. Esta não participou no processo, pois não estava ciente dele, já que a decisão sobre sua nomeação foi enviada junto com a decisão sobre o mérito. O requerente nunca a viu durante sua internação. O requerente permaneceu no hospital involuntariamente até ser liberado em 13 de abril de 2007. No entanto, devido à sua hospitalização de dois meses, ele ficou confuso e não conseguiu cuidar de si mesmo adequadamente. Ele retornou voluntariamente ao hospital em 14 de abril de 2007 e permaneceu lá até 1º de julho de 2007. Após sua liberação em julho de 2007, o requerente entrou em contato com um escritório local do Centro de Defesa de Deficiência Mental	empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 3. São previstas salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas?; 8. Há um marco para apoiar pessoas em situação de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		("MDAC"). Em 10 de julho de 2007, um advogado do MDAC entrou com um recurso em seu nome, solicitando também a dispensa do prazo para apresentação do recurso. Em 20 de agosto de 2007, o Tribunal Municipal concedeu a dispensa do prazo. No entanto, em 31 de outubro de 2007, o Tribunal Regional de Brno encerrou o processo de apelação sem decidir sobre o mérito. O tribunal afirmou que o requerente havia sido liberado em 13 de abril de 2007, que em 30 de maio de 2007 o Tribunal Municipal havia suspenso o processo sobre a detenção contínua do requerente e, portanto, o tribunal não tinha autoridade para tratar do caso. Em 5 de fevereiro de 2008, o requerente entrou com um recurso constitucional contestando a decisão de 31 de outubro de 2007 e alegando violação de seus direitos à liberdade, a um julgamento justo e a um recurso efetivo, pois o Tribunal Regional não havia decidido sobre o mérito de sua apelação e, portanto, sobre a legalidade de sua hospitalização involuntária no hospital psiquiátrico. Em 18 de março de 2008, o Tribunal Constitucional rejeitou seu recurso com base no argumento de que ele não havia esgotado todos os recursos disponíveis. O tribunal afirmou que o requerente deveria ter interposto uma petição de nulidade com base no Artigo 229 § 4 do Código de Processo Civil contra a decisão de 31 de outubro de 2007 do Tribunal Regional. O requerente reclamou que havia sido maltratado no centro de desintoxicação, que o fato de ter sido amarrado por dez horas, sem justificativa médica e sem verificações regulares, lhe causou sofrimento físico e mental severo, com efeitos duradouros, constituindo um tratamento desumano. Além disso, o uso das restrições não foi registrado de forma adequada e abrangente. Ele argumentou que, de acordo com os padrões legais e médicos internacionais e nacionais aplicáveis, as restrições físicas só poderiam ser usadas como última opção e deveriam ser totalmente justificadas. No entanto, conforme afirmado nos relatórios oficiais, ele estava calmo quando foi transferido para o hospital psiquiátrico e não tinha histórico de agressividade. Ele não precisava ter sido amarrado ao chegar no centro de desintoxicação. Além disso, sua alegada inquietação não poderia justificar tal tratamento, cujo objetivo parecia ser aliviar a carga de trabalho da equipe do hospital devido à escassez de pessoal. A Corte concluiu que houve violação do Artigo 3 da Convenção no que diz respeito aos aspectos substantivo e processual.		crise?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo -

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Sykora *versus* Tchéquia Temas Centrais: **Capacidade jurídica, internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança, violação do direito a recorrer a um tribunal e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2013	O requerente é uma pessoa com deficiência psicossocial que foi tratado em hospitais psiquiátricos. Contudo, não faz uso de medicação em razão de seus efeitos colaterais. Em 2000, o Tribunal Municipal de Brno retirou sua capacidade jurídica a pedido da cidade de Brno, alegando que o requerente não coletava sua pensão desde 1996. O Tribunal embasou sua decisão com base no relatório de um psiquiatra que concluiu que o requerente tinha esquizofrenia paranoide, durante sua internação involuntária. O requerente não tomou conhecimento deste processo e foi representado por um funcionário do Tribunal, que não o conhecia. A sentença foi proferida em dezembro de 2000. Quando tomou conhecimento desta decisão, o requerente apelou. Em 27 de agosto de 2001, o Tribunal Regional de Brno anulou a decisão de primeira instância e remeteu o caso ao Tribunal Municipal, que, em um julgamento de 24 de novembro de 2004, novamente privou o requerente de sua capacidade jurídica. A decisão baseou-se em um novo relatório pericial elaborado pela Dra. H. em 20 de maio de 2004, que, no entanto, não pôde examinar o requerente devido à sua recusa em realizar exames médicos. Ela concluiu que não houve melhora na saúde mental do requerente desde o primeiro relatório. O requerente tomou conhecimento da decisão em 20 de junho de 2006 e recorreu em 4 de julho de 2006. Ele afirmou que o tribunal não o havia notificado sobre a instauração e o desfecho do processo e que a Dra. H havia elaborado seu parecer pericial sem examiná-lo. O requerente foi representado por um advogado do Centro de Defesa dos Direitos de Pessoas com Deficiência Mental ("MDAC"). Em 19 de setembro de 2007, o Tribunal Municipal decidiu não privar o requerente de sua capacidade, baseando sua decisão em um relatório pericial da Dra. B., que havia concluído, em 11 de maio de 2007, que o requerente sofria de uma doença mental,	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 Artigo 8 a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar ao requerente, no prazo de três meses a contar da data em que o acórdão se tornar definitivo de acordo com o Artigo 44.º, § 2, da Convenção, 20.000 euros (vinte mil euros), mais qualquer imposto que possa ser aplicável, a título de danos não patrimoniais, a serem convertidos em coroas tchecas à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, a partir do final dos três meses acima mencionados até o pagamento, serão devidos	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		mas não apresentava sinais de esquizofrenia, não era perigoso ou agressivo e era plenamente capaz de fazer avaliações legais. O tribunal ouviu a perita, o requerente, que estava legalmente representado, e seu curador. A sentença tornou-se definitiva em 23 de novembro de 2007. No total, o requerente foi privado de sua capacidade de 21 de dezembro de 2000 a 27 de agosto de 2001 e de 1º de janeiro de 2005 a 25 de outubro de 2006, ou seja, por dois anos e seis meses. A Corte considerou que a remoção da capacidade do requerente por dois anos e meio ao longo de um período de seis anos constituiu uma interferência em sua vida privada, nos termos do Artigo 8º da Convenção, e observa que, de fato, não há controvérsia entre as partes sobre esse ponto. Recorda que qualquer interferência no direito de um indivíduo ao respeito por sua vida privada constituirá uma violação do Artigo 8º, a menos que esteja "de acordo com a lei", tenha perseguido um objetivo legítimo ou objetivos legítimos nos termos do parágrafo 2, e seja "necessária em uma sociedade democrática", no sentido de ser proporcional aos objetivos pretendidos. Ao final, decidiu que houve uma violação do Artigo 5 § 1 da Convenção; do Artigo 5 § 4 da Convenção e do Artigo 8 da Convenção.	juros simples sobre o valor acima à taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Cervenka *versus* Tchéquia Temas Centrais: **Capacidade jurídica, internação involuntária e acesso à justiça** – violação do direito à liberdade e à segurança, violação do direito a recorrer a um tribunal e violação do direito	2017	O requerente nasceu em 1956 em Praga. em 25 de janeiro de 2005, o Tribunal de Distrito de Praga 4, com base no artigo 10 § 1 do Código Civil, privou o requerente de sua capacidade. O tribunal, com base em um parecer pericial e no depoimento de seu pai, concluiu que ele sofria de demência alcoólica, uma deficiência mental permanente, e não podia realizar atos legais por conta própria. O requerente foi representado por um curador e não foi ouvido no tribunal, que considerou que ele não compreendia a relevância do processo. Por essa razão, o julgamento não foi entregue ao requerente. Em decisão de 21 de abril de 2009, que se tornou definitiva em 21 de julho de 2009, o tribunal nomeou o Escritório Municipal de Praga 11 como curador público do requerente. O requerente tentou recuperar sua capacidade várias vezes, mas todas as solicitações foram recusadas. Em 4 de março de 2010, o tribunal rejeitou outro pedido e proibiu o requerente de apresentar novos pedidos por um ano, pois não havia possibilidade de alteração em sua condição nesse período. O parecer pericial de 5 de janeiro de 2010 indicava que o requerente apresentava um quadro de alcoolismo terminal, com perda total de controle sobre o consumo, danos irreversíveis à saúde e alterações de personalidade devido à atrofia cerebral. Em julgamento de 16 de outubro de 2012, o tribunal decidiu limitar a capacidade do requerente, permitindo-lhe dispor de valores e celebrar contratos	Artigo 5 § 1 Artigo 5 § 4 Artigo 5 § 5 (a) Decidiu que o Estado demandado deverá pagar ao requerente, dentro de três meses a contar da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, os seguintes valores, a serem convertidos para a moeda do Estado demandado na taxa aplicável na data do	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
à indenização.		no valor máximo de 500 corunas (18 euros) por mês. A limitação ocorreu devido à demência orgânica mista e à falta de consciência de seu estado de saúde. O requerente recorreu em novembro de 2012. O Tribunal Municipal de Praga agendou uma audiência para 4 de abril de 2013, mas o advogado do requerente não foi informado da audiência, pois o curador público se recusou a assinar a procuração. O tribunal cancelou a audiência e remeteu o caso ao Tribunal de Distrito, que em 3 de junho de 2013 nomeou um novo curador, que concedeu a procuração ao advogado. Em 8 de agosto de 2013, o Tribunal Municipal anulou a decisão de 16 de outubro de 2012 e enviou o caso de volta ao Tribunal de Distrito, que, em 12 de junho de 2014, limitou a capacidade legal do requerente para não dispor de mais de 1.500 CZK (55 euros) por semana. Em 30 de julho de 2015, o Tribunal de Distrito iniciou de ofício o processo sobre a capacidade e curatela, com a solicitação de um novo parecer psiquiátrico. Os procedimentos ainda estão em andamento. Em seu histórico, afirma-se que o requerente foi internado no hospital psiquiátrico de Praga-Bohnice sete vezes entre 2004 e 2010, com diagnósticos relacionados ao alcoolismo e distúrbios mentais. Em 2010, um relatório indicou que ele sofria de transtorno mental e comportamental devido ao álcool, sendo alcoólatra e com episódios de delírio. A partir de 2011, começaram a surgir queixas sobre seu comportamento, como distúrbios noturnos devido ao consumo excessivo de álcool e maus tratos de animais. Em janeiro de 2011, foi sugerida a sua internação em uma instituição especializada devido ao seu comportamento incoerente e problemas com a medicação. Em fevereiro de 2011, o requerente foi transferido para uma casa de cuidados sociais, contra sua vontade. Ele expressou seu descontentamento e solicitou sua libertação, argumentando que estava sendo mantido ali sem o seu consentimento. Em 2011, vários órgãos, incluindo a Defensoria Pública e advogados, questionaram a legalidade da sua internação involuntária. O tribunal, no entanto, considerou as ações da guarda pública e a internação legais. Em 2012, o requerente continuou a se recusar a tomar medicação e foi descrito como um risco para outros devido ao seu comportamento agressivo e ao abuso contínuo de álcool. O Tribunal Constitucional rejeitou seus apelos sobre a legalidade da sua internação, afirmando que as medidas já haviam cessado, e que ele não havia exaurido outros recursos legais. A Corte concluiu que houve violação dos seguintes artigos da Convenção: Artigo 5 § 1, Artigo 5 § 4, Artigo 5 § 5. Essas violações indicam que o requerente não teve sua liberdade tratada de forma justa e legal, com acesso insuficiente aos recursos necessários para contestar sua detenção e sem uma reparação adequada por esses danos.	pagamento: (i) 15.000 EUR (quinze mil euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado, a título de dano não patrimonial; (ii) 8.025 EUR (oito mil e vinte e cinco euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado ao requerente, a título de custos e despesas; (b) Decidiu que a partir do término dos três meses mencionados acima, até o pagamento, será devido juros simples sobre os valores acima indicados, a uma taxa igual à taxa de juros marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, mais três pontos percentuais.	utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Quadro 45 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Tchéquia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	Bures *versus* Tchéquia De acordo com o Artigo 191ª do Código de Processo Civil, uma instituição de saúde que admite um paciente contra a sua vontade deve informar o tribunal competente dentro de vinte e quatro horas. Nos termos do Artigo 191b § 1, o tribunal deve revisar a legalidade de uma internação involuntária em uma instituição de saúde dentro de sete dias. O Artigo 191b § 2 prevê que o paciente tem o direito de ser representado por um advogado de sua escolha. Caso ele ou ela não tenha um advogado, o tribunal nomeará um para ele ou ela. Em conformidade com o Artigo 191b § 3, o tribunal deverá avaliar as provas, ouvir a pessoa internada, seu médico responsável e outras pessoas a pedido do internado, a menos que considere desnecessário. Conforme o Artigo 191c, uma decisão tomada com base no Artigo 191b pode ser contestada por meio de recurso, mas este não possui efeito suspensivo. A instituição de saúde pode liberar o paciente mesmo que o tribunal tenha declarado a internação involuntária como legal. O Artigo 191d § 1 dispõe que, se o tribunal considerar a internação legal, ele continuará revisando a legalidade da continuação da internação. De acordo com o parágrafo 2, o tribunal deverá nomear um perito para avaliar a necessidade da internação. Esse perito não pode ser funcionário da instituição de saúde onde a pessoa está internada. Nos termos do parágrafo 3, o tribunal deverá realizar uma audiência e convocar o paciente e seu advogado (desde que, segundo o médico responsável ou parecer técnico, o paciente esteja apto a acompanhar e compreender o significado do processo). Na audiência, o tribunal deverá ouvir o perito, o médico responsável, se necessário, e o paciente, além de avaliar outras provas relevantes. A decisão deverá ser emitida no máximo três meses após a decisão que aprovou a internação na instituição de saúde. Conforme o Artigo 191f, o paciente, seu advogado, tutor e outras pessoas próximas a ele podem, antes do término do período pelo qual sua internação foi aprovada, solicitar um novo exame médico e a liberação, caso haja uma presunção fundamentada de que a continuação da internação não é necessária. O Artigo 229 § 1 c) permite que uma decisão judicial definitiva seja contestada por uma ação de nulidade se uma das partes do processo não tiver capacidade legal para agir, não puder comparecer ao tribunal e não tiver sido devidamente representada. O parágrafo 4 prevê que uma ação de nulidade também pode ser apresentada contra uma decisão final de um tribunal de apelação que rejeitou um recurso ou encerrou o processo de apelação. Lei de Assistência à Saúde Pública (Lei nº 20/1996). De acordo com a seção 23(4)(b), uma pessoa pode ser internada involuntariamente se apresentar sinais de transtorno mental e representar perigo para si mesma ou para o ambiente ao seu redor. Diretriz nº 1/2005 do Diário do Ministério da Saúde sobre o uso de medidas de contenção em pacientes em instalações psiquiátricas na República Tcheca. Esta diretriz estipula, entre outros, o seguinte: "O uso de medidas de contenção deve ser considerado como último recurso em casos em que seja necessário para a proteção do paciente, de outros pacientes, do ambiente do paciente e da equipe das instalações psiquiátricas. Elas só podem ser utilizadas após todas as outras possibilidades terem sido esgotadas. Qualquer decisão de conter o paciente deve ser devidamente fundamentada. A contenção não pode ser usada para facilitar o tratamento ou lidar com um paciente agitado. As possíveis causas do comportamento problemático, como dor, desconforto, efeitos colaterais de medicamentos, estresse, problemas interpessoais entre cuidadores e o paciente ou outras doenças, devem sempre ser identificadas. O uso de medidas de contenção é justificado apenas se não for possível identificar uma causa removível do comportamento do paciente ou em situações em que o risco decorrente do comportamento do paciente seja inaceitavelmente alto. O benefício do uso de meios de contenção deve superar os riscos. 1. As medidas de contenção só podem ser usadas em casos excepcionais e apenas quando o paciente apresenta um comportamento que representa perigo para si mesmo e para o ambiente ao seu redor, e não como uma forma de educação ou correção. Em relação a cada paciente, é necessário usar os meios de contenção mais suaves e apropriados. 2. Um paciente contido por esses meios deve ser verificado regularmente, sendo os intervalos entre as

	verificações especificados. Devem ser tomadas providências para evitar que o paciente se machuque ou sofra de desidratação, desnutrição, hipotermia e úlceras de pressão, além de permitir sua higiene pessoal. As medidas de contenção devem ser aplicadas pelo menor tempo possível, e durante as verificações, a necessidade das medidas e a possibilidade de usar menos contenção devem ser reavaliadas. 3. O médico decidirá sobre o uso de medidas de contenção e fará um registro que deve sempre incluir: o nome da pessoa que ordenou a medida de contenção, o tipo de contenção usado, o motivo de seu uso, o horário de início e término da contenção, a frequência das verificações realizadas pela equipe médica e pelo médico, uma descrição do estado físico e mental da pessoa. Um membro da equipe médica deve informar o médico sobre qualquer alteração nos sintomas do paciente. O registro sobre o uso de contenção deve ser posteriormente assinado pelo médico-chefe durante a visita à enfermaria." Diretrizes para tratamento psiquiátrico emitidas pela Sociedade Psiquiátrica Tcheca, dezembro de 2006. Na seção sobre o uso de contenções, as Diretrizes contêm princípios semelhantes aos mencionados na Diretriz nº 1/2005 do Diário do Ministério da Saúde, citada anteriormente. Em particular, elas estabelecem que contenções mecânicas devem ser usadas apenas como último recurso. A contenção por meio de amarração a uma cama deve ser aplicada somente em casos de manifestações graves de angústia que coloquem o ambiente em risco, manifestações autoagressivas com risco iminente de automutilação ou suicídio, ou em condições que, com altíssima probabilidade, resultariam nessas manifestações. As Diretrizes também destacam que todas as circunstâncias relacionadas ao uso de contenções devem ser documentadas de forma transparente e clara. Cada uso de contenções deve ser registrado de maneira concreta, incluindo, entre outros, o horário em que as contenções foram aplicadas e removidas, bem como as verificações realizadas no paciente. Parecer da Divisão de Direito Civil e Comercial do Supremo Tribunal, nº Cpjn 29/2006, sobre os procedimentos para determinar a legalidade da admissão e detenção em uma unidade de saúde. Em 14 de janeiro de 2009, o Supremo Tribunal emitiu um parecer sobre este tema devido à falta de uniformidade com que os tribunais estavam lidando com casos relacionados aos procedimentos para decidir sobre a legalidade da admissão em uma unidade de saúde (artigo 191b do Código de Processo Civil) e da continuação da detenção nesta (artigo 191d do Código de Processo Civil). O Supremo Tribunal determinou, entre outras coisas, que, caso a pessoa detida seja liberada, não há mais motivos para a continuidade dos procedimentos, seja sob o artigo 191b ou 191d, e ambos devem ser encerrados.
	Sykora *versus* Tchéquia Código Civil (Lei nº 40/1964) em vigor na época dos fatos. De acordo com o artigo 10 § 1, se uma pessoa natural, devido a um transtorno mental que não seja temporário, for totalmente incapaz de tomar decisões legais, o tribunal irá privá-la de sua capacidade jurídica. Conforme o artigo 26, se as pessoas naturais forem legalmente incapazes, seus curadores atuarão em seu nome. Código de Processo Civil (Lei nº 99/1963). Nos termos do artigo 191a, um hospital que admita um paciente contra a sua vontade deve informar um tribunal competente no prazo de vinte e quatro horas; o tribunal analisará a legalidade da internação involuntária da pessoa no hospital. A Lei de Assistência à Saúde Pública foi descrita no caso acima, Bures *versus* Tchéquia. Lei nº 82/1998 sobre a responsabilidade do Estado por danos causados no exercício de autoridade pública devido a irregularidades em uma decisão ou na condução de procedimentos. Nas seções 7 e 8, indivíduos que sofrerem prejuízo devido a uma decisão final ilegal, posteriormente anulada ou alterada, têm o direito de reivindicar uma justa reparação. A seção 13 estabelece que o Estado também é responsável por danos causados por irregularidades na condução de procedimentos, incluindo o não cumprimento da obrigação de realizar um ato ou tomar uma decisão dentro do prazo legal.
	Cervenka *versus* Tchéquia A legislação invocada pela Corte foi apresentada no caso acima, Sykora *versus* Tchéquia.

Ucrânia

Quadro 46 - Casos de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais na Ucrânia que compõem a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
M. *versus* Ucrânia Tema Central: **Internação compulsória** – violação do direito à liberdade e à segurança.	2012	A Sra. M. foi hospitalizada para tratamento psiquiátrico em 1999 em razão de potenciais "problemas mentais". Em 2003, foi consultada por um psiquiatra que indicou a hospitalização. A Sra. M. não aceitou o tratamento, mas sua condição foi se deteriorando. Um painel de 3 psiquiatras a examinaram e concluíram que ela representava um perigo para a sociedade. Como resultado, o hospital solicitou ao judiciário local sua internação compulsória que ocorreu de setembro a dezembro de 2003. Situação semelhante aconteceu em 2004, quando foi internada compulsoriamente de julho a setembro de 2004. Dois anos depois, em 17 de fevereiro de 2006, a requerente apresentou uma solicitação por escrito para internação no hospital para tratamento. O pedido foi assinado apenas pela própria requerente. Segundo ela, foi obrigada a fazê-lo sob a ameaça de nunca ser liberada do hospital. Naquele dia, sua saúde física e mental estava debilitada. De acordo com a requerente, o regime ao qual ela foi submetida no hospital era rigoroso, pois ela tinha que permanecer no hospital durante todo o dia; seus movimentos dentro das instalações eram restritos; e seus pertences pessoais eram limitados. Em 19 de abril de 2006, recebeu alta do hospital. A Corte conclui, portanto, que não foi demonstrado de forma confiável que a permanência da requerente no hospital foi justificada pelo transtorno mental durante todo o período de sua quarta hospitalização; além disso, sua admissão no hospital e sua permanência nele não foram amparadas por garantias processuais adequadas contra a privação arbitrária de liberdade. A Corte concluiu que houve violação do Artigo 5 § 1.	Artigo 5 § 1 (a) Decidiu que o Estado requerido deve pagar à requerente, no prazo de três meses a partir da data em que a sentença se tornar definitiva, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, a quantia de EUR 12.000 (doze mil euros), acrescida de quaisquer impostos aplicáveis, a título de danos morais, a ser convertida na moeda nacional do Estado requerido à taxa aplicável na data do pagamento; (b) Que, após o término do prazo de três meses mencionado acima até o pagamento, juros simples serão aplicados sobre o montante referido à taxa equivalente à taxa marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
				informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?
Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia Temas Centrais: **Capacidade jurídica e acesso à justiça** – violação do direito a um processo equitativo.	2013	A requerente nasceu com uma lesão facial congênita e foi diagnosticada com uma "fenda craniana mediana". Entre 1990 e 1997, ela passou por várias cirurgias em uma clínica nos Estados Unidos da América, após as quais seus distúrbios cranianos foram em grande parte curados. No entanto, devido à cirurgia extensa, a requerente desenvolveu uma doença mental. Desde então, ela necessita de supervisão regular na clínica dos Estados Unidos. Em 2007, o pai da requerente solicitou ao Tribunal Distrital de Simferopol da República Autônoma da Crimeia ("Tribunal Distrital") que ela fosse privada de sua capacidade jurídica, alegando que ela sofria de um transtorno mental grave. Após um pedido do Tribunal Distrital, em 5 de junho de 2007, um perito psiquiátrico forense emitiu parecer afirmando que a requerente sofria de esquizofrenia paranoide, o que a impedia de compreender e controlar suas ações. Em 10 de julho de 2007, o Tribunal Distrital privou a requerente de sua capacidade jurídica. A decisão não foi apelada e tornou-se definitiva. Em 21 de novembro de 2007, a irmã da requerente foi designada como sua curadora. Gradualmente, a saúde mental da requerente melhorou, de modo que, em 3 de abril de 2008, ela passou a trabalhar em uma fábrica local. Em 2009, a curadora da requerente solicitou ao Tribunal Distrital a restauração da capacidade da requerente. No entanto, em 30 de outubro de 2009, o pedido foi rejeitado sem ser considerado no mérito devido à falha repetida da curadora em comparecer ao tribunal. Em 1º de novembro de 2010, a requerente solicitou por conta própria ao Tribunal Distrital a restauração de sua capacidade legal. Ela especificou que o Artigo 241 § 4 do Código de Processo Civil, que não previa o direito de uma pessoa incapaz apresentar tal solicitação, não estava em conformidade com os padrões jurídicos internacionais e era discriminatório. Em 4 de novembro de 2010, o Tribunal Distrital devolveu o pedido à requerente sem considerá-lo no mérito, observando que, de acordo com o Artigo 121 § 3 e o Artigo 241 § 4 do Código de Processo Civil, a requerente não tinha direito de apresentar tal solicitação. Em 12	Artigo 6 § 1 a) Decidiu que o Estado demandado deve pagar à requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, as seguintes quantias, a serem convertidas para a moeda do Estado demandado à taxa aplicável na data do pagamento: (i) EUR 3.600 (três mil e seiscentos euros), mais qualquer imposto que possa ser aplicável, a título de danos não patrimoniais; (ii) EUR 38 (trinta e oito euros), mais qualquer imposto que possa ser aplicável, a título de despesas postais; (iii) EUR 1.000 (mil euros), mais qualquer imposto que	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa: 5. É garantido o respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. É exigido o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		de janeiro de 2011, o tribunal de apelação rejeitou o recurso da requerente contra a decisão de 4 de novembro de 2010, observando que o Artigo 241 § 4 do Código de Processo Civil não dava à requerente o direito de apresentar um pedido de restauração de sua capacidade civil. O Tribunal Distrital, portanto, devolveu legalmente o pedido sem considerá-lo no mérito, conforme exigido pelo Artigo 121 § 3 desse Código. Em 12 de março de 2011, o tribunal de cassação rejeitou como infundado o recurso da requerente sobre questões jurídicas. A requerente reclamou com base no Artigo 6 § 1 e o Artigo 13 da Convenção, que não foi possível para ela solicitar diretamente a um tribunal a restauração de sua capacidade jurídica. Segundo a Corte, no que diz respeito à situação na Ucrânia, a proibição geral de acesso direto a um tribunal por indivíduos com transtornos mentais não permite nenhuma exceção. Ao mesmo tempo, a legislação doméstica não prevê salvaguardas para garantir que a questão da restauração da capacidade seja revisada por um tribunal em intervalos razoáveis. Por fim, no presente caso, não foi demonstrado que as autoridades domésticas competentes supervisionaram efetivamente a situação da requerente, incluindo o desempenho das funções de sua curadora, ou que tomaram as medidas necessárias para a proteção dos interesses da requerente. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 6 § 1 da Convenção.	possa ser aplicável à requerente, a título de custos e despesas, a ser pago na conta bancária do Centro de Defesa de Deficiências Mentais; (b) Decidiu que, após o término dos três meses mencionados acima, até o pagamento, juros simples serão devidos sobre as quantias acima mencionadas à uma taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, mais três pontos percentuais.	como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça: 3. É garantido que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?
Akopyan *versus* Ucrânia Tema Central: **Internação involuntária:** violação do direito a liberdade e segurança e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2014	A requerente era casada e tinha duas filhas. Sua relação com o marido se deteriorou e em agosto de 1994, ela e as duas filhas foram morar em uma casa alugada pelo marido, que visitava as crianças esporadicamente. No final do ano de 1994, o marido levou as filhas e a requerente ficou sozinha. Em dezembro, foi admitida no Hospital Psiquiátrico Regional e, de acordo com o laudo médico, foi trazida pela ambulância, em estado reativo e com sinais de transtorno mental. Foi diagnosticada e tratada por esquizofrenia paranoide. De janeiro de 1995 a novembro de 1997, a requerente pediu para ter alta do hospital, sem sucesso. Dessa forma, fugiu de lá e foi viver em um abrigo. Nesta época, já estava divorciada. Em fevereiro de 1998, a requerente foi admitida no Hospital Psiquiátrico Municipal. Durante sua hospitalização, não tomava remédios e teve alta com a conclusão de que sua saúde mental estava normal. Após reclamação da requerente, em 17 de fevereiro de 1998, a Procuradoria Regional de Kharkiv iniciou um processo criminal contra P., o médico da requerente, sob suspeita de internação ilegal em um hospital psiquiátrico, um crime conforme o Artigo 123-2 do Código Penal de 1960. Em 21 de julho de 1998, um painel de especialistas realizou um exame psiquiátrico forense e concluiu que a requerente não sofria de nenhum transtorno mental. Além disso, o	Artigo 5 § 1 Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado réu deverá pagar ao requerente, dentro de três meses a contar da data em que o julgamento se tornar definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, 12.000 EUR (doze mil euros), mais qualquer imposto que possa ser cobrado, a título de danos não patrimoniais, a ser convertido para a moeda do Estado réu à taxa	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		painel concluiu que a internação da requerente no hospital psiquiátrico em 17 de dezembro de 1994 poderia ter sido necessária devido ao seu estado de saúde; no entanto, durante sua estadia no hospital psiquiátrico, ela foi diagnosticada de forma incorreta, não foi avaliada de maneira abrangente e não recebeu tratamento médico correto desde o início, em dezembro de 1994. Em 9 de outubro de 1998, o painel de especialistas concluiu adicionalmente que a requerente poderia ter sido liberada do hospital psiquiátrico em 17 de janeiro de 1995 com base no pedido de alta, já que seu estado mental não sugeria que ela representasse um perigo para si mesma ou para os outros. Este processo criminal foi adiado inúmeras vezes e arquivado em 2008. Em março de 2006, a requerente entrou com uma ação civil separada contra P. e o hospital psiquiátrico, reivindicando 10.000 grívnias ucranianas (UAH) de P. e 90.000 UAH do hospital psiquiátrico como compensação pelos danos sofridos em decorrência de sua internação injustificada. Ela alegou, em particular, que a estadia de três anos no hospital psiquiátrico havia lhe causado sofrimento mental e físico severo. Argumentou que constantemente se sentia humilhada e tratada como um ser humano deficiente, cuja opinião não tinha valor. Além disso, ela havia sido submetida a intervenções médicas involuntárias. Adicionalmente, a vida privada e familiar da requerente havia sido arruinada. O tribunal observou ainda que, durante sua estadia indevida no hospital psiquiátrico, a requerente não pôde exercer livremente seus direitos ou gerenciar sua vida. Constatou, portanto, que a requerente sofreu danos não pecuniários que deveriam ser compensados pelo hospital psiquiátrico que empregava P. O tribunal concedeu à requerente 7.000 UAH a título de danos não pecuniários, observando que, ao determinar esse valor, levou em consideração a duração da estadia injustificada da requerente no hospital psiquiátrico, a natureza e o alcance do sofrimento físico e mental, as mudanças forçadas em seu estilo de vida e as restrições impostas aos seus direitos como cidadã de organizar livremente sua vida e cuidar de sua própria saúde. A requerente apelou, buscando um valor maior de indenização de ambos os réus. Em 19 de abril de 2007, o Tribunal Regional de Apelação de Kharkiv confirmou a sentença de 31 de janeiro de 2007. As queixas apresentadas à Corte referem-se à internação do requerente no hospital psiquiátrico entre 17 de dezembro de 1994 e 7 de novembro de 1997. Na sentença, a Corte constatou que houve violação do Artigo 5 § 1 da Convenção e do Artigo 8 da Convenção.	aplicável na data do pagamento; (b) Decidiu que, após o vencimento dos três meses mencionados, até o pagamento, serão devidos juros simples sobre os montantes acima mencionados, a uma taxa igual à taxa de juros marginal de empréstimo do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 12. É garantido que as pessoas que utilizam serviços de saúde mental recebam informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Surikov *versus* Ucrânia Temas Centrais: **Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental e acesso à justiça –** violação do direito a um processo equitativo e violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar.	2017	Em 1990, o requerente se formou no Instituto Ucraniano de Impressão e Publicação como engenheiro tecnológico. Ele começou a trabalhar na editora estatal Tavrida no mesmo ano. Em 1997, o requerente solicitou inclusão na lista de reserva para promoção a um cargo de engenharia compatível com suas qualificações, mas não obteve resposta. Em 2000, fez uma nova solicitação, que foi recusada em 6 de março do mesmo ano. Ele então acionou judicialmente a Tavrida para que sua promoção fosse considerada. Durante o processo, a empresa alegou que a recusa estava ligada à saúde mental do requerente. Documentos indicavam que, em 1981, ele havia sido dispensado do serviço militar por motivos de psicose e transtornos psicóticos relacionados a lesões cerebrais orgânicas. Além disso, seus colegas e supervisores questionaram suas habilidades interpessoais e não o viam apto para funções gerenciais. O requerente processou a empresa Tavrida, buscando indenização e um pedido de desculpas por difamação devido à divulgação de informações médicas relacionadas à sua dispensa do serviço militar. Ele argumentou que a empresa não tinha o direito de obter essas informações, usá-las em decisões de promoção ou compartilhá-las com colegas e em tribunal. Em 17 de agosto de 2000, o tribunal rejeitou o pedido do requerente, afirmando que promoções eram discricionárias ao empregador. A decisão foi confirmada em 24 de setembro de 2000 pelo Supremo Tribunal da República Autônoma da Crimeia. Em março de 2001, o Tribunal Supremo da República Autônoma da Crimeia anulou essa decisão e ordenou nova análise, observando que dados de saúde são informações pessoais e protegidas por lei. O tribunal destacou que deveria ser avaliado se a coleta e o uso dessas informações eram legais e justificados, considerando também a confidencialidade médica. Em 2002, o requerente ampliou sua queixa, citando violações da Constituição da Ucrânia, da Lei de Informação e de outras normas de proteção de dados de saúde. Contudo, em 2003, o Tribunal Distrital rejeitou novamente a ação, afirmando que a empresa agiu dentro de seus direitos administrativos e que o diretor tinha autorização para acessar informações sobre a dispensa militar do requerente. Após apelações subsequentes, o Tribunal de Apelação manteve a decisão inicial, mas alterou o fundamento jurídico, declarando que o caso se referia à conduta de indivíduos (o diretor e outros funcionários) e não da empresa como entidade. O Tribunal Supremo da Ucrânia recusou o pedido do requerente de recorrer em 2006, encerrando o caso. Para a Corte, o requerente reclamou que seu empregador coletou, reteve e utilizou arbitrariamente dados sensíveis, obsoletos e irrelevantes sobre sua saúde mental ao considerar sua solicitação de promoção. Além disso, alegou que esses dados foram divulgados de	Artigo 6 Artigo 8 (a) Decidiu que o Estado réu pague ao requerente, dentro de três meses a partir da data em que o julgamento se torne definitivo, de acordo com o Artigo 44 § 2 da Convenção, EUR 6.000 (seis mil euros), a serem convertidos na moeda do Estado réu à taxa aplicável na data do pagamento, acrescidos de qualquer imposto que possa ser aplicável; (b) Decidiu que, após o término do período de três meses mencionado acima até o pagamento, juros simples sejam pagos sobre o valor acima mencionado a uma taxa igual à taxa de empréstimo marginal do Banco Central Europeu durante o período de inadimplência, acrescida de três pontos percentuais.	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 1. São desafiados o estigma e a discriminação associados à saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 9. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito à confidencialidade das informações sobre si mesmas, incluindo seu diagnóstico e tratamento? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		forma ilegal e injusta aos seus colegas e a um tribunal cível durante uma audiência pública. O requerente também reclamou que as autoridades judiciais nacionais não haviam respondido aos principais argumentos que ele apresentou em apoio às suas alegações nos processos de proteção de dados contra seu empregador. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 6 e do Artigo 8 da Convenção.		de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Quadro 47 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas aos casos de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais na Ucrânia.

Legislações relacionadas aos casos analisados pela Corte	M. *versus* Ucrânia De acordo com o Artigo 55 da Constituição Federal de 1996: "Os direitos e liberdades humanas e dos cidadãos são protegidos pelos tribunais. Todos têm garantido o direito de contestar, no tribunal, as decisões, ações ou omissões dos órgãos do poder estatal, órgãos de autogoverno local, funcionários e agentes públicos. ...Todos têm o direito de proteger seus direitos e liberdades contra violações e atentados ilegais por quaisquer meios não proibidos pela lei." Código de Justiça Administrativa de 6 de julho de 2005 (em vigor a partir de 1º de setembro de 2005). Artigo 2º - Função do sistema de justiça administrativa: "1. A função do sistema de justiça administrativa será a proteção dos direitos, liberdades e interesses das pessoas físicas, bem como dos direitos e interesses das pessoas jurídicas no campo das relações de direito público, contra violações cometidas pelas autoridades públicas ... 2. Qualquer decisão, ação ou omissão por parte das autoridades públicas pode ser contestada nos tribunais administrativos, exceto nos casos em que a Constituição e as leis da Ucrânia prevejam um procedimento diferente de recurso judicial contra tais decisões, ações ou omissões ...". Lei de Assistência Psiquiátrica de 22 de fevereiro de 2000. Seção 13 - Hospitalização de uma pessoa em uma unidade de saúde mental. "Uma pessoa será hospitalizada em uma unidade de saúde mental voluntariamente, seja por sua solicitação ou com seu consentimento consciente. ... O consentimento para a hospitalização deverá ser incluído na documentação médica, após a assinatura da pessoa em questão ou de seu representante legal e de um psiquiatra." Seção 14 - Motivos para hospitalização compulsória de uma pessoa em uma unidade de saúde mental. "Uma pessoa que sofre de um transtorno mental pode ser hospitalizada em uma unidade de saúde mental sem seu consentimento consciente ou sem o consentimento de seu representante legal, se o exame médico ou tratamento dessa pessoa só for possível na unidade de saúde mental e, como resultado do transtorno mental grave, essa pessoa: 1. Cometer ou expressar intenções reais de cometer atos que sejam diretamente perigosos para si mesma ou para outros; ou 2. Não for capaz de atender suas necessidades vitais no nível básico." Seção 16 - Avaliação das pessoas hospitalizadas compulsoriamente em uma unidade de saúde mental. "Uma pessoa que tenha sido hospitalizada em uma unidade de saúde mental por decisão de um psiquiatra com base nos motivos previstos na seção 14 desta Lei deverá ser avaliada, dentro de vinte e quatro horas, por um painel de psiquiatras da unidade de saúde mental para determinar se a hospitalização é necessária. Se a hospitalização for considerada desnecessária e a pessoa em questão não desejar permanecer na unidade de saúde mental, ela deverá ser imediatamente liberada. Se a hospitalização compulsória da pessoa for necessária, um representante da unidade de saúde mental onde a pessoa está sendo mantida deverá, dentro de vinte e quatro horas, solicitar ao tribunal ... a hospitalização compulsória da pessoa com base nos motivos previstos na seção 14 desta Lei. ...". Seção 17 - Continuação da hospitalização compulsória. Uma pessoa será mantida compulsoriamente em uma unidade de saúde mental exclusivamente pelo período em que existirem motivos que justifiquem sua hospitalização. Uma pessoa que tenha sido hospitalizada compulsoriamente em uma unidade de saúde mental deverá ser avaliada por um painel de psiquiatras pelo menos uma vez por mês para determinar se a pessoa deve continuar internada ou ser liberada. Se a hospitalização compulsória for necessária por mais de seis meses, um representante da unidade de saúde mental deverá solicitar ao tribunal ... a extensão da hospitalização compulsória. Um relatório de um painel de psiquiatras que justifique a extensão da hospitalização deverá ser anexado à solicitação... A hospitalização da pessoa poderá ser estendida, a cada vez, por um período não superior a seis meses. Uma pessoa sujeita à hospitalização compulsória ou seu representante legal terá o direito de apresentar solicitações ao tribunal para a interrupção da hospitalização compulsória a cada três meses, a partir da data da decisão judicial que estende a hospitalização." Seção 18 - Alta de uma pessoa de uma unidade de saúde mental. "Uma pessoa será liberada de uma unidade de saúde mental quando a avaliação ou exame pericial de seu estado mental for concluído, ou quando ela se recuperar da doença, ou quando seu estado mental mudar a ponto de não ser mais necessário tratamento hospitalar. Uma pessoa que foi admitida voluntariamente será liberada mediante solicitação por escrito dessa pessoa ou de seu representante legal ou por decisão de um psiquiatra. A alta de uma pessoa que foi hospitalizada voluntariamente pode ser recusada se um painel de

	psiquiatras encontrar motivos para a hospitalização compulsória da pessoa, conforme previsto na seção 14 desta Lei. Neste caso, os procedimentos para hospitalização compulsória, continuidade da hospitalização e alta serão conduzidos conforme previsto nas seções 16, 17 e 22 (parágrafos 2 e 3) desta Lei e no parágrafo 3 desta seção. Uma pessoa sujeita à hospitalização compulsória será liberada por decisão de um painel de psiquiatras ou decisão judicial que recuse a extensão da hospitalização. ...". Seção 22 - O procedimento para exame judicial de solicitações de fornecimento compulsório de assistência psiquiátrica. "... A solicitação de um representante de uma unidade de saúde mental para hospitalização compulsória de um paciente será examinada por um tribunal ... dentro de vinte e quatro horas após o recebimento da solicitação. ... Os casos referentes ao fornecimento compulsório de assistência psiquiátrica serão examinados na presença da pessoa em questão. Um promotor, um representante legal da pessoa em questão e um psiquiatra ou um representante da unidade de saúde mental participarão da audiência."
	Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia Código Civil de 16 de janeiro de 2003. O Artigo 67 do Código prevê que o curador é obrigado a tomar medidas para a proteção dos direitos civis e interesses da pessoa que está sob sua tutela. Código de Processo Civil de 18 de março de 2004. O Artigo 121 § 3 do Código prevê que um tribunal não pode aceitar uma reclamação para consideração no mérito se for apresentada por uma pessoa privada de capacidade jurídica. O Artigo 241 § 4 do Código prevê que uma decisão judicial que declare uma pessoa física totalmente incapaz pode ser anulada e a capacidade jurídica dessa pessoa pode ser restaurada por outra decisão judicial, desde que a pessoa tenha sido curada ou seu estado mental tenha melhorado significativamente. Tal decisão deve ser tomada mediante um pedido apresentado pelo curador ou pela autoridade de tutela e deve ser respaldada por conclusões relevantes de um perito psiquiatra forense. Ordem de 26 de maio de 1999 (nº 34/166/131/88) aprovada pelo Comitê de Estado para Assuntos de Família e Juventude, pelo Ministério da Educação, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Política Social. Esta ordem exige que as autoridades de curatela, entre outras coisas, supervisionem as atividades dos curadores e tomem medidas para a proteção dos direitos das pessoas que foram colocadas sob curatela.
	Akopyan *versus* Ucrânia A legislação apresentada pela Corte está descrita no caso acima, M. *versus* Ucrânia.
	Surikov *versus* Ucrânia Artigo 32 da Constituição da Ucrânia de 1996. "Ninguém será sujeito a interferências em sua vida pessoal e familiar, exceto nos casos previstos pela Constituição da Ucrânia. A coleta, armazenamento, uso e disseminação de informações confidenciais sobre uma pessoa sem seu consentimento não será permitida, exceto nos casos determinados por lei, e apenas no interesse da segurança nacional, bem-estar econômico e direitos humanos. (...). A todos é garantida a proteção judicial do direito de corrigir informações incorretas sobre si mesmos ou sobre membros de sua família, e o direito de exigir que qualquer tipo de informação seja apagada, assim como o direito à compensação por danos materiais e morais causados pela coleta, armazenamento, uso e disseminação de tais informações incorretas." Lei da Ucrânia "Sobre Informações" (Lei de Informação) nº 2657-XII de 2 de outubro de 1992. Seção 23. Informações sobre uma pessoa. "Informações sobre uma pessoa são um conjunto de informações documentadas ou publicamente proclamadas sobre uma pessoa. Os dados principais sobre uma pessoa (dados pessoais) são nacionalidade, educação, estado civil, convicções religiosas, estado de saúde, bem como endereço, data e local de nascimento. (...). A coleta de informações sobre uma pessoa sem a [permissão prévia] do sujeito é proibida, exceto nos casos previstos por lei...". Seção 31. Acesso dos cidadãos a informações sobre eles mesmos. "Os cidadãos têm o direito de: 1. saber no momento da coleta das informações, quais dados relativos à sua pessoa estão sendo coletados e com que finalidade; como, por quem e para qual propósito serão usados; 2. acessar informações sobre si mesmos, apresentar objeções sobre sua precisão, completude, relevância, etc. Órgãos e organizações do Estado, cujos sistemas de informação contêm dados sobre os cidadãos, devem tomar medidas para prevenir o acesso não autorizado a essas informações. É proibido o acesso de terceiros a informações sobre outra pessoa, coletadas de acordo com a legislação aplicável por órgãos do Estado, organizações e autoridades. O armazenamento de informações sobre os cidadãos não deve exceder o período necessário para o fim estabelecido por lei. (...). A quantidade necessária de dados sobre

	os cidadãos, que pode ser obtida por meios legais, deve ser a mais limitada possível e só pode ser usada para fins legalmente estabelecidos. A recusa de acesso a tais informações ou seu ocultamento, coleta, uso, armazenamento ou divulgação ilegais pode ser contestada judicialmente." Seção 46. Proibição do abuso do direito à informação. "... Não deve haver disseminação de informações médicas confidenciais ... exceto nos casos previstos por lei." Lei da Ucrânia "Sobre Diretrizes Legais Relativas à Proteção da Saúde na Ucrânia" (as "Diretrizes de Proteção da Saúde") nº 2801-XII de 19 de novembro de 1992. Seção 40. Informações Médicas Confidenciais. "Os profissionais de saúde e outras pessoas que, em razão do exercício de suas funções profissionais ou oficiais, tomaram conhecimento de uma doença, atestado médico, exame e seus resultados; [bem como] aspectos das esferas íntima e familiar da vida de um cidadão, não terão o direito de divulgar essas informações, exceto nos casos previstos por lei...". Lei da Ucrânia "Sobre Assistência Psiquiátrica" (Lei de Assistência Psiquiátrica) nº 1489-III de 22 de fevereiro de 2000. Seção 3. Presunção de saúde mental. "Cada indivíduo será considerado como não tendo transtornos mentais até que a presença de tal transtorno seja estabelecida com base no procedimento e nas condições estabelecidas por esta Lei e outras leis da Ucrânia." Seção 6. Confidencialidade dos dados sobre o estado de saúde mental de um indivíduo e a prestação de assistência psiquiátrica. "Membros da equipe médica ... e pessoas que, em razão de seus estudos ou no exercício de funções profissionais, oficiais, públicas ou outras, tomaram conhecimento de que um indivíduo sofre de um transtorno mental, (...) bem como de outros dados sobre o estado de saúde mental de um indivíduo [ou] sua vida privada, não poderão divulgar essas informações, exceto conforme estabelecido por esta seção. (...). Os documentos que contêm informações sobre o estado de saúde mental de uma pessoa e a prestação de assistência psiquiátrica a ela devem ser armazenados de acordo com os requisitos que garantam a confidencialidade dessas informações. A entrega dos originais desses documentos e a realização de cópias só podem ser feitas nos casos estabelecidos por lei. ...".

5.2 Da Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos

Quadro 48 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Brasil que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Ximenes Lopes *versus* Brasil	2006	Damião Ximenes Lopes, um agricultor brasileiro de 30 anos, sofria de esquizofrenia paranoide e foi internado em 1º de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Ceará, uma clínica privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua internação foi solicitada por sua mãe, que buscava assistência especializada. Damião tinha sido internado no ano de 1995 e outra vez no ano de 1998 na mesma Casa de Repouso. Em sua internação, no ano de 1998, Damião teve cortes, feridas nos tornozelos e no joelho, razão pela qual sua família pediu explicação ao funcionário da Casa de Repouso, que disse que os ferimentos eram consequência de uma tentativa de fuga. No dia 4 de outubro de 1999, com três dias de internação, sua mãe, D. Albertina Ximenes Lopes, foi visitá-lo e o	Artigo 1.1 Artigo 4.1 Artigo 5 Artigo 5.1 Artigo 5.2 Artigo 8.1 Artigo 25.1	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa –2. São desafiados o estigma e a discriminação associados à saúde mental?; 3. É permitido o acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos?; 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Temas Centrais: **Tratamento desumano e degradante e acesso à justiça –** violação do direito a respeitar os direitos, violação do direito à vida, violação do direito à integridade pessoal (física, psíquica e moral), violação do direito a não ser submetido a tratamento cruel, desumano e degradante, violação do direito a garantias judiciais e violação do direito à proteção judicial.		encontrou agonizando. Foi então que pediu socorro ao médico Francisco Ivo de Vasconcelos, porque acreditava que seu filho morreria devido às condições em que estava. No entanto, o médico não atendeu seus pedidos e limitou-se a prescrever um medicamento injetável. Naquele dia, D. Albertina voltou para casa, em Varjota, a 72 km de Sobral, sofrendo pelo estado do filho e, ao chegar em casa, já havia um telefonema da Casa de Repouso Guararapes solicitando sua presença. Damião havia falecido e o laudo do médico, Dr. Ivo, dizia que a morte teria sido natural, resultante de uma parada cardiorespiratória. Contudo, o corpo de Damião apresentava marcas de tortura, seus punhos estavam dilacerados e totalmente roxos, e suas mãos também estavam perfuradas, com sinais de unhas e uma parte do seu nariz estava machucada. A partir daí, iniciou-se a luta da família Ximenes Lopes pelo esclarecimento do que de fato havia ocorrido com Damião e pela identificação e responsabilização dos responsáveis por sua morte. O primeiro passo, a polícia civil local, foi em vão: o médico responsável pelo laudo, na polícia, era o mesmo Dr. Ivo. O corpo de Damião foi então enviado para necropsia no Instituto Médico Legal de Fortaleza, mas o resultado foi o de "causa morte indeterminada e sem elementos para responder". Irene, irmã de Damião, passou a acionar todos os órgãos públicos e entidades de defesa dos direitos humanos a que teve acesso, da Secretaria de Saúde de Varjota à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Assim, em 22 de novembro de 1999, a irmã de Damião apresentou, na Comissão Interamericana de Direitos Humanos, uma denúncia contra o Estado brasileiro, por violação aos direitos à vida, à integridade pessoal, à proteção da honra e dignidade de Damião Ximenes Lopes e o direito a recurso judicial. No final de 1999, a Comissão remeteu ao Estado brasileiro a denúncia de Irene Ximenes Lopes Miranda, concedendo-lhe o prazo de 90 dias para resposta. Em razão do silêncio do Estado brasileiro e diante do preenchimento dos demais requisitos de admissibilidade, a Comissão admitiu a denúncia. O passo seguinte da Comissão foi colocar-se à disposição das partes para o procedimento de solução amistosa. O Brasil, no entanto, permaneceu inerte, o que provocou a aprovação do Relatório de Admissibilidade – peça na qual a Comissão se manifesta sobre o mérito da denúncia - concluindo que a petição contra o Estado brasileiro era admissível, no caso da morte de Damião, pela violação de seus direitos à integridade pessoal, à vida, à proteção judicial e às garantias judiciais, todos assegurados na Convenção Americana. A Comissão também concluiu que a hospitalização de Damião ocorreu em condições desumanas e degradantes. Nesse sentido, houve também violações da obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais	a) 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. b) O Estado deve publicar, no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional, uma só vez, o Capítulo VII relativo aos fatos provados desta Sentença, sem as respectivas notas de pé de página, bem como sua parte resolutiva. c) 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. d) O Estado deve pagar em	informado e a eliminação da coerção?; 8. É garantida a responsabilização dos serviços de saúde mental? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental os mesmos direitos que às pessoas que utilizam serviços de saúde geral?; 13. É garantida a oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. É mantido o direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento?; 3. São previstas salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas?; 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		relacionadas com a investigação dos fatos. Nos termos da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a Comissão recomendou ao Estado brasileiro a adoção de uma série de medidas para reparar essas violações. O Relatório de Admissibilidade foi encaminhado ao Estado brasileiro, fixando-se o prazo de dois meses para que informasse sobre as medidas adotadas para o cumprimento das recomendações. O Estado brasileiro solicitou à Comissão a concessão de prorrogação do prazo para implementar as recomendações do Relatório de Admissibilidade, e as prorrogações foram concedidas. Em setembro de 2004, o Brasil apresentou à Comissão um relatório parcial sobre sua atuação na efetivação das recomendações, além de sua contestação ao Relatório de Admissibilidade aprovado pela Comissão. Em 30 de setembro de 2004, a Comissão decidiu submeter o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos. A Comissão apresentou a demanda com o objetivo de que a Corte decidisse se o Estado era responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 4 (direito à vida), 5 (direito à integridade pessoal), 8 (garantias judiciais) e 25 (proteção judicial) da Convenção Americana, com relação à obrigação estabelecida no artigo 1.1 (obrigação de respeitar os direitos) do mesmo instrumento, em detrimento de Damião Ximenes Lopes, pessoa com transtorno mental, pelas supostas condições desumanas e degradantes da sua hospitalização; pelos alegados golpes e ataques contra sua integridade pessoal, supostamente realizados pelos funcionários da Casa de Repouso Guararapes; por sua morte durante sua internação para tratamento psiquiátrico; bem como pela suposta falta de investigação e garantias judiciais que mantinham o caso na impunidade. Em 30 de novembro e 1º de dezembro de 2005, foi celebrada audiência pública na Corte Interamericana. Nessa oportunidade, o Estado reconheceu os maus-tratos de que Ximenes Lopes foi vítima antes de sua morte, em violação ao artigo 5 da	dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, no prazo de um ano, a título de indenização por dano material, a quantia fixada nos parágrafos 225 e 226, nos termos dos parágrafos 224 a 226 da presente Sentença[94]. e) O Estado deve pagar em dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e para os senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, no prazo de um ano, a título de indenização por dano imaterial, a quantia fixada no parágrafo 238, nos termos dos parágrafos 237 a 239 da presente	de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas?; 8. Há um marco para apoiar pessoas em situação de crise?; 9. Estão disponíveis serviços de apoio comunitário para crises? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Há um marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental?; 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de

[94] "224. Por outro lado, os representantes alegaram que a senhora Irene Ximenes Lopes Miranda, irmã da vítima, deixou seu emprego na Municipalidade de Ipueiras em consequência da morte do irmão e solicitaram à Corte que fixe a quantia de US$41.850 (quarenta e um mil e oitocentos e cinquenta dólares dos Estados Unidos da América) a favor da referida senhora, a título de perda de ingressos. 225. Em vista das alegações dos representantes, esta Corte considera que há elementos para concluir que a senhora Irene Ximenes Lopes Miranda deixou de perceber seus ingressos por algum tempo ao não poder trabalhar, em virtude da morte de seu irmão. Este Tribunal considera, por conseguinte, procedente fixar com equidade a quantia de US$10.000,00 (dez mil dólares dos Estados Unidos da América) como indenização a título de dano material a favor da referida senhora, a qual lhe deverá ser entregue. 226. Analisada a informação recebida pelas partes, os fatos do caso e sua jurisprudência, o Tribunal observa que, apesar de não terem sido aportados os comprovantes de despesas, é de presumir que os familiares do senhor Damião Ximenes Lopes incorreram em diversos gastos funerários, bem como em outros gastos relacionados com o traslado do corpo da vítima da cidade de Sobral até a cidade de Fortaleza para a realização da necropsia. A Corte estima pertinente, portanto, fixar, com equidade, a quantia de US$1.500,00 (mil e quinhentos dólares dos Estados Unidos da América) como indenização a título de dano emergente, a qual deverá ser entregue a senhora Albertina Viana Lopes" (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Convenção, mas não reconheceu sua responsabilidade internacional pela suposta violação dos artigos 8 (garantias judiciais) e 25 (proteção judicial) da Convenção Americana, em detrimento dos familiares do senhor Damião Ximenes Lopes. Nessa audiência, a Corte negou provimento à exceção preliminar de não-esgotamento dos recursos internos interposta pelo Estado brasileiro. Diante do material probatório oferecido pelas partes, a Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou, no julgamento do caso da morte de Damião, que as hipóteses de responsabilidade estatal por violação dos direitos consagrados na Convenção podem ser tanto as ações ou omissões atribuíveis a órgãos ou funcionários do Estado quanto à omissão do Estado em evitar que terceiros violem os bens jurídicos que protegem os direitos humanos. Entre esses dois extremos, encontra-se a conduta de uma pessoa ou entidade que, embora não seja órgão estatal, está autorizada pela legislação do	Sentença[95]. f) O Estado deve 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 quantia fixada no parágrafo 253, a qual deverá ser entregue à	direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização?; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, são previstas sanções civis, administrativas ou criminais eficazes, bem como reparações? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o

[95] "237. Em consideração aos diferentes aspectos do dano aduzidos pela Comissão e pelos representantes, a Corte considera os seguintes aspectos: a) no que se refere ao senhor Damião Ximenes Lopes, este Tribunal leva em conta para a determinação da indenização a título de dano imaterial que está provado que este não recebeu assistência médica nem tratamento adequados como paciente portador de transtorno mental, que por sua condição era especialmente vulnerável e foi submetido a tratamentos cruéis desumanos e degradantes enquanto esteve hospitalizado na Casa de Repouso Guararapes, situação que se viu agravada com sua morte (par. 112.7, 112.8, 112.9, 112.11, 112.12, 112.56 e 112.57 supra); b) na determinação da indenização a título de dano imaterial que cabe à senhora Albertina Viana Lopes, esta Corte toma em conta o fato de que é a mãe do falecido. Considera, ademais, que foi constatado o profundo sofrimento e angústia que lhe causou ver a situação deplorável em que se encontrava seu filho na Casa de Repouso Guararapes e seu consequente falecimento; e as sequelas físicas e psicológicas posteriormente produzidas (par. 112.70 e 157); c) com respeito ao senhor Francisco Leopoldino Lopes, com a finalidade de determinar a indenização por danos imateriais, o Tribunal considera o fato de que era o pai do senhor Damião Ximenes Lopes, mantinha vínculo afetivo com ele e sofreu em consequência da morte do filho (par. 112.71 e 159 supra); d) no que se refere à senhora Irene Ximenes Lopes Miranda, irmã do senhor Damião Ximenes Lopes, o Tribunal, para a determinação da indenização a título de dano imaterial, considera o sofrimento causado pela morte de seu irmão, com quem mantinha um laço afetivo estreito, o que lhe causou sofrimentos e sequelas psicológicas posteriores. A senhora Irene Ximenes Lopes Miranda, ademais, ainda em detrimento do bem-estar de suas filhas, procurou justiça a partir da morte do irmão, para o que recorreu a diversos órgãos na jurisdição interna e internacional, o que a fez sofrer e reviver de maneira constante as circunstâncias da morte do irmão (par. 112.70, 160 e 161 supra); e e) na determinação da indenização a título de dano imaterial que cabe ao senhor Cosme Ximenes Lopes, que também esteve internado em instituições psiquiátricas, a Corte considera o vínculo afetivo e a identificação que havia entre os dois irmãos e o fato de que o falecimento de seu irmão lhe causou dor e sofrimento, que esteve em estado de choque, sofreu depressão e deixou de trabalhar em consequência da morte do senhor Damião Ximenes Lopes (par. 112.71 e 162 supra). 238. Em consideração ao exposto, a Corte fixa com equidade o valor das compensações a esse título, nos seguintes termos : a) para o senhor Damião Ximenes Lopes a quantia de US$50.000,00 (cinquenta mil dólares dos Estados Unidos da América), que deverá ser distribuída entre as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e os senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes; b) para a senhora Albertina Viana Lopes a quantia de US$30.000,00 (trinta mil dólares dos Estados Unidos da América); c) para o senhor Francisco Leopoldino Lopes a quantia de US$10.000,00 (dez mil dólares dos Estados Unidos da América) ; d) para a senhora Irene Ximenes Lopes Miranda, a quantia de US$25.000,00 (vinte e cinco mil dólares dos Estados Unidos da América); e e) para o senhor Cosme Ximenes Lopes a quantia de US$10.000,00 (dez mil dólares dos Estados Unidos da América). 239. A compensação determinada a favor do senhor Damião Ximenes Lopes será entregue em conformidade com o parágrafo 218 da presente Sentença e a compensação determinada a favor das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes será entregue a cada um deles" (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Estado a exercer atribuições de autoridade governamental. Isso significa que a ação de toda entidade, pública ou privada, que esteja autorizada a atuar com capacidade estatal, se enquadra na hipótese de responsabilidade por fatos diretamente imputáveis ao Estado. A Corte considerou que os Estados têm o dever de regulamentar e fiscalizar toda a assistência de saúde prestada às pessoas sob sua jurisdição, como dever especial de proteção à vida e integridade pessoal, independentemente de ser a entidade que presta esses serviços de caráter público ou privado. A regulamentação e fiscalização das entidades privadas que prestam serviços públicos devem ocorrer de forma permanente. Além disso, os Estados devem criar mecanismos adequados para inspecionar as instituições psiquiátricas, apresentar, investigar e solucionar queixas e estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de conduta profissional indevida ou violação dos direitos dos pacientes. No caso analisado, a Corte entendeu que o Estado tem responsabilidade internacional por descumprir seu dever de regulamentar e fiscalizar o atendimento médico de saúde. A Corte manifestou-se expressamente acerca do direito à vida das pessoas com transtorno mental, afirmando que o artigo 4 da Convenção garante, em essência, não somente o direito de todo ser humano de não ser privado da vida arbitrariamente, mas também o dever dos Estados de adotar as medidas necessárias para criar um marco normativo adequado que dissuada qualquer ameaça ao direito à vida. No que diz respeito ao direito à integridade pessoal, bem jurídico cuja proteção encerra a finalidade principal da proibição imperativa da tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, a Corte afirmou ser ilegal sua suspensão em qualquer circunstância. A Corte foi clara na fixação do dever dos Estados em assegurar atendimento médico eficaz às pessoas com transtorno mental. Neste particular, foi reconhecido também que o respeito à autonomia das pessoas em relação ao tratamento de saúde, nesses casos, não é absoluto, já que a própria necessidade do paciente pode exigir algumas vezes a adoção de medidas sem seu consentimento. Foi ressaltado, todavia, o dever	senhora Albertina Viana Lopes, nos termos dos parágrafos 252 e 253 da presente Sentença[96]. g) Supervisionará o cumprimento íntegro desta Sentença e dará por concluído este caso uma vez que o Estado tenha dado cabal cumprimento ao disposto nesta Sentença. No prazo de um ano, contado a partir da notificação desta Sentença, o Estado deverá apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento.	Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. São garantidas todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

[96] "252. As custas e gastos estão compreendidas no conceito de reparação consagrado no artigo 63.1 da Convenção Americana. Compete ao Tribunal apreciar prudentemente e com base na equidade, seu alcance, considerando os gastos gerados nas jurisdições interna e interamericana e levando em conta sua comprovação, as circunstâncias do caso concreto e a natureza da jurisdição internacional de proteção dos direitos humanos. 253. A esse respeito, o Tribunal considera equitativo ordenar ao Estado que reembolse a quantia de US$10.000.00 (dez mil dólares dos Estados Unidos da América) ou seu equivalente em moeda do Brasil, que deverá ser entregue à senhora Albertina Viana Lopes para que, por um lado, compense as despesas em que incorreram os familiares do senhor Damião Ximenes Lopes e, por outro, entregue ao Centro de Justiça Global uma quantia que julgue pertinente, para compensar as realizadas por essa organização" (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		de se aplicar a presunção de que as pessoas com transtorno mental são capazes de expressar sua vontade, a qual deve ser respeitada pelo pessoal médico e pelas autoridades. Em relação ao respeito à dignidade durante o tratamento, a Corte recorreu aos Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, das Nações Unidas. Considerando que toda pessoa que se encontre em situação de vulnerabilidade é titular de uma proteção especial, a Corte entendeu ser necessário o cumprimento de deveres especiais por parte do Estado de forma a atender às obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos. Dentre os deveres do Estado com relação às pessoas com transtornos mentais, a Corte ressaltou o dever de cuidar. Este dever, bem como o de prevenir a cessação da vida e da integridade pessoal não foram cumpridos pelo Estado brasileiro no caso analisado, gerando a responsabilidade internacional do Estado. A partir desta análise, a Corte concluiu que, por haver faltado com seus deveres de respeito, prevenção e proteção, com relação à morte e os tratamentos cruéis, desumanos e degradantes sofridos pelo senhor Damião Ximenes Lopes, o Estado tem responsabilidade pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1, 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com o artigo 1.1 desse mesmo tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes. Outro dever descumprido pelo Estado brasileiro diz respeito ao dever de investigar. Uma das condições para garantir efetivamente o direito à vida e à integridade pessoal é o cumprimento do dever de investigar as afetações a eles, o que decorre do artigo 1.1 da Convenção em conjunto com o direito substantivo que deve ser amparado, protegido ou garantido. O Estado tem, de acordo com a Corte, o dever de iniciar *ex officio* e sem demora uma investigação séria, imparcial e efetiva, que não se empreenda como uma mera formalidade. A Corte também considerou violado o direito à integridade psíquica e moral dos familiares das vítimas em virtude do sofrimento adicional por que passaram, em consequência das circunstâncias especiais das violações praticadas contra seus queridos e das posteriores ações ou omissões das autoridades estatais frente aos fatos. Neste sentido, a Corte considerou provado o sofrimento de D. Albertina Viana Lopes, Francisco Leopoldino Lopes, Irene Ximenes Lopes Miranda e de Cosme Ximenes Lopes. Por fim, a Corte analisou se o Estado proporcionou a D. Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes um recurso efetivo, para tanto, considerou a investigação policial e diligências relacionadas com a morte de Damião à luz do Manual para a Prevenção e Investigação Efetiva de Execuções Extrajudiciais, Arbitrárias e Sumárias das Nações Unidas. Analisando os fatos, a		

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		Corte entendeu que houve falha das autoridades brasileiras quanto à devida diligência, ao não iniciar imediatamente a investigação dos fatos, o que impediu inclusive a oportuna preservação e coleta da prova e a identificação de testemunhas oculares. Os processos penal e cível relacionados ao caso não tramitaram conforme as normas do devido processo estabelecidas na Convenção, sobretudo no que diz respeito à razoabilidade do prazo para que os tribunais domésticos decidissem o caso. Com base nos documentos probatórios, a Corte concluiu que o Estado não proporcionou aos familiares de Damião um recurso efetivo para garantir o acesso à justiça, a determinação da verdade dos fatos, a investigação, a identificação dos responsáveis, o processo e, se for o caso, a punição dos responsáveis e a reparação das consequências das violações. O Estado tem, assim, responsabilidade pela violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial em detrimento da mãe e irmã de Damião.		

Quadro 49 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	No Brasil, "[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", segundo o disposto no artigo 196 da sua Constituição. Ademais, segundo o artigo 197 da Constituição, cabe "ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado". O artigo 199 da Constituição dispõe que "[a] assistência à saúde é livre à iniciativa privada", ou seja, empresas privadas podem prestar atendimento privado de saúde, o qual será totalmente pago pelos usuários. No entanto, o parágrafo primeiro do mesmo artigo 199 determina que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos". A iniciativa privada também pode prestar serviços ao sistema público de saúde, caso em que o atendimento que presta será financiado pelo Estado e terá caráter público. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é a que "regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado". Em seu artigo 4°, estabelece que o Sistema Único de Saúde corresponde ao "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público", e corrobora o dispositivo constitucional ao estabelecer que "[a] iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar".

Documentos Internacionais Relevantes	No âmbito da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde foram fixadas as principais normas pertinentes ao tratamento de saúde mental. A Corte considera que esses instrumentos, tais como os Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, das Nações Unidas, as Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas Portadoras de Deficiência, bem como as normas técnicas dispostas na Declaração de Caracas e na Declaração de Madri, são especialmente importantes para a análise e o escrutínio da conformidade da assistência prestada ao senhor Damião Ximenes Lopes às normas internacionais sobre a matéria. A Corte considerou especialmente esses instrumentos no capítulo sobre a violação dos artigos 4 e 5 da Convenção Americana neste caso. Ainda, de acordo com a Corte, os Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, das Nações Unidas, oferecem um guia útil para determinar se o atendimento médico observou os cuidados mínimos com vistas à preservação da dignidade do paciente. Os princípios 1, 8 e 9 estabelecem as liberdades fundamentais e os direitos básicos e as normas de atendimento médico e do tratamento a ser prestado às pessoas portadoras de deficiência mental. Ademais, o lugar e as condições físicas em que se desenvolve o tratamento devem estar de acordo com o respeito à dignidade da pessoa, de acordo com o princípio 13.

Quadro 50 - Caso de violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais no Equador que compõe a amostra deste estudo.

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
Caso Guachalá Chimbo e outros versus Equador Temas Centrais: **Internação involuntária, e acesso à justiça** – violação do direito de respeitar os direitos, violação do dever de adotar disposições de direito interno, violação do direito ao reconhecimento da personalidade jurídica, violação do direito à vida, violação do direito	2021	Luis Eduardo Guachalá Chimbo, de 23 anos, foi internado no hospital psiquiátrico público Júlio Endara em duas ocasiões devido à epilepsia e quadro psicótico que sofria desde a infância (seu diagnóstico era o de transtorno mental e de comportamento por disfunção cerebral). Após receber alta de sua primeira internação, em 2 de julho de 2003, foi orientado a retornar para consultas médicas e continuar com o tratamento, o que não foi possível por conta de sua situação econômica. Em razão disso, a condição do Sr. Guachalá Chimbo piorou. No dia 10 de janeiro de 2004, ele foi internado novamente no Hospital Júlio Endara. A Sra. Zoila Chimbo (mãe) assinou a autorização para a internação no hospital. Em 12 de janeiro de 2004, a mãe do Sr. Guachalá Chimbo foi ao hospital, mas não encontrou o filho no quarto. Ao questionar os funcionários do hospital, recebeu informações contraditórias. A Sra. Chimbo entrou em contato por telefone com o pessoal do hospital nos dias 13, 15 e 16 de janeiro de 2004 e recebeu informações sobre o estado de seu filho. Na quarta-feira, 14 de janeiro de 2004, o Sr. Guachalá sofreu uma queda, e no dia seguinte a ferida na região ciliar esquerda foi suturada, sendo também receitado um medicamento anti-inflamatório. O Sr. Guachalá Chimbo permaneceu internado até o dia 17 de janeiro de 2004, data em que o relatório de troca de turno indica, às 15h30, que ele "abandonou o hospital, foi procurado, mas não foi encontrado". O enfermeiro responsável pelos cuidados de Guachalá declarou que, na tarde do dia 17 de janeiro de 2004, o levou à sala de televisão, foi supervisionar outro paciente e, ao retornar, percebeu que ele não estava mais na	Artigo 1.1 Artigo 2 Artigo 3 Artigo 4 Artigo 5 Artigo 5.1 Artigo 7 Artigo 7.6 Artigo 8.1 Artigo 11 Artigo 13 Artigo 24 Artigo 25.1 Artigo 26 A Corte determinou ao Estado: a) investigar, identificar, processar e, se for o caso, sancionar todos os responsáveis;	Itens diretamente relacionados ao caso e não atendidos: 1. Abordagem Legislativa – 5. É garantido o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção? 2. Conteúdo Legislativo - 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. São proibidas todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental?; 7. São garantidos os mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral? 2. Conteúdo Legislativo - 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. São exigidos o respeito e a proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
à integridade pessoal (física, psíquica e moral), violação do direito à liberdade pessoal, violação do direito a recorrer a um tribunal competente, violação do direito à garantias judiciais, violação do direito à proteção da honra e da dignidade, violação do direito de liberdade de		sala. Ele imediatamente o procurou no hospital, mas não informou aos seguranças. De acordo com o depoimento do enfermeiro, no domingo, 18 de janeiro de 2004, a Sra. Zoila Chimbo foi ao hospital para visitar seu filho e foi informada por um enfermeiro de que ele "tinha fugido do hospital no sábado, 17 de janeiro", e que "isso era [seu] problema, [...] que eles haviam procurado por toda a área e não o encontraram". Dessa forma, Luis Eduardo Guachalá Chimbo foi visto por sua família pela última vez quando foi internado no Hospital Júlio Endara, em 10 de janeiro de 2004. Na segunda-feira, 19 de janeiro de 2004, o hospital designou uma assistente social para realizar os trâmites necessários para localizar o Sr. Guachalá Chimbo. Segundo o relatório do hospital, foram feitas chamadas telefônicas para hospitais e ao necrotério, sem obter respostas sobre o paradeiro de Guachalá, e a denúncia de desaparecimento foi registrada junto à polícia. Nesse mesmo dia, um sargento da polícia foi ao hospital "para obter os dados de rotina". Em 20 de janeiro de 2004, às 18h22, a Sra. Zoila Chimbo Jarro compareceu à Chefatura de Pichincha da Direção Nacional da Polícia Judiciária para registrar a denúncia sobre o desaparecimento de seu filho. No dia seguinte, a Promotoria Distrital de Pichincha abriu uma Investigação Preliminar e ordenou diversas diligências investigativas.	b) determinar o paradeiro da vítima[97]; c) conceder a Zoila Chimbo Jarro e Nancy Guachalá Chimbo uma quantia em dinheiro para cobrir despesas com tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, bem como medicamentos e outros gastos relacionados que possam necessitar; d) caso o Sr. Guachalá Chimbo seja encontrado com vida, fornecer a ele, de forma gratuita, imediata, adequada e efetiva,	de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento?; 4. Há salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada? 2. Conteúdo Legislativo - 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas - 4. São proibidas todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições

[97] "228. No presente caso, ficou estabelecido que ainda é desconhecido o paradeiro de Luis Eduardo Guachalá Chimbo. Esta Corte destaca que já se passaram mais de 17 anos desde o início de seu desaparecimento. A identificação de seu paradeiro é uma justa expectativa de seus familiares e constitui uma medida de reparação que gera o dever correlato para o Estado de atendê-la. Os restos de uma pessoa falecida e o local onde sejam encontrados podem fornecer informações valiosas sobre o ocorrido. Adicionalmente, receber os corpos de seus entes queridos é de suma importância para os familiares das vítimas de desaparecimento, pois lhes permite sepultá-los de acordo com suas crenças, além de fechar o processo de luto que têm vivido ao longo desses anos. 229. Nesse sentido, é necessário que o Estado continue a busca por Luis Eduardo Guachalá Chimbo pelos meios que forem pertinentes, dentro da qual deve realizar todos os esforços para determinar, o mais rapidamente possível, seu paradeiro. Essa busca deve ser realizada de maneira sistemática e contar com os recursos humanos, técnicos e econômicos adequados. Para as diligências mencionadas, deve ser estabelecida uma estratégia de comunicação com os familiares e acordado um quadro de ação coordenada para procurar sua participação, conhecimento e presença, conforme as diretrizes e protocolos na área. A Corte lembra que a busca efetiva pelo paradeiro da vítima, além de constituir uma medida de reparação, representa uma expectativa que o Estado deve satisfazer aos familiares para que conheçam a verdade sobre o ocorrido. Esse dever persiste enquanto houver incerteza sobre o destino final da pessoa desaparecida. 230. Da mesma forma, a Corte observa que, no presente caso, foi a Sra. Zoila Chimbo quem realizou a maior parte da busca por seu filho. Embora a obrigação de busca seja uma responsabilidade do Estado que não dependa da participação dos familiares, caso estes participem, o Estado deverá tomar medidas de apoio material e logístico para os familiares do Sr. Guachalá Chimbo que participem da busca. Além disso, sem prejuízo do disposto no parágrafo 233, caso durante o processo de busca surjam riscos à saúde física ou mental dos familiares do Sr. Guachalá Chimbo que participem, o Estado deverá oferecer apoio integral às vítimas. Toda medida de proteção deve respeitar o direito à privacidade dos beneficiários. Deve contar com seu consentimento prévio e ficar sujeita à revisão quando eles solicitarem. 231. Caso, após as diligências realizadas pelo Estado, a vítima seja encontrada falecida, os restos mortais deverão ser entregues aos seus familiares, mediante comprovação de identidade, o mais rapidamente possível e sem nenhum custo para eles. Além disso, o Estado deverá cobrir as despesas funerárias, se for o caso, de comum acordo com os familiares, conforme suas crenças" (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2021).

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
pensamento e de expressão, violação do direito de igualdade perante a lei, violação do direito de proteção judicial, violação ao direito à saúde.		Entre 26 de janeiro e 10 de fevereiro de 2004, as autoridades do hospital, a Polícia Nacional e o Corpo de Bombeiros do Distrito Metropolitano de Quito realizaram diversas buscas. Em 16 de fevereiro de 2004, a Polícia Nacional realizou um reconhecimento no Hospital Júlio Endara. Entre 3 de fevereiro de 2004 e 13 de julho de 2005, foram realizadas várias diligências investigativas, como: i) o depoimento judicial da Sra. Chimbo Jarro; ii) a coleta de declarações de funcionários do hospital; iii) o relatório pericial do reconhecimento do local dos fatos; iv) o depoimento judicial do diretor do hospital; e v) o relatório odontológico forense, que indicou a análise das peças dentárias do Sr. Guachalá e de dois cadáveres não identificados, com resultados negativos. Em 29 de agosto de 2005, a Promotoria de Pichincha solicitou ao Juizado Décimo Oitavo Penal de Pichincha o arquivamento da denúncia, com base no artigo 38 do Código de Processo Penal, o que, apesar da oposição da Sra. Chimbo, foi ratificado em 13 de julho de 2006 pelo Ministro Fiscal Provincial de Pichincha, alegando que "não se havia determinado a existência de nenhum delito". Consequentemente, em 19 de julho de 2006, a juíza do Décimo Oitavo Juizado Penal de Pichincha ordenou o arquivamento do caso. Após transcorrerem 5 meses sem obter uma resposta por parte da Prefeitura, em 27 de abril de 2005, a Fundação Regional de Assessoria em Direitos Humanos apresentou um recurso perante o Tribunal Constitucional. O Tribunal Constitucional decidiu favoravelmente o recurso em 6 de julho de 2006, afirmando que: “esta posição que assume esta Sala, de deixar abertas alternativas válidas aos familiares do desaparecido, também se estende à Defensoria do Povo, Ministério Público e qualquer outra instituição estatal que tenha a obrigação jurídica de empenhar esforços para coordenar ações entre si com o objetivo de localizar o Sr. Luis Guachalá Chimbo, sem que nenhuma delas possa encerrar seus procedimentos de investigação e execução até que a causa encontre uma resolução definitiva”. O Tribunal Constitucional ordenou que o processo fosse devolvido à Prefeitura para os fins pertinentes. Entre julho de 2006 e novembro de 2009, não consta a realização de nenhuma diligência. Em 4 de novembro de 2009, o Ministério Público abriu uma investigação, iniciando a Indagação Preliminar por desaparecimento de pessoa. Entre 2013 e 2020, diversas diligências investigativas foram realizadas. O Estado informou que “a investigação continua aberta”. O trâmite junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos foi o seguinte: em 1 de março de 2007, a Clínica de Direitos Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Equador, a Fundação Regional de Assessoria em Direitos Humanos e a Comissão Ecumênica de Direitos Humanos apresentaram a petição inicial em	tratamento médico e psicológico e/ou psiquiátrico; e) publicar a sentença e seu resumo oficial; f) realizar um ato público de reconhecimento de responsabilidade internacional; g) regulamentar a obrigação internacional de fornecer apoios às pessoas com deficiência para que possam dar seu consentimento informado a tratamentos médicos; h) projetar e implementar, em caráter único, um curso de capacitação sobre consentimento informado e a obrigação de fornecer apoios às pessoas com deficiência, direcionado ao pessoal médico e sanitário do Hospital Júlio Endara; i) criar uma publicação ou cartilha que apresente, de forma sintética, clara, acessível e de fácil leitura, os direitos das pessoas com deficiência ao receber atendimento médico, com menção específica ao consentimento prévio, livre, pleno e informado, bem como à obrigação de	físicas e químicas? 2. Conteúdo Legislativo - 2.7. Garantindo a Responsabilização - 3. É garantido às pessoas que utilizam serviços de saúde mental o direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental?; 4. É garantido que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização? 2. Conteúdo Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça - 3. São garantidas que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais?

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		representação das supostas vítimas. Em 1 de novembro de 2010, a Comissão aprovou o Relatório de Admissibilidade nº 141/10, no qual concluiu que a petição era admissível. Em 5 de outubro de 2018, a Comissão aprovou o Relatório de Mérito nº 111/18, no qual chegou a uma série de conclusões e formulou diversas recomendações ao Estado. O Relatório de Mérito foi notificado ao Estado em 11 de janeiro de 2019, com um prazo de dois meses para que informasse sobre o cumprimento das recomendações. Após conceder uma prorrogação de três meses, a Comissão apontou que o Estado "não forneceu informações atualizadas e detalhadas sobre avanços concretos no cumprimento de todas as recomendações, particularmente as relativas à reparação integral, à busca da [suposta] vítima e à investigação e justiça". Em 11 de julho de 2019, a Comissão submeteu o presente caso à Corte devido à "necessidade de obtenção de justiça para as [supostas] vítimas". Ainda, a Corte observou, com preocupação, que, entre a apresentação da petição inicial perante a Comissão e a submissão do caso à Corte, transcorreram mais de 12 anos. Com base no exposto, a Comissão Interamericana solicitou à Corte que concluísse e declarasse a responsabilidade internacional do Estado pelas violações contidas em seu Relatório de Mérito e que fossem ordenadas ao Estado, como medidas de reparação, as recomendações incluídas no referido Relatório. A Comissão destacou que o Sr. Guachalá Chimbo é uma pessoa com transtorno mental. Alegou que a atuação do centro médico foi influenciada por "estereótipos sobre as pessoas com transtorno mental para decidir de forma autônoma a respeito de sua própria saúde; a internação e a medicação realizadas sem seu consentimento são expressões claras do predomínio de tratamentos discriminatórios nos serviços de saúde mental, que privam as pessoas com algum tipo de transtorno/deficiência mental de decidir sobre seu próprio corpo e saúde". Dessa forma, "o Equador restringiu o direito de Guachalá de decidir sobre sua institucionalização, baseando-	oferecer os apoios necessários às pessoas com deficiência; j) produzir um vídeo informativo sobre os direitos das pessoas com deficiência ao receber atendimento médico e as obrigações do pessoal médico ao prestar atendimento, com destaque para o consentimento prévio, livre, pleno e informado e a obrigação de oferecer os apoios necessários às pessoas com deficiência; k) desenvolver um protocolo de atuação em casos de desaparecimento de pessoas hospitalizadas em centros de saúde públicos; l) pagar indenizações por danos materiais e imateriais[98];	

[98] "258. A Corte observa que, apesar de não terem sido apresentados comprovantes de despesas, é de se presumir que os familiares do Sr. Guachalá Chimbo tenham incorrido em diversas despesas devido ao seu desaparecimento. Portanto, a Corte considera razoável fixar o valor de US$ 15.000,00 (quinze mil dólares dos Estados Unidos da América), como indenização por danos emergentes, valor que deverá ser entregue a Zoila Chimbo Jarro. 263. Em primeiro lugar, a Corte considera que as circunstâncias relacionadas à internação, ao tratamento e ao desaparecimento do Sr. Luis Eduardo Guachalá Chimbo foram de tal natureza que lhe causaram profundo temor e sofrimento. À luz deste critério, a Corte considera que o Sr. Luis Eduardo Guachalá Chimbo deve ser compensado por danos imateriais e estima razoável o pagamento de US$ 100.000,00 (cem mil dólares dos Estados Unidos da América). Este valor deverá ser entregue à senhora Zoila Chimbo Jarro. 264. Em segundo lugar, a Corte estima que as vidas de Zoila Chimbo Jarro e Nancy Guachalá foram afetadas como consequência do desaparecimento do Sr. Luis Eduardo Guachalá Chimbo e experimentaram grandes sofrimentos que repercutiram em seus projetos de vida. Por isso, a Corte considera razoável fixar, por danos imateriais, a quantia de US$ 80.000,00 (oitenta mil dólares dos Estados Unidos da América) a favor da

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		se exclusivamente em sua deficiência, o que representa uma forma de discriminação". Para a Comissão, o caso do Sr. Guachalá se enquadra dentro da "problemática identificada pelo Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência sobre a existência do modelo de substituição na tomada de decisões e a institucionalização de pessoas com deficiência sem seu consentimento em centros de saúde mental e sem lhes oferecer os apoios necessários para que possam concedê-lo". Quanto ao tratamento médico que Guachalá Chimbo recebeu sem dar seu consentimento, a Comissão argumentou que a omissão do Estado nesse aspecto foi de "caráter absoluto e reflete uma concepção dos transtornos mentais que os equipara automaticamente a uma deficiência e, por sua vez, uma concepção das pessoas com deficiência mental que as equipara à ausência de autonomia para a tomada de decisões sobre sua saúde e tratamento, situação que configura uma forma de discriminação". Além disso, ressaltou que "a situação de pobreza em que se encontrava Luis Eduardo [...] gerou um fator adicional de vulnerabilidade, e exemplifica uma situação de discriminação". A discriminação estrutural manifestada contra a pessoa de Luis Guachalá se fundamenta [...] em um paradigma médico biológico, no qual se considera as pessoas com deficiência "como objeto de tutela e não como sujeitos de direito", o que "se reflete no caso de Luis Eduardo na perda de sua capacidade jurídica". Por outro lado, a Corte observou que os fatos do presente caso ocorreram enquanto o Guachalá Chimbo estava institucionalizado em um hospital psiquiátrico. A este respeito, a Corte destaca que, em ambientes institucionais, seja em hospitais públicos ou privados, o pessoal médico responsável pelo cuidado dos pacientes exerce um forte controle ou domínio sobre as pessoas que estão sob sua custódia. Esse desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que possuem autoridade é ainda mais acentuado nas instituições psiquiátricas. O exposto exige que, no caso de existirem hospitais psiquiátricos, os Estados devem exercer uma vigilância rigorosa sobre esses estabelecimentos. Os Estados têm o dever de supervisionar e garantir que, em toda instituição psiquiátrica, pública ou privada, seja preservado o direito dos pacientes de receber um tratamento digno, humano e profissional, e de serem protegidos contra exploração, abuso e degradação. No presente caso, no momento de internar o senhor Guachalá Chimbo, não se contou com o seu consentimento, mas sim com o de sua mãe. Não consta no expediente se foi dada ao Sr. Guachalá Chimbo	m) realizar o pagamento de determinadas custas e despesas; e n) reembolsar ao Fundo de Assistência Legal às Vítimas da Corte Interamericana de Direitos Humanos o valor desembolsado durante o trâmite do presente caso.	

mãe de Luis Eduardo Guachalá Chimbo, Zoila Chimbo Jarro, e US$ 5.000,00 (cinco mil dólares dos Estados Unidos da América) a favor de Nancy Guachalá Chimbo, irmã de Luis Eduardo Guachalá Chimbo" (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2021).

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		qualquer tipo de informação relativa ao seu diagnóstico, ao tratamento que ele receberia, aos possíveis efeitos desfavoráveis, alternativas ao tratamento, duração provável do internamento e do tratamento, dentre outros, nem se tentou obter o seu consentimento para a internação e os tratamentos que ele receberia. Também não consta que tenha sido utilizado qualquer mecanismo de apoio para respeitar a vontade do Sr. Guachalá Chimbo. Além disso, após obter o consentimento de sua mãe, a suposta vítima foi imediatamente sedada, e não consta que em momento posterior tenham sido tomadas medidas para obter o seu consentimento. A Corte não pode deixar de notar que à Sra. Chimbo também não foi explicado o diagnóstico de seu filho, qual seria o tratamento, seu objetivo, o método, nem os seus possíveis riscos. Também não foram indicadas outras alternativas ao tratamento proposto. Pelo contrário, a folha de autorização simplesmente indica que ela autorizava "aos médicos do hospital realizar os tratamentos que julgassem convenientes". Portanto, a mãe não deu consentimento informado para o tratamento ao qual Guachalá Chimbo foi submetido. Por todas as considerações acima, a Corte concluiu que: i) a internação e o tratamento médico recebidos por Guachalá Chimbo no Hospital Psiquiátrico Júlio Endara não contaram com seu consentimento informado; ii) o tratamento recebido pelo Sr. Guachalá não foi acessível, pois, considerando suas circunstâncias, o Estado tinha a obrigação de fornecer gratuitamente os medicamentos para tratar a epilepsia e acompanhar sua situação de saúde. O descumprimento dessa obrigação causou o agravamento da saúde do Sr. Guachalá Chimbo e aprofundou as barreiras que impediam o exercício efetivo de seus direitos; iii) o tratamento recebido pelo Sr. Guachalá não foi aceitável nem de qualidade, já que o tipo de epilepsia que ele apresentava não foi diagnosticado. Durante sua internação, não houve acompanhamento diário de seu estado de saúde, nem foram tomadas medidas de vigilância necessárias para garantir seu bem-estar; iv) não foram adotadas as medidas necessárias para garantir o direito à vida e à integridade do Sr. Guachalá, pois não foi fornecida uma explicação satisfatória e convincente sobre o paradeiro da vítima, que estava sob custódia do Estado em um hospital psiquiátrico público; v) não foi garantido o direito à saúde sem discriminação, assim como o direito à igualdade do Sr. Guachalá Chimbo. Em sua sentença, a Corte concluiu que o Estado é responsável pela violação dos direitos ao reconhecimento da personalidade jurídica, vida, integridade pessoal, liberdade pessoal, dignidade e vida privada, acesso à informação, igualdade perante a lei e saúde, de acordo com os artigos 3, 4, 5, 7, 11, 13, 24 e 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em relação às		

Caso/Tema Central	Ano	Histórico	Artigos Violados e Reparações Devidas	Itens Lista de Checagem
		obrigações de respeitar e garantir os direitos sem discriminação e o dever de adotar disposições de direito interno, estabelecidos nos artigos 1.1 e 2 do mesmo instrumento. O Estado é, também, responsável pela violação dos direitos a um recurso efetivo, às garantias judiciais e à proteção judicial, reconhecidos nos artigos 7.6, 8.1 e 25.1 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em relação ao artigo 1.1 do mesmo instrumento. Além disso, o Estado violou o direito dos familiares da vítima desaparecida de conhecer a verdade. O Estado é responsável pela violação do direito à integridade pessoal, reconhecido no artigo 5.1 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em relação ao artigo 1.1 do mesmo instrumento.		

Quadro 51 - Síntese das legislações apresentadas pela Corte e relacionadas ao caso de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais no Equador.

Legislações relacionadas ao caso analisado pela Corte	A Lei Orgânica de Saúde "ainda conserva uma definição e uma abordagem da deficiência a partir de uma perspectiva médica [...] [o que] enfatiza a restrição de capacidades e negligencia a dimensão social e relacional da deficiência", e a normativa civil "prevê o modelo de substituição da vontade por meio da incorporação de figuras como a tutela e a curatela, e não existe um programa imediato para reformá-la [...] com o objetivo de incorporar o modelo de tomada de decisões com apoio". O Código Civil equatoriano estabelece diretamente que as pessoas com deficiência intelectual são absolutamente incapazes. Além disso, as pessoas com deficiência podem, em razão de sua condição, ser submetidas a processos de interdição e curatela.
Documentos Internacionais Relevantes	Em 1999, foi adotada a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência, que, em seu Preâmbulo, afirma que os Estados Partes reafirmam "que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas; e que esses direitos, incluindo o de não serem submetidas a discriminação fundamentada na deficiência, derivam da dignidade e igualdade que são inerentes a todo ser humano". No âmbito do Sistema Universal de Proteção dos Direitos Humanos, a Assembleia Geral das Nações Unidas destacou, em diversas ocasiões, que a deficiência de uma pessoa não pode ser motivo de discriminação. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais qualificou a deficiência como uma das categorias de discriminação proibida, conforme o artigo 2.2 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, enquadrando-a sob "outra condição social".

6 Direito à Saúde Mental nos Sistemas Europeu e Interamericano de Direitos Humanos

6 DIREITO À SAÚDE MENTAL NOS SISTEMAS EUROPEU E INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS

As pessoas com transtornos mentais estão sujeitas a fortes estigmas, constituindo um grupo vulnerável a violações de direitos humanos no âmbito global. Os resultados apresentados neste estudo demonstram que esses indivíduos sofrem diferentes formas de discriminação, assim como estão sujeitos a difíceis condições de vida, se comparados a qualquer outro grupo em situação de vulnerabilidade da sociedade. As práticas violatórias dos direitos de pessoas com transtornos mentais seguem padrões semelhantes nos países analisados. Observa-se, ainda, que a legislação, muitas vezes paternalista, com o propósito declarado de proteger essas pessoas, as impede de fazerem escolhas importantes sobre suas vidas.

Historicamente, a falta de uma linguagem específica para as pessoas com transtornos mentais tem dificultado ainda mais esse cenário de desrespeito aos direitos humanos, reforçando situações de marginalização. Nesse sentido, como já discutido anteriormente, a CDPD representou um marco na consolidação dos direitos das pessoas com deficiências psicossociais, como as pessoas com transtornos mentais, foco deste estudo.

É relevante notar que, embora tenha resistido aos apelos por uma convenção específica para pessoas com deficiência, a comunidade internacional reconheceu as dificuldades enfrentadas por esse grupo ao adotar as Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências e o Programa Mundial de Ação. Antes da implementação desses documentos, a ONU proclamou declarações importantes, como a Declaração sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências Mentais, a Declaração sobre os Direitos das Pessoas Deficientes e os Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria do Atendimento da Saúde Mental, também citados anteriormente.

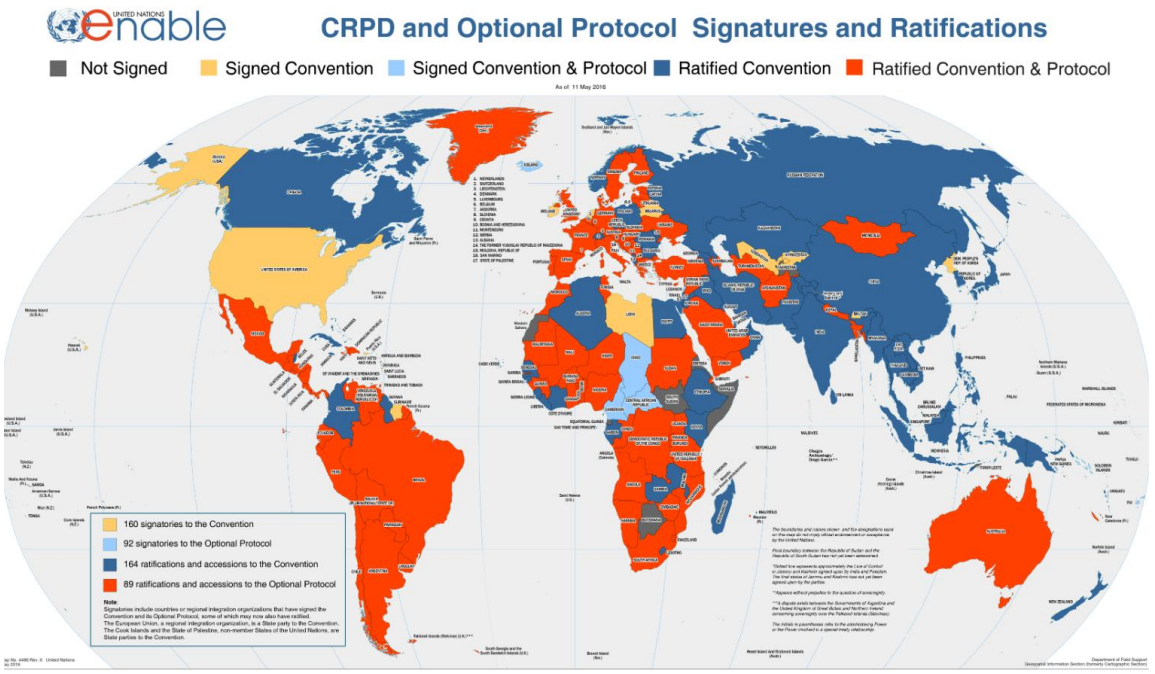
Outrossim, esses instrumentos, juridicamente não vinculantes (*soft law*), foram elaborados sem a participação direta das pessoas com deficiência, refletindo a visão da sociedade majoritariamente não deficiente sobre a deficiência. Como consequência, para muitos autores que estudam o tema, estabeleceram um padrão inferior de direitos para essa população. Uma comparação entre eles e a CDPD evidencia a diferença entre uma abordagem assistencialista e uma perspectiva baseada em direitos. Nesse contexto, a CDPD trouxe avanços significativos para a proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência, introduzindo uma linguagem voltada para a igualdade, buscando garantir tratamento equitativo e medidas específicas para atender às necessidades desse grupo. Acima de tudo, a CDPD buscou

consolidar a deficiência como uma dimensão natural da experiência humana (DHANDA, 2008).

A CDPD afirma que as pessoas com deficiência têm direito à vida em igualdade de condições com os demais seres humanos, desafiando a noção de que uma vida com deficiência teria menor valor e, portanto, não mereceria proteção. O reconhecimento desse direito reforça a ideia de que a deficiência não deve ser vista como uma limitação a ser eliminada, mas sim como uma característica que enriquece a diversidade da experiência humana (DHANDA, 2008). Assim, além de terem o mesmo direito ao respeito e à dignidade que todas as outras pessoas, as pessoas com deficiência também têm o direito a adaptações razoáveis que considerem suas especificidades, garantindo sua inclusão e plena participação na sociedade (DHANDA, 2008).

Todos os Estados que compõem a amostra de casos junto à Corte Europeia de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos ratificaram a CDPD. O mapa abaixo ilustra o conjunto de países que assinaram e ratificaram a Convenção.

Figura 14 - Assinaturas e Ratificações à CDPD e seu Protocolo.



Fonte: https://www.un.org/disabilities/documents/2016/Map/DESA-Enable_4496R6_May16.jpg.

Casos da Corte Europeia de Direitos Humanos

Neste estudo, foram incluídas 41 sentenças julgadas pela Corte Europeia de Direitos Humanos no período de 2000 a 2023. A tabela abaixo detalha o número de casos por ano.

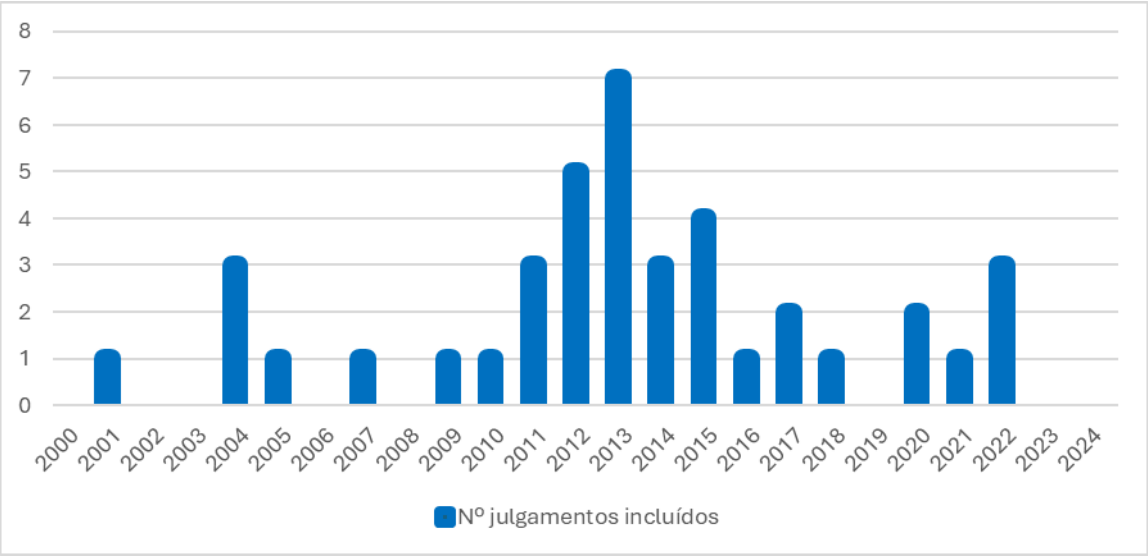
Tabela 2 - Quantidade de julgamentos incluídos por ano desde 2000 em ordem crescente.

Ano	Nº de julgamentos
2000	0
2001	1 (2,4%)
2002	0
2003	0
2004	3 (7,3%)
2005	1 (2,4%)
2006	0
2007	1 (2,4%)
2008	0
2009	1 (2,4%)
2010	1 (2,4%)
2011	3 (7,3%)
2012	5 (12.1%)
2013	7 (17%)
2014	3 (7,3%)
2015	4 (9,7%)
2016	1 (2,4%)
2017	2 (4,8%)
2018	1 (2,4%)
2019	0
2020	2 (4,8%)
2021	1 (2,4%)
2022	3 (7,3%)
2023	0

Fonte: Próprio estudo.

Como se pode observar, os anos com mais sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos envolvendo pessoas com transtornos mentais foram 2013, 2012 e 2015, respectivamente. Esses dados podem ser visualizados na Figura 9.

Figura 15 - Julgamentos por ano de 2000 a 2023.



Fonte: Próprio estudo.

No total, foram 16 Estados envolvidos nos casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos, conforme demonstra a tabela 3.

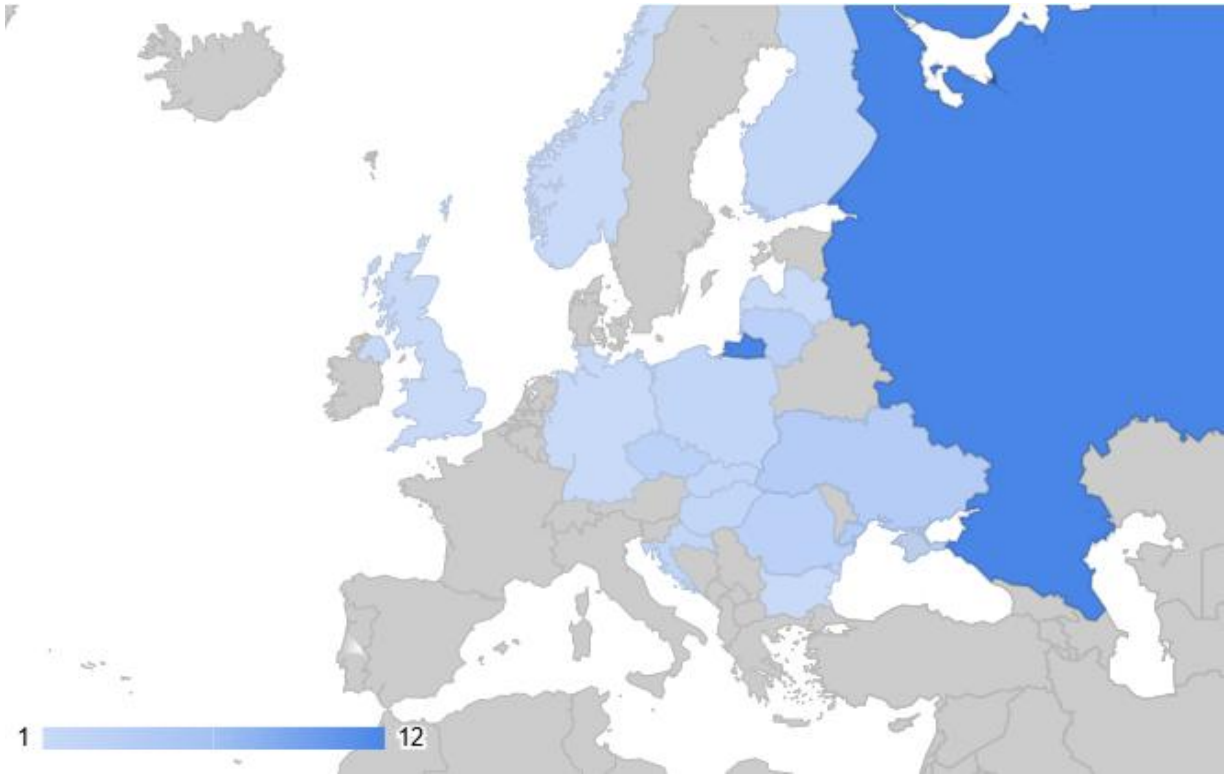
Tabela 3 - Países em ordem alfabética com quantidade de julgamentos incluídos no estudo.

País	Quantidade de sentenças
Alemanha	1 (2,4%)
Armênia	1 (2,4%)
Bulgária	1 (2,4%)
Croácia	2 (4,8%)
Eslováquia	2 (4,8%)
Finlândia	2 (4,8%)
Hungria	2 (4,8%)
Letônia	1 (2,4%)
Lituânia	3 (7,3%)
Noruega	1 (2,4%)
Polônia	2 (4,8%)
Reino Unido	1 (2,4%)
Romênia	3 (7,3%)
Rússia	12 (29,2%)
Tchéquia	3 (7,3%)
Ucrânia	4 (9,7%)
TOTAL	**41**

Fonte: Próprio estudo.

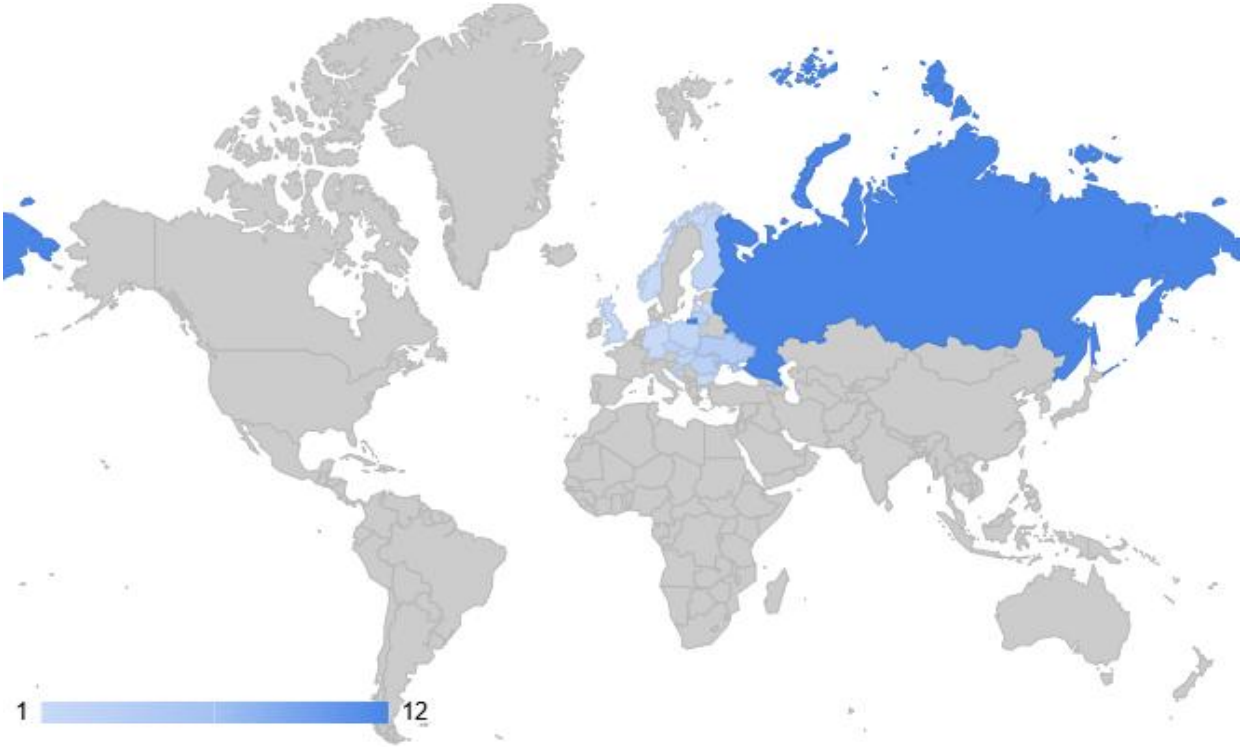
Dessa forma, o país com mais julgamentos foi a Rússia, com 12 sentenças, equivalendo a 29,2% do total, seguida da Ucrânia com 4 sentenças (9,7%), Lituânia, Romênia e Tchéquia com 3 sentenças (7,3%) cada, e por Croácia, Eslováquia, Finlândia, Hungria e Polônia com 2 sentenças (4,8%) cada. Alemanha, Armênia, Bulgária, Letônia, Noruega e Reino Unido configuraram como réus em 1 caso (2,4%) cada. A distribuição desses países pode ser visualizada nos dois mapas abaixo.

Figura 16 - Mapa da Europa com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: Próprio estudo.

Figura 17 - Mapa-Múndi com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: Próprio estudo.

No que diz respeito aos transtornos mentais dos requentes das sentenças da amostra, a tabela 4 elenca os tipos de transtornos e os casos em que apareceram.

Tabela 4 - Transtornos mentais dos requerentes das sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos que compõem a amostra do estudo.

Tipo de transtorno	**Quantidade de casos (%)**	**Casos**
Transtornos Psicóticos (incluindo esquizofrenia e psicose)	25 (61%)	Storck *versus* Alemanha, Gluhakovic *versus* Croácia, Tám *versus* Eslováquia, K. e T. *versus* Finlândia, Plesó *versus* Hungria, L.M. *versus* Letônia, A.N. versus Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, Mockuté *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Reynolds *versus* Reino Unido, B. *versus* Romênia, Cinta *versus* Romênia, Belenko *versus* Rússia, Bik *versus* Rússia, Lashin versus Rússia, Mifobova *versus* Rússia, Petukhova *versus* Rússia, Rakevich *versus* Rússia, Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia, Traskunova *versus* Rússia, Zagidulina *versus* Rússia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia, Surikov *versus* Ucrânia.

- continua –

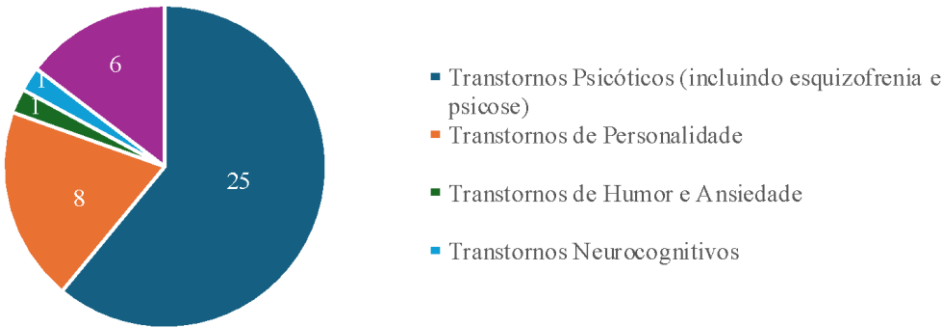
- conclusão -

Tipo de transtorno	Quantidade de casos (%)	Casos
Transtornos de Personalidade	8 (19,5%)	Nikolyan *versus* Armênia, Kruskovic *versus* Croácia, Berková *versus* Eslováquia, M.L. *versus* Noruega, Atudorei *versus* Romênia, Bataliny *versus* Rússia, Khabirov *versus* Rússia, Shulepova *versus* Rússia.
Transtornos de Humor e Ansiedade (incluindo depressão)	1 (2,4%)	H.A.L. *versus* Finlândia.
Transtornos Neuro cognitivos (incluindo demência)	1 (2,4%)	Cervenka *versus* Tchéquia.
Não especificados	6 (14,6%)	Anatoliy Marinov *versus* Bulgária, Gajcsi *versus* Hungria, Bures *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Akopyan *versus* Ucrânia, M. *versus* Ucrânia.
TOTAL		41

Fonte: Próprio estudo.

Os dados demonstram, portanto, que a maioria dos requerentes (61%) apresentava transtornos psicóticos, predominantemente a esquizofrenia. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (10ª Revisão) (CID-10) define a esquizofrenia paranoide como caracterizada principalmente por delírios relativamente estáveis, frequentemente paranoides, geralmente acompanhados por discurso desorganizado, alucinações, especialmente do tipo auditivo, e distúrbios perceptivos (OMS, 2008). Embora a ciência tenha avançado significativamente no entendimento e no tratamento da esquizofrenia, os casos analisados neste estudo reforçam o estigma associado ao transtorno como importante obstáculo para a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas. A Figura 18 apresenta graficamente a distribuição dos transtornos supramencionados.

Figura 18 - Distribuição dos transtornos mentais identificados nas sentenças que compõem a amostra deste estudo.



Fonte: Próprio estudo.

A seguir, a Tabela 5 apresenta os Temas Centrais resultantes da análise dos casos da amostra.

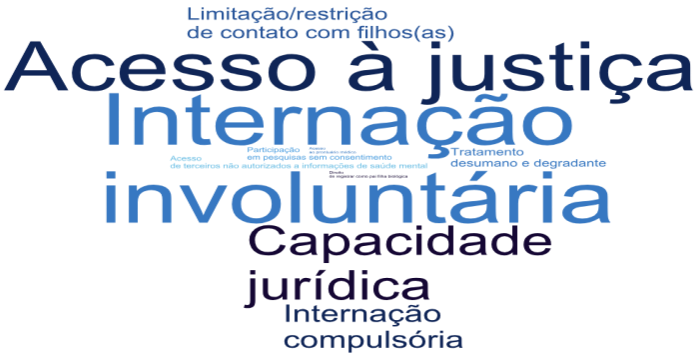
Tabela 5 - Temas Centrais em ordem alfabética e os respectivos casos de origem.

Temas Centrais	Quantidade de casos	Casos
Acesso à justiça	20	Berková *versus* Eslováquia, H.A.L. *versus* Finlândia, D.D. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Reynolds *versus* Reino Unido, Atudorei *versus* Romênia, Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Mifobova *versus* Rússia, Khabirov *versus* Rússia, Rakevich *versus* Rússia, Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia, Shulepova *versus* Rússia, Traskunova *versus* Rússia, Bures *versus* Tchéquia, Cervenka *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia, Surikov *versus* Ucrânia.
Acesso ao prontuário médico	1	L.M. *versus* Letônia.
Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental	2	Mockuté *versus* Lituânia, Surikov *versus* Ucrânia.
Capacidade jurídica	12	Nikolyan *versus* Armênia, Anatoliy Marinov *versus* Bulgária, Kruskovic *versus* Croácia, Berková *versus* Eslováquia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Lashin *versus* Rússia, Cervenka *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia.
Direito de registrar como pai filha biológica	1	Kruskovic *versus* Croácia.
Internação compulsória	7	Gajcsi *versus* Hungria, Plesó *versus* Hungria, A.N. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Bik *versus* Rússia, Petukhova *versus* Rússia, M. *versus* Ucrânia.
Internação involuntária	21	Storck *versus* Alemanha, Tám *versus* Eslováquia, L.M. *versus* Letônia, D.D. *versus* Lituânia, Mockuté *versus* Lituânia, Kedzior *versus* Polônia, Reynolds *versus* Reino Unido, Atudorei *versus* Romênia, B. *versus* Romênia, Bataliny versus Rússia, Khabirov *versus* Rússia, Lashin versus Rússia, Mifobova versus Rússia, Rakevich versus Rússia, Shchiborshch e Kuzmina versus Rússia, Shulepova versus Rússia, Zagidulina versus Rússia, Bures versus Tchéquia, Cervenka versus Tchéquia, Sykora versus Tchéquia, Akopyan versus Ucrânia.
Limitação/restrição de contato com filhos(as)	5	Gluhakovic *versus* Croácia, K. e T. *versus* Finlândia, M.L. *versus* Noruega, B. *versus* Romênia, Cinta *versus* Romênia.
Pessoa com transtorno mental participante de pesquisa	2	Bataliny *versus* Rússia, Traskunova *versus* Rússia
Tratamento desumano e degradante	3	Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Bures *versus*Tchéquia

Fonte: Próprio estudo.

Os resultados da análise demonstram que “Internação Involuntária”, “Acesso à Justiça” e “Capacidade Jurídica foram os temas mais recorrentes nos casos estudados”. A figura 19 apresenta os temas centrais a partir de uma outra perspectiva.

Figura 19 - Nuvem de palavras com os temas centrais resultante da análise das sentenças.



Fonte: Próprio estudo.

A seguir, os temas centrais são analisados à luz de instrumentos internacionais e legislações nacionais, visando-se aprofundar suas interrelações com os itens da lista de checagem.

Internação Involuntária e Internação Compulsória

A internação involuntária e a internação compulsória são formas de hospitalização psiquiátrica sem o consentimento do paciente. Contudo, na internação involuntária, a pessoa é hospitalizada contra sua vontade, geralmente por decisão de um médico e/ou da família e a internação compulsória é determinada judicialmente. Nos casos analisados, esta distinção não estava tão clara e, como ambos os tipos de internação não consideram o consentimento do indivíduo, a seguir, os dois temas centrais são analisados em conjunto. As internações involuntárias e compulsórias totalizaram 28 casos (21 de internações involuntárias e 7 de internações compulsórias) e envolveram os seguintes países: Alemanha (1), Eslováquia (1), Hungria (2), Letônia (1), Lituânia (3), Polônia (2), Reino Unido (1), Romênia (2), Rússia (10), Tchéquia (3) e Ucrânia (2). Com relação aos anos das sentenças, 2 foram proferidas em 2004,

1 em 2005, 1 em 2007, 1 em 2009, 1 em 2010, 5 em 2012, 6 em 2013, 3 em 2014, 3 em 2015, 2 em 2016, 1 em 2017, 1 em 2018 e 1 em 2022.

De acordo com o Relatório Final de Projeto de Pesquisa financiado pela Comissão Europeia em 2002, intitulado "Internação Compulsória e Tratamento Involuntário de Pacientes com Transtornos Mentais – Legislação e Prática nos Estados-Membros da UE", os critérios para a internação involuntária em instituições psiquiátricas variam entre os países da União Europeia. Embora a pesquisa tenha analisado 15 Estados-Membros, suas conclusões podem ser aplicadas, com algumas variações, aos 47 países do Conselho da Europa. Segundo o documento, a internação involuntária nos países europeus reflete um equilíbrio entre dois modelos principais: o modelo médico, que enfatiza a necessidade de tratamento como justificativa para o confinamento involuntário, e a abordagem baseada nas liberdades civis, que restringe a hospitalização forçada a situações de risco à segurança do próprio paciente ou de terceiros. O critério para internação involuntária mais comum é a presença de um transtorno mental, geralmente não definido na legislação, mas interpretado de forma ampla. A definição de "periculosidade" também varia: alguns países exigem que o risco seja "grave" ou "imediato", enquanto outros aceitam níveis menos definidos. Além disso, certos Estados consideram apenas ameaças à sociedade, enquanto outros incluem o risco de danos ao próprio paciente. Muitos países exigem, também, que todas as opções de tratamento menos restritivas sejam esgotadas antes de autorizar a internação involuntária, como o tratamento ambulatorial compulsório, por exemplo (COMISSÃO EUROPEIA, 2002).

A Corte Europeia de Direitos Humanos, com base em sua própria jurisprudência [Wassink *versus* Holanda (1990), Johnson *versus* Reino Unido (1997)], estabeleceu três condições fundamentais para a legalidade da internação de um indivíduo em razão de seus transtornos mentais, conforme o Artigo 5.º § 1 (e) [99] da Convenção. Dessa forma, primeiramente, deve ser comprovado de maneira confiável que o indivíduo apresenta um transtorno mental, o que exige uma avaliação médica objetiva e realizada por uma autoridade competente. Em segundo lugar, o transtorno deve possuir uma gravidade ou natureza tal que justifique a internação involuntária ou compulsória. Por fim, a continuidade da internação deve estar condicionada à persistência do transtorno.

[99] "Artigo 5 – Direito à liberdade e segurança; § 1- Toda pessoa tem direito à liberdade e segurança. Ninguém pode ser privado de sua liberdade, salvo nos casos seguintes e de acordo com o procedimento legal: e) se se tratar de detenção legal de uma pessoa suscetível de propagar doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcóolico, de um toxicômano ou de um vagabundo" (CONSELHO DA EUROPA, 1950).

Além disso, segundo a Corte Europeia, é fundamental que, ao determinar a internação psiquiátrica de uma pessoa com transtorno mental, sejam devidamente considerados fatores essenciais, como a racionalidade ou irracionalidade de sua recusa à hospitalização, a natureza do tratamento involuntário proposto, os possíveis benefícios médicos desse tratamento, bem como alternativas menos restritivas, como um período de observação ou a exigência de cuidados ambulatoriais.

Nesse sentido, foram observados casos em que a decisão de internação não foi devidamente justificada com base nos critérios estabelecidos nas legislações nacionais e/ou que as pessoas não foram devidamente examinadas por especialistas que pudessem julgar a existência e/ou gravidade do transtorno mental por meio de uma avaliação psiquiátrica (Gajcsi *versus* Hungria, Plesó *versus* Hungria, L.M. *versus* Letônia, Akopyan *versus* Ucrânia).

A internação involuntária de um indivíduo constitui medida grave que só é justificada quando outras medidas menos severas foram levadas em consideração e constatadas insuficientes para salvaguardar o interesse individual ou público. À luz da vulnerabilidade dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais e da necessidade de apresentar razões para justificar qualquer restrição aos seus direitos, os processos que resultam na internação involuntária de um indivíduo em uma instituição psiquiátrica devem, necessariamente, oferecer garantias claramente eficazes contra a arbitrariedade.

Todavia, a internação aparece em algumas situações como alternativa para 'excluir' a pessoa do convívio social, ou ainda, como uma medida profilática (K.C. *versus* Polônia, Atudorei *versus* Romênia, B. *versus* Romênia). Há também casos em que se alega que a internação foi voluntária quando, na verdade, não houve qualquer consentimento informado da pessoa com transtorno mental ou, por exemplo, quando confrontada pela polícia, a pessoa 'concorda' com o tratamento (Atudorei *versus* Romênia, Bik *versus* Rússia, Mifobova *versus* Rússia)

Os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência em Saúde Mental, adotados pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU, em 17 de dezembro de 1991, reafirmam a importância do consentimento para o tratamento. Conforme o Princípio 9, todo paciente tem o direito de receber atendimento no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento mais adequado às suas necessidades de saúde, respeitando sua autonomia e garantindo a segurança física de terceiros. O Princípio 10 estabelece que a administração de medicação deve ter exclusivamente finalidades terapêuticas ou diagnósticas, sendo vedado seu uso como forma de punição ou conveniência de terceiros. O Princípio 11 reforça que nenhum tratamento pode ser realizado

sem o consentimento informado do paciente, o qual deve ser concedido de forma livre e sem coerção, após a devida explicação, em linguagem clara e acessível. Esse consentimento deve incluir informações sobre o diagnóstico, objetivos, métodos, duração e benefícios esperados do tratamento, além de alternativas menos invasivas e possíveis riscos ou efeitos colaterais. O paciente tem ainda o direito de solicitar a presença de uma pessoa de sua escolha durante o processo de obtenção do consentimento, podendo recusar ou interromper o tratamento a qualquer momento, desde que devidamente informado sobre as consequências dessa decisão. Por fim, o Princípio 15 assegura que pacientes internados voluntariamente têm o direito de deixar a unidade de saúde sempre que desejarem (ONU, 1991).

O Princípio 16 trata da internação involuntária[100], estabelecendo que uma pessoa só pode ser internada contra sua vontade ou mantida nessa condição após ter sido admitida voluntariamente, se um profissional de saúde mental qualificado e legalmente autorizado determinar que ela apresenta um transtorno mental e avaliar que: a) devido a esse transtorno, há um risco significativo e iminente de dano para si mesma ou para terceiros; ou; b) no caso de um transtorno mental grave com comprometimento do julgamento, a ausência de internação

[100] A Recomendação 10 do Comitê de Ministros aos Estados membros sobre a proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com transtornos mentais, aprovada pelo Comitê de Ministros em 22 de setembro de 2004, na 896ª reunião dos Delegados dos Ministros, estabelece, em seu Artigo 12 que quando, devido a uma situação de emergência, não for possível obter o consentimento ou a autorização adequada, qualquer tratamento para transtorno mental que seja medicamente necessário para evitar danos graves à saúde do indivíduo em questão ou para proteger a segurança de outras pessoas poderá ser realizado imediatamente. Nesses casos, o Artigo 17 enumera como critérios para internação involuntária: i. a pessoa deve apresentar um transtorno mental; ii. a condição da pessoa deve representar um risco significativo de dano grave à sua saúde ou a outras pessoas; iii. a internação deve possuir um propósito terapêutico; iv. não existirem meios menos restritivos disponíveis para fornecer o cuidado adequado; v. a opinião da pessoa em questão deve ser levada em consideração. O Artigo 20 reforça o estabelecido no Princípio 16, indicando que a decisão de submeter uma pessoa à internação involuntária deve ser tomada por um tribunal ou outro órgão competente. O tribunal ou outro órgão competente deve: i. levar em conta a opinião da pessoa em questão; ii. agir de acordo com os procedimentos previstos em lei, baseados no princípio de que a pessoa em questão deve ser ouvida e consultada. Nesse sentido, as decisões de submeter uma pessoa à internação involuntária ou ao tratamento involuntário devem ser documentadas e indicar o período máximo após o qual, conforme a lei, devem ser formalmente revisadas. Isso não prejudica os direitos da pessoa de solicitar revisões e apelações. O Artigo 22 reforça que as pessoas sujeitas à internação involuntária devem ser informadas, verbalmente e por escrito, sobre seus direitos. Sendo assim, o Artigo 25 prescreve que os Estados membros devem garantir que as pessoas submetidas à internação ou tratamento involuntário possam exercer efetivamente o direito: i. de apelar contra uma decisão; ii. de ter a legalidade da medida, ou sua aplicação contínua, revisada por um tribunal em intervalos razoáveis; iii. de ser ouvida pessoalmente ou por meio de um defensor ou representante pessoal durante essas revisões ou apelações. Caso a pessoa, ou o defensor ou representante pessoal dessa pessoa, se houver, não solicite tal revisão, a autoridade responsável deve informar o tribunal e garantir que a legalidade contínua da medida seja revisada em intervalos regulares e razoáveis. Os Estados membros devem considerar oferecer à pessoa um advogado para todos esses procedimentos perante um tribunal. Quando a pessoa não puder agir por conta própria, ela deve ter o direito a um advogado e, conforme a legislação nacional, à assistência jurídica gratuita. O advogado deve ter acesso a todos os materiais e o direito de contestar as provas perante o tribunal. Por fim, deve ser previsto um procedimento para apelar da decisão do tribunal. Sobre o direito à informação, o Artigo 12 preconiza que as pessoas sujeitas a tratamento involuntário devem ser prontamente informadas, verbalmente e por escrito, sobre seus direitos e os recursos disponíveis para elas. Nessa perspectiva, devem ser informadas regularmente e de forma apropriada sobre os motivos da decisão e os critérios para sua possível extensão ou término (CONSELHO DA EUROPA, 2004).

pode levar à deterioração da condição ou impedir a administração de um tratamento adequado que só pode ser realizado em uma unidade de saúde mental, seguindo o princípio da alternativa menos restritiva. Sempre que possível, um segundo profissional de saúde mental deve ser consultado para confirmar a necessidade da internação. Além disso, a internação involuntária deve ser inicialmente limitada a um curto período, conforme estabelecido pela legislação nacional, permitindo a observação e o tratamento preliminar até que a decisão seja revisada por um órgão competente. O paciente deve ser informado imediatamente sobre os motivos da internação, e essa informação deve ser comunicada detalhadamente ao órgão de revisão, ao seu representante pessoal, se houver, e à sua família, salvo objeção do próprio paciente (ONU, 1991).

Já o Princípio 17 determina que o órgão de revisão deve ser um tribunal ou outro órgão independente e imparcial, estabelecido pela legislação nacional, e contar com a assistência de profissionais qualificados e independentes da área de saúde mental. A primeira revisão da decisão de internação involuntária deve ocorrer o mais rapidamente possível e seguir procedimentos ágeis e simplificados definidos na legislação nacional. O órgão também deve revisar periodicamente os casos de pacientes internados contra sua vontade, em intervalos razoáveis, permitindo que o próprio paciente solicite sua liberação ou a mudança para a condição de paciente voluntário. A cada revisão, o órgão deve avaliar se os critérios estabelecidos pelo Princípio 16 ainda são atendidos e, caso contrário, o paciente deve ser liberado. Além disso, se o profissional de saúde mental responsável concluir que a internação involuntária não é mais necessária, ele deve providenciar a alta do paciente. Por fim, o paciente, seu representante ou qualquer pessoa interessada tem o direito de recorrer a uma instância superior contra a decisão de internação ou sua manutenção em uma unidade de saúde mental (ONU, 1991).

Outrossim, dentre os casos analisados neste estudo, pessoas com transtornos mentais, quando internadas involuntariamente, relataram que foram levadas a força ao hospital e que não tiveram acesso a um órgão de revisão de sua hospitalização, e/ou não participaram ou não tiveram conhecimento ou foram comunicados da análise realizada por este órgão (Tám *versus* Eslováquia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, Kedzior *versus* Polônia, K.C. *versus* Polônia, Atudorei *versus* Romênia, B. *versus* Romênia, Bataliny *versus* Rússia, Bik *versus* Rússia, Lashin *versus* Rússia, Mifobova *versus* Rússia, Petukhova *versus* Rússia, Rakevich versus Rússia, Shulepova *versus* Rússia, Bures *versus* Tchéquia, Cervenka *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Akopyan *versus* Ucrânia). Dentre os exemplos, ressalta-se o caso

Zagidulina *versus* Rússia, em que a mãe, ao visitar a filha em um hospital psiquiátrico e fazer reclamações sobre o seu tratamento, foi internada involuntariamente no mesmo hospital.

Em vários casos da amostra, observou-se conflitos entre familiares e as pessoas com transtornos mentais (Storck *versus* Alemanha, Plesó *versus* Hungria, Mockuté *versus* Lituânia, Atudorei *versus* Romênia), o que dificultou sobremaneira o tratamento dessas pessoas.

Os históricos dos casos analisados demonstram que, durante as internações involuntárias e compulsórias, as pessoas relataram profundo isolamento social, uso de medicações em excesso e contenção física/química (Storck *versus* Alemanha, Mockuté *versus* Lituânia, Bataliny *versus* Rússia, Bures *versus* Tchéquia, M. *versus* Ucrânia). Em dois casos selecionados, Reynolds *versus* Reino Unido e Khabirov *versus* Rússia, os pacientes se suicidaram dentro do hospital psiquiátrico, demonstrando falhas no cuidado à saúde mental dessas pessoas que culminaram com a violação de seu direito à vida.

Em algumas situações foram relatadas violência física e sexual. No caso B. *versus* Romênia, a requerente alegou que a polícia havia abusado de seus poderes ao interná-la em uma instituição psiquiátrica e que teria sido vítima de estupro. Em Bataliny *versus* Rússia, houve extrema violência física com relação ao paciente com transtorno mental dentro da instituição hospitalar.

Ainda, um dos casos mais emblemáticos de tentativa de internação involuntária por meio da força policial é o Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia, que culminou com a morte do filho dos requerentes em sua própria casa, após uma tentativa fracassada da polícia em levá-lo ao hospital.

A polícia interage regularmente com pessoas com transtornos mentais. No processo de busca por atendimento em saúde mental, uma em cada dez pessoas tem um encontro com a polícia, que desempenha um papel central no encaminhamento para o atendimento psiquiátrico. Esse panorama sugere que as interações entre a polícia e pessoas com transtornos mentais são frequentes e podem ser conflituosas. Embora os policiais não recebam formação em psicologia clínica ou psiquiatria, precisam identificar comportamentos específicos que possam indicar transtornos mentais (WITTMANN et al, 2021). Além disso, os agentes policiais tendem a abordar essas pessoas como perigosas, o que pode resultar em violação ao seu direito à vida, como o ocorrido em Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia.

No que diz respeito ao envolvimento da polícia, o Artigo 32, da Recomendação n. 10 do Comitê de Ministros do Conselho da Europa, preconiza que no cumprimento de seus deveres, a polícia deve coordenar suas intervenções com as dos serviços médicos e sociais, se possível com o consentimento da pessoa envolvida, caso o comportamento dessa pessoa seja

fortemente sugestivo de transtorno mental e represente um risco significativo de dano a ela própria ou a terceiros. Quando outras possibilidades adequadas não estiverem disponíveis, a polícia pode ser requisitada, no cumprimento de suas funções, a auxiliar no transporte ou retorno de pessoas sujeitas à internação involuntária para a instituição relevante. Os membros da polícia devem respeitar a dignidade e os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. A importância deste dever deve ser enfatizada durante o treinamento (CONSELHO DA EUROPA, 2004).

A Corte analisou diferentes legislações nacionais ao julgar os casos, considerando as normativas específicas de cada país. Na Alemanha, utilizou-se a legislação do estado de Bremen. Na Eslováquia, foram examinadas disposições do Código Civil e do Código de Processo Civil. Na Hungria, a análise baseou-se em Lei sobre Cuidados de Saúde. Na Letônia, a Corte considerou a Lei sobre Tratamento Médico, que regula a assistência psiquiátrica. Já na Lituânia, a Lei de Cuidados em Saúde Mental serviu como fundamento para a decisão.

Na Polônia, o Código de Processo Civil foi a principal referência legal, enquanto na Romênia, a legislação aplicada foi a Lei da Saúde Mental. No caso do Reino Unido, foram apresentadas as jurisprudências: R (Takoushis) *versus* Inner North London Coroner e Outro e Savage *versus* South Essex Partnership NHS Foundation Trust. Na Rússia, os princípios fundamentais do atendimento psiquiátrico estão previstos na Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados. Na Tchéquia, a Corte embasou sua análise no Código de Processo Civil e na Lei de Assistência à Saúde Pública. Por fim, na Ucrânia, a Lei de Assistência Psiquiátrica foi o dispositivo legal utilizado para a deliberação. Observa-se, portanto, que somente Lituânia e Ucrânia possuíam legislação específica em Saúde Mental.

Apesar da evolução legal, o Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura[101] visitou a Ucrânia em fevereiro de 1998 e, em seu relatório, destacou a falta de mecanismos internos para o recebimento de reclamações em instituições psiquiátricas. Recomendou a criação de canais formais para que os pacientes pudessem registrar queixas e se comunicar confidencialmente com autoridades externas. O Comitê também enfatizou a importância do contato dos pacientes com o mundo exterior, permitindo-lhes enviar e receber correspondência, usar o telefone e receber visitas, além de garantir o acesso confidencial a um advogado. O relatório apontou ainda que muitos dos 510 pacientes internados involuntariamente não tinham meios de contestar sua hospitalização, conforme previsto na Lei de Assistência Psiquiátrica de 2000. Em alguns

[101] O Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura (CPT) é um grupo de peritos independentes que visa prevenir a tortura e maus-tratos em países europeus. O CPT foi criado pela Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura, que entrou em vigor em 1989.

casos, a internação ocorreu apenas com um pedido de parentes, promotores públicos ou da Milícia, sem decisão judicial formal. O Comitê reforçou que a internação involuntária não deve ser entendida como autorização automática para tratamento sem consentimento. Pacientes competentes, voluntários ou não, devem ter o direito de recusar intervenções médicas, salvo em situações excepcionais definidas por lei. Além disso, o consentimento informado só é válido se baseado em informações claras sobre o diagnóstico e as opções terapêuticas disponíveis. O relatório ressaltou a necessidade de órgãos independentes fiscalizarem regularmente as instituições psiquiátricas, garantindo a transparência e a proteção dos direitos dos pacientes. Por fim, recomendou que a internação involuntária fosse reavaliada periodicamente e mantida apenas enquanto estritamente necessária, respeitando os princípios de legalidade, necessidade e proporcionalidade (CPT, 1998).

A depreender das sentenças apresentadas neste tema, verifica-se que o caso da Ucrânia não é isolado e que ainda há muita dificuldade na real implementação de leis que assegurem o direito à saúde e o direito à saúde mental das pessoas com transtornos mentais. De forma geral, observa-se que as pessoas com transtornos mentais são arbitrária e desnecessariamente segregadas da sociedade em instituições psiquiátricas, quando poderiam decidir sobre seu tratamento e, também receber tratamento de maneira segura e digna na comunidade.

As sentenças relacionadas aos dois temas centrais – internações involuntárias e compulsórias – concluíram sobre violações aos seguintes Artigos da Convenção Europeia sobre Direitos Humanos: Artigo 2 – violação do direito à vida (2), Artigo 5 § 1 – violação do direito à liberdade e segurança (20), Artigo 5 § 4 – violação do direito de recorrer a um tribunal sobre a legalidade da internação (11), Artigo 8 – violação do direito ao respeito pela vida privada (8) e Artigo 13 – violação do direito a um recurso efetivo (1).

O direito à liberdade é uma das normas de direitos humanos mais antigas e tem sido repetidamente consagrado em tratados da ONU. O primeiro e mais proeminente documento a garantir o direito à liberdade, além da Declaração Universal dos Direitos Humanos, é o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. O Artigo 9 (1) preconiza que toda pessoa tem direito à liberdade e à segurança pessoal e que ninguém será sujeito à prisão ou detenção arbitrária. Também assevera que ninguém será privado de sua liberdade, salvo nos procedimentos estabelecidos por lei (ONU, 1966). É particularmente relevante no contexto da internação involuntária, em que a privação de liberdade ocorre quando um indivíduo é colocado em uma instituição contra sua vontade e não pode sair dela por conta própria. Ressalta-se, portanto, que nos casos analisados, a Corte reafirmou a violação do direito à liberdade e segurança das pessoas com transtornos mentais internadas involuntariamente ou

compulsoriamente, majoritariamente pela ausência dos critérios acima elencados no momento da internação, assim como pela ausência de órgão de revisão ou de participação das pessoas no processo de revisão de suas hospitalizações.

Dentre os objetivos deste trabalho está o de analisar os casos selecionados à luz da lista de checagem apresentada pela OMS em 2023. Dessa forma, quando os temas centrais foram a internação involuntária e compulsória, foram indicados os seguintes itens da lista de checagem que não foram atendidos pelos países envolvidos: 1. Dimensão Abordagem Legislativa - 3. Acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direito; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. Proibição de discriminação no cuidado em saúde mental; 7. Garantia de utilização de serviços de saúde mental com os mesmos direitos das pessoas que utilizam outros serviços de saúde geral; 10. Garantia de privacidade dentro dos serviços; 12. Garantia de recebimento de informações sobre direitos de maneira acessível; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. Direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo todo o suporte e tratamento com base nesse consentimento; 9. Disponibilidade de serviços de apoio comunitário para crises.

Constata-se que, apesar dos avanços legislativos nos países analisados, os casos de internação involuntária e compulsória continuam resultando em graves violações de direitos humanos. Os serviços de saúde mental permanecem fortemente pautados em um modelo médico de tratamento, negligenciando os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A análise dos históricos de internação involuntária e compulsória reforça a complexidade do tema e a necessidade de um equilíbrio entre o direito do indivíduo de receber cuidados de saúde mental e seu direito à liberdade e dignidade. Em três casos específicos, a dignidade humana foi profundamente violada, com pacientes submetidos a tratamentos desumanos e degradantes durante a internação.

Tratamento desumano e degradante

A internação de pessoas com transtornos mentais deveria garantir cuidados adequados e menos restritivos possíveis, mas, em alguns casos, é marcada por tratamentos desumanos e degradantes, caracterizados por isolamento excessivo, uso indiscriminado da força, medicalização compulsória e condições inadequadas de assistência. Neste estudo, o tema central tratamento desumano e degradante emergiu em três (3) sentenças da amostra, duas (2)

delas na Rússia e uma na Tchéquia (Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Bures *versus*Tchéquia). Quanto ao ano, 1 sentença é de 2013 e 2 são de 2015.

Nos casos em tela, os requerentes alegaram agressões físicas brutais por parte de profissionais de saúde: Bataliny foi agredido por três enfermeiros, sendo lançado na cama de forma violenta, o que causou perda de sua consciência. Ao acordar, estava sangrando e preso à cama por uma mordaça (...). Posteriormente, em nova internação, apresentava hematomas e sinais de agressão (Bataliny *versus* Rússia). Belenko estava internada em uma clínica psiquiátrica e morreu devido a um edema cerebral e pneumonia. Tinha feridas necrosadas e uma luxação no quadril esquerdo, por ter sido amarrada na cama por muito tempo. Desenvolveu várias úlceras e havia indícios de abuso sexual (Belenko *versus* Rússia). Bures apresentava escoriações visíveis na parte frontal do pescoço, nos dois pulsos e nos dois tornozelos, em razão do atrito com tecidos e escoriações de outro tipo nos joelhos (...). Foi amarrado a uma cama com tiras de couro ao redor de seus pulsos, joelhos e tornozelos por dois enfermeiros (...). Como as tiras estavam apertadas demais, teve dificuldades para respirar e, devido à circulação sanguínea insuficiente, os nervos de seus braços foram danificados (Bures *versus* Tchéquia).

Além da violência física, também foram vítimas de violência psicológica e ameaças fundadas no estigma relacionado ao transtorno mental. Por exemplo, no caso Bataliny *versus* Rússia, o paciente foi ameaçado pelo médico dizendo que não adiantava se queixar dos maus tratos com o seu "diagnóstico", pois ninguém acreditaria nele. Bures também declarou que, enquanto os enfermeiros o amarravam, se ajoelharam em seu peito e o agrediram verbalmente (Bures *versus* Tchéquia).

A Recomendação 10 do Comitê de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros sobre a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade das Pessoas com Transtornos Mentais, de 22 de setembro de 2004, em seu Artigo 27, intitulado "Isolamento e contenção", estipula que o isolamento ou contenção deve ser utilizado apenas em instalações apropriadas, e em conformidade com o princípio da menor restrição, para prevenir danos iminentes à pessoa em questão ou a outros, e de forma proporcional aos riscos envolvidos. Essas medidas devem ser utilizadas apenas sob supervisão médica e devem ser adequadamente documentadas. Além disso, a pessoa sujeita a isolamento ou contenção deve ser monitorada regularmente; e os motivos e a duração de tais medidas devem ser registrados no prontuário médico da pessoa e em um registro específico (CONSELHO DA EUROPA, 2004).

Os Padrões do Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos ou Punições Desumanas ou Degradantes contêm as seguintes regras sobre a contenção de pacientes em estabelecimentos psiquiátricos: em qualquer estabelecimento psiquiátrico, a

contenção de pacientes agitados e/ou violentos pode, em alguns casos, ser necessária. Esta é uma área de preocupação particular para o Comitê devido ao potencial de abuso e maus-tratos. A contenção dos pacientes deve ser objeto de uma política definida. Essa política deve estabelecer que as tentativas iniciais de conter pacientes agitados ou violentos devem, tanto quanto possível, ser não físicas (por exemplo, instrução verbal) e que, quando a contenção física for necessária, ela deve, em princípio, ser limitada ao controle manual. O pessoal dos estabelecimentos psiquiátricos deve receber treinamento tanto em técnicas de controle não físico quanto manual em relação a pacientes agitados ou violentos. A posse dessas habilidades permitirá ao pessoal escolher a resposta mais apropriada quando confrontado com situações difíceis, reduzindo assim significativamente o risco de ferimentos tanto para os pacientes quanto para o pessoal (CPT, 2011).

O recurso a instrumentos de contenção física (faixas, camisas de força, etc.), como nos casos estudados neste tema, só deverá ser justificado muito raramente e deve sempre ser expressamente ordenado por um médico ou imediatamente levado à atenção de um médico com o objetivo de buscar sua aprovação. Se, excepcionalmente, recorrer-se a instrumentos de contenção física, esses devem ser removidos assim que possível e jamais devem ser aplicados, ou sua aplicação prolongada, como punição. Cada incidente de contenção física de um paciente (controle manual, uso de instrumentos de contenção física, isolamento) deve ser registrado em um formulário específico estabelecido para esse fim (bem como no prontuário do paciente). A entrada deve incluir os horários em que a medida começou e terminou, as circunstâncias do caso, os motivos para se recorrer à medida, o nome do médico que ordenou ou aprovou a medida e um relato de quaisquer ferimentos sofridos por pacientes ou pelo pessoal. Os pacientes devem ter o direito de anexar comentários ao registro e devem ser informados disso; a pedido, devem receber uma cópia da entrada completa. Esses cuidados facilitariam muito tanto a gestão desses incidentes quanto a supervisão da extensão de sua ocorrência (CPT, 2011).

Em suma, a contenção de um paciente deve ser aplicada apenas como último recurso, sendo uma medida extrema destinada a prevenir lesões iminentes ou controlar episódios de agitação aguda e/ou violência. Além disso, o registro detalhado e preciso de cada ocorrência é essencial para garantir a supervisão da administração hospitalar, possibilitando a análise da frequência dessas intervenções e a adoção de estratégias para minimizar sua incidência sempre que possível.

Nas sentenças analisadas, a Corte decidiu pela violação do Artigo 3 (Bataliny *versus* Rússia e Bures *versus* Tchéquia) e pela violação do Artigo 2 (Belenko *versus* Rússia) da

Convenção. No caso de Belenko, o tratamento desumano resultou na morte da paciente hospitalizada.

A Corte Europeia reafirma que o Artigo 3 da Convenção representa um dos valores mais fundamentais de uma sociedade democrática, proibindo de maneira absoluta a tortura, bem como tratamentos ou penas desumanos ou degradantes, independentemente das circunstâncias ou do comportamento da vítima (CONSELHO DA EUROPA, 1950). Para que um tratamento se enquadre no escopo do Artigo 3, é necessário que atinja um nível de gravidade. A avaliação desse critério é relativa, dependendo das circunstâncias específicas de cada caso, como a duração do tratamento, seus impactos físicos e psicológicos e, em alguns casos, fatores como gênero, idade e estado de saúde da vítima.

Embora a intenção do tratamento seja um elemento a ser considerado—especialmente se houver o objetivo de humilhar ou degradar a vítima—, a ausência desse propósito não exclui, necessariamente, a possibilidade de violação do Artigo 3. Para que um tratamento seja qualificado como "desumano" ou "degradante", o sofrimento ou a humilhação impostos devem ultrapassar o sofrimento inerente a uma forma legítima de tratamento.

Além da gravidade do tratamento, há um elemento intencional na tortura, reconhecido na Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, que, em seu Artigo 1, define tortura como a imposição intencional de dor ou sofrimento severos com o objetivo, dentre outros, de obter informações, impor punição ou intimidar (ONU, 1984).

Ainda, as alegações de maus-tratos devem ser respaldadas por evidências adequadas. Para avaliar essas provas, a Corte Europeia adota o padrão de "além de qualquer dúvida razoável", destacando, porém, que essa comprovação pode derivar da convergência de inferências suficientemente fortes, claras e coerentes, ou de presunções factuais similares que não tenham sido refutadas. No que diz respeito a intervenções médicas realizadas contra a vontade de uma pessoa internada, a Corte já estabeleceu que medidas consideradas terapeuticamente necessárias, conforme os princípios consolidados da medicina, não podem, em princípio, ser classificadas como desumanas ou degradantes. No entanto, cabe à Corte garantir que a necessidade médica tenha sido demonstrada de forma convincente e que existam, além de terem sido rigorosamente cumpridas, salvaguardas processuais na tomada da decisão.

Ao analisar os casos, a Corte utilizou, em Bataliny *versus* Rússia, o Código de Processo Civil e a Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados. No caso Belenko *versus* Rússia, citou o Código Penal e de Processo Penal e em Bures *versus* Tchéquia, o Código de Processo Civil e a Lei de Assistência à Saúde Pública.

É interessante notar que o Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos ou Punições Desumanas ou Degradantes (CPT) realizou visitas à Tchéquia entre 27 de março e 7 de abril de 2006, e posteriormente de 21 a 24 de junho de 2006. Durante a inspeção, o Comitê visitou o Hospital Psiquiátrico de Brno-Černovice, onde Bures esteva internado, e destacou diversas questões preocupantes. No Hospital Psiquiátrico de Brno, verificou-se que a contenção dos pacientes era aplicada tanto em seus próprios leitos quanto em uma sala separada. Embora existisse um protocolo para o uso da imobilização, este não especificava intervalos de vigilância. De acordo com a equipe hospitalar, a prática adotada consistia em monitorar os pacientes imobilizados a cada vinte minutos. A delegação do CPT observou positivamente que os registros sobre o uso de contenções tinham sido implementados nas enfermarias, atendendo a uma recomendação de longa data. No entanto, constatou-se que as anotações eram, por vezes, inadequadas, com falhas no registro do horário de liberação e, em alguns casos, até no momento de aplicação da imobilização. O Comitê enfatizou que pacientes submetidos à contenção, como no caso de Bures, devem ser supervisionados direta e continuamente por um membro da equipe. Contudo, foi informado de que um projeto piloto que previa acompanhamento contínuo durante a imobilização, falhou devido à escassez de pessoal. Apesar disso, o CPT reforçou que é responsabilidade da administração hospitalar garantir a presença permanente de um profissional sempre que um paciente estiver imobilizado (CPT, 2006).

Quanto aos itens da lista de checagem não atendidos nas sentenças que compõem o tema central "Tratamento desumano e degradante", ressaltam-se: 1. Dimensão abordagem legislativa – 2. Desafia-se o estigma e a discriminação associados à saúde mental; 3. Permissão do acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direito; 5. Garantia do respeito à capacidade, consentimento informado e eliminação da coerção; 8. Garantia da responsabilização dos serviços de saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e a não discriminação – 1. Proibição de todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo os serviços de saúde mental; 7. Garantia de que as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental tenham os mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde de forma geral; 13. Garantia de oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. Manutenção do direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento; 3. Previsão de salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e

potenciais abusos no uso de intervenções específicas; 4. Proibição de todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas; 8. Existe um marco para apoiar pessoas em situação de crise; 9. Disponibilidade de serviços de apoio comunitário para crises; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Existência de marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental; 3. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental; 4. Garantia que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, previsão de sanções civis e criminais eficazes, bem como reparações; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos – b) Acesso à Justiça – 3. Garantia de todas as salvaguardas substanciais e processuais às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais.

Há, portanto, um conjunto extenso de itens não atendidos no que diz respeito ao tema central "Tratamento desumano e degradante". Como abordado anteriormente neste estudo, ao longo da história, o tratamento de pessoas com transtornos mentais foi marcado pela exclusão e pela ideia de "descartabilidade", sendo pautado em práticas coercitivas e punitivas. Apesar dos avanços promovidos pelo movimento de reforma psiquiátrica em diversos países e do reconhecimento internacional do direito à saúde mental, os achados deste estudo evidenciam a persistência de desafios estruturais para a superação desse cenário ainda marcado pela coerção, uso excessivo de contenção mecânica e medicamentosa, além da insuficiência de mecanismos eficazes de responsabilização e fiscalização de violações aos direitos humanos. Dentre as práticas abusivas identificadas, destaca-se a participação forçada de pessoas com transtornos mentais em experimentos científicos, uma grave afronta à sua dignidade e autonomia.

Pessoa com transtorno mental como participante de pesquisa

Considerando sua situação de vulnerabilidade, é fundamental que pacientes com transtornos mentais recebam proteção reforçada e que sua participação em ensaios clínicos esteja sujeita a salvaguardas especialmente rigorosas. Essas medidas devem considerar as particularidades de sua condição mental e sua evolução ao longo do tempo. Em particular, é essencial que sua capacidade de decisão seja avaliada de forma objetiva, a fim de eliminar o

risco de um consentimento dado sem plena compreensão das implicações envolvidas. Em dois casos selecionados na amostra, observou-se a violação dos direitos humanos de pacientes com transtornos mentais durante sua participação em ensaios clínicos (Bataliny *versus* Rússia de 2015, Traskunova *versus* Rússia de 2022), ambos ocorridos na Rússia.

Nesse contexto, além da internação involuntária e do tratamento desumano e degradante, Bataliny também foi submetido a pesquisas científicas. Segundo observação da Corte, o requente foi incluído em ensaio clínico sobre efeitos de um novo medicamento antipsicótico sem o seu consentimento (Bataliny *versus* Rússia), violando-se o Artigo Artigo 5 § 1 da Convenção que reforça o direito à liberdade e segurança. A decisão da Corte foi embasada no Código de Processo Civil e na Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados.

No caso Traskunova *versus* Rússia, a paciente, diagnosticada com esquizofrenia, participou de dois ensaios clínicos, o primeiro para avaliar a segurança e eficácia da Asenapina, em comparação com a Olanzapina, e o segundo com o objetivo de oferecer a continuidade do tratamento para os pacientes que participaram do primeiro estudo. Contudo, além do agravamento de seu transtorno mental, a paciente sofreu parada cardíaca e permaneceu em coma até falecer. A causa a morte foi insuficiência cardiovascular aguda, agravada por pneumonia, edema cerebral e hérnia cerebral. A análise de especialistas sobre as condições de morte da paciente reforçou a existência de efeitos colaterais negativos no primeiro ensaio clínico, que deveriam ser observados pelos médicos responsáveis pela pesquisa. Houve, portanto, falta de monitoramento geral do estado de saúde da paciente, ausência de exames físicos e laboratoriais regulares, conforme estabelecia o protocolo da pesquisa e que a levaram a continuar participando do segundo ensaio, agravando ainda mais sua enfermidade e colocando sua vida em risco (Traskunova *versus* Rússia). Na análise do caso, a Corte revisou a Lei Federal sobre Produtos Medicinais (Lei nº 86-FZ) e, decidiu que foi violado o Artigo 2 da Convenção relativo ao direito à vida.

A Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano em Relação às Aplicações da Biologia e da Medicina, de 1997, também conhecida como Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina ou Convenção de Oviedo (Série de Tratados do Conselho da Europa nº 164), é o único tratado internacional vinculativo na área, ratificado por 29 Estados e assinado por outros 7. A Federação Russa não assinou nem ratificou a Convenção de Oviedo. Suas disposições relevantes estabelecem que os Estados devem proteger a dignidade e a identidade de todos os seres humanos e garantir a todos, sem discriminação, o

respeito à sua integridade e a outros direitos e liberdades fundamentais no que diz respeito às aplicações da biologia e da medicina (CONSELHO DA EUROPA, 1997).

Como princípio fundamental, a Convenção estabelece que qualquer intervenção na área da saúde só pode ser realizada mediante o consentimento livre e informado da pessoa envolvida. Para isso, a pessoa deve receber previamente informações adequadas sobre o propósito e a natureza da intervenção, bem como sobre seus possíveis riscos e consequências. Além disso, o consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem que haja prejuízo para a pessoa (CONSELHO DA EUROPA, 1997).

No contexto da pesquisa envolvendo seres humanos, esta só pode ser conduzida se todas as seguintes condições forem atendidas: i. não existir alternativa de eficácia comparável à pesquisa em seres humanos; ii. os riscos envolvidos não serem desproporcionais aos benefícios potenciais da pesquisa; iii. o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo órgão competente, após exame independente de seu mérito científico, considerando a relevância de seus objetivos e uma revisão multidisciplinar de sua aceitabilidade ética; iv. as pessoas participantes terem sido devidamente informadas sobre seus direitos e as salvaguardas legais estabelecidas para sua proteção; v. o consentimento necessário ter sido obtido de forma expressa, específica e devidamente documentada, podendo ser retirado a qualquer momento, sem restrições (CONSELHO DA EUROPA, 1997)[102].

[102] Reforçando o exposto acima, o Código de Nuremberg, elaborado em agosto de 1947 em Nuremberg, Alemanha, por juízes americanos que julgaram médicos nazistas responsáveis por realizar experimentos humanos em campos de concentração (durante o Julgamento dos Médicos), estabelece que o consentimento voluntário dos participantes é absolutamente essencial. Isso significa que o indivíduo deve ter capacidade jurídica para fornecer o consentimento, estar em condições de exercer sua escolha livremente, sem qualquer tipo de força, fraude, engano, coação ou imposição, e deve ter conhecimento suficiente sobre os elementos envolvidos para tomar uma decisão informada. Esse requisito implica que, antes de dar seu consentimento, o participante deve ser informado sobre a natureza, duração e objetivos do experimento, os métodos utilizados, os inconvenientes e riscos previsíveis, e os efeitos potenciais sobre sua saúde ou bem-estar decorrentes de sua participação. Além disso, o experimento deve gerar benefícios para a sociedade, impossíveis de serem alcançados por outros métodos, e não deve ser desnecessário ou aleatório. O estudo deve ser fundamentado em experimentação animal e no conhecimento da história natural da doença ou problema em questão, de modo que os resultados esperados justifiquem a realização do experimento. Ainda, é crucial que o experimento seja conduzido para evitar sofrimento físico ou mental desnecessário, e não deve ser realizado caso haja razões fundamentadas para acreditar que resultará em morte ou lesão incapacitante, como no caso Traskunova *versus* Rússia . O grau de risco envolvido não deve exceder o valor humanitário do problema a ser resolvido, e deve haver adequadas preparações e condições para proteger o participante de riscos, incluindo os remotos. O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas qualificadas cientificamente, com a mais alta habilidade e cuidado exigidos em todas as etapas. Durante a pesquisa, o participante deve ter a liberdade de interrompê-la se, em sua avaliação, continuar a experimentação tornar-se insuportável física ou mentalmente. Por outro lado, o responsável pela pesquisa também deve estar preparado para interromper o experimento a qualquer momento, se, com base em sua boa-fé, conhecimento e julgamento, acreditar que a continuidade pode resultar em lesões, incapacidade ou morte do participante (NUREMBERG, 1947).

A Declaração de Helsinque, adotada pela 18ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em 1964 e com emendas posteriores, estabelece que os participantes de pesquisas devem ser voluntários e informados. O respeito à integridade dos sujeitos deve ser garantido, assim como a privacidade e confidencialidade das informações. O médico deve ser especialmente cauteloso ao obter o consentimento informado, especialmente se houver relação de dependência ou coerção. Para sujeitos legalmente incapazes de dar consentimento, deve-se obter a autorização de um representante legal. A pesquisa com tais indivíduos deve ser justificada, sendo necessária para promover a saúde da população representada e impossível de ser realizada com pessoas legalmente competentes. Quando possível, o assentimento do sujeito incapaz deve ser obtido, além do consentimento do representante. Pesquisas com indivíduos incapazes de consentir só devem ocorrer se a condição que impede o consentimento for uma característica essencial da população estudada, sendo as razões explicitadas no protocolo experimental, que também deve incluir a obtenção do consentimento assim que possível. Observa-se que em um dos casos analisados, não houve qualquer tipo de consentimento (Bataliny *versus* Rússia). Já no caso Traskunova *versus* Rússia, apesar do consentimento da paciente, não se sabe, com certeza, sua compreensão sobre os reais efeitos colaterais da pesquisa. Deve-se ainda considerar a relação de desigualdade de poder existente entre a paciente e o médico responsável pelo ensaio clínico (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964).

Por fim, os itens da lista de checagem não atendidos nos casos analisados com base no tema central "Pessoa com transtorno mental como participante de pesquisa" foram: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 3. Permissão de acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos; 5. Garantia de respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção; 8. Garantia de responsabilização dos serviços de saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. Garantia às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental dos mesmos direitos das pessoas que utilizam os serviços de saúde de forma geral; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. Manutenção do direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento; 5. Proibição de pesquisa ou experimentação médica ou científica em uma pessoa com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, sem o seu consentimento informado; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Existência de marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental. Considerando este conjunto, reitera-se a importância da exigência do

consentimento informado em casos de pessoas com transtornos mentais participantes de qualquer pesquisa ou experimentação médica. A seguir, ainda no marco do tratamento de pessoas com transtornos mentais, apresenta-se o tema "Acesso ao prontuário médico".

Acesso ao prontuário médico

Nos últimos anos, um dos avanços mais significativos na área da saúde tem sido o crescente envolvimento dos usuários nos serviços prestados. Nessa perspectiva, tem-se enfatizado cada vez mais o empoderamento dos pacientes em um sistema historicamente percebido como excessivamente paternalista. O acesso a informações detalhadas sobre suas condições de saúde e tratamentos pode fortalecer a autonomia dos pacientes, permitindo-lhes participar de forma mais ativa nas decisões sobre seu próprio cuidado. Para tanto, é fundamental garantir o acesso aos seus próprios prontuários médicos (LAUGHARNE; STAFFORD, 1996; ROSS; LIN, 2003). Dentre os casos da amostra deste estudo, em um deles a situação de violação envolveu o "Acesso ao prontuário médico": L.M. *versus* Letônia de 2011. Em L.M. *versus* Letônia, a requerente solicitou à administração do hospital psiquiátrico de Liepāja os trechos de seu prontuário médico relacionados aos motivos de sua internação e detalhes sobre seu tratamento. Contudo, o hospital a informou que as informações solicitadas só seriam fornecidas mediante solicitação de um tribunal. Em sua sentença, a Corte não analisou a questão do acesso ao prontuário diretamente e concluiu que houve violação do Artigo 5 § 1, direito à liberdade e segurança, no que dizia respeito, de forma geral, à internação involuntária de L.M. Utilizou, para tanto, a Lei sobre Tratamento Médico da Letônia. Apesar de não ter sido julgado pela Corte neste caso específico, acredita-se que o acesso ao prontuário médico é muito importante para a compreensão do modelo de tratamento psiquiátrico embasado no direito à saúde mental das pessoas com transtornos mentais. Considerando esta relevância, o tema foi incluído na análise deste estudo.

Na Europa, o direito do paciente de acessar seu prontuário médico é tratado de duas formas distintas: a. acesso indireto - modelo mais tradicional e restritivo, no qual o paciente pode consultar seu processo clínico, porém apenas por meio de um médico nomeado por ele; ou b. acesso direto - abordagem mais liberal, adotada atualmente na maioria dos países europeus, permitindo que o paciente consulte diretamente suas informações de saúde. No entanto, há variações entre os países, principalmente quanto às exceções a esse acesso direto (LARANJO et al., 2013).

Dentre os casos emblemáticos sobre o tema salienta-se o julgamento Gaskin. A ação foi iniciada em 1980, quando o autor, um jovem com histórico problemático, não conseguiu encontrar um emprego adequado. Durante a infância e adolescência, viveu em lares adotivos, orfanatos e hospitais, até atingir a maioridade, quando responsabilizou o Conselho Municipal de Liverpool por negligência nos cuidados prestados, alegando que sofreu diversos problemas de saúde, incluindo transtornos mentais. Para fundamentar sua ação, solicitou acesso aos seus antigos registros médicos para compartilhá-los com seus assessores. No entanto, o tribunal inglês decidiu que os relatórios de assistência infantil não poderiam ser divulgados, devido ao interesse público na preservação da confidencialidade desses documentos, baseando-se em processos anteriores sobre o acesso a esses registros. Após analisar os fatos essenciais do caso, a Corte Europeia reconheceu a ação com base no Artigo 8º da Convenção, concluindo que o direito de acesso a prontuários médicos está inserido no escopo dessa disposição. A Corte decidiu a favor do autor, entendendo que ele possuía um interesse jurídico bem fundamentado em seus prontuários médicos, pois essa questão fazia parte do direito à vida privada e familiar. Além disso, ele não tinha um órgão judicial independente ao qual recorrer (LYTVYNENKO, 2020).

Caso semelhante foi julgado na década de 1990, no processo MG vs. Reino Unido. Os fatos eram basicamente os mesmos do caso Gaskin: o autor cresceu em vários orfanatos e, na vida adulta, tentou obter acesso aos seus relatórios de assistência infantil para reconstruir suas memórias da infância (dos anos 1960 ao início dos anos 1970), especialmente sobre os episódios de violência praticados por seu falecido pai. Ele também pretendia processar as autoridades municipais caso os prontuários médicos apontassem negligência dos órgãos públicos responsáveis por sua guarda. Embora tenha conseguido acesso a alguns documentos em suas primeiras solicitações, a maioria dos registros da adolescência foi ocultada e negada a ele. O veredicto foi idêntico: a Corte Europeia reconheceu o interesse essencial do autor em seus registros médicos e a ausência de um órgão judicial independente ao qual pudesse recorrer, decidindo novamente a favor do requerente com base no Artigo 8º da Convenção (LYTVYNENKO, 2020).

Ross e Lin (2003), em sua revisão da literatura sobre acesso de pacientes aos prontuários médicos, apontaram como benefícios: interesse e aceitação do paciente, educação dos pacientes, oferecimento de segurança, empoderamento dos pacientes, promoção de aderência, melhora da comunicação médico-paciente, melhora da satisfação do paciente e facilita a correção de erros.

O item da lista de checagem relacionado ao tema e não atendido é o seguinte: 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 12. Garantia às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental de receberem informações sobre seus direitos nesses serviços de maneira acessível.

Em suma e em consonância com o direcionamento da Corte Europeia sobre o tema, cada vez mais se defende que o acesso aos prontuários médicos pelos pacientes é um direito humano básico, além de ser um passo essencial para a organização dos cuidados de saúde centrada nas pessoas e não nas instituições. Outro tema central relacionado às informações clínicas de pessoas com transtornos mentais que emergiu da análise das sentenças foi "Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental".

Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental

A privacidade e a confiança são fundamentais para pacientes com transtornos mentais. Para que a relação terapêutica entre paciente e profissional de saúde seja eficaz, é necessário que o paciente seja sincero e tenha a certeza de que sua privacidade (ou confidencialidade) será protegida.

Os registros de saúde mental frequentemente contêm informações sensíveis, como revelações íntimas ou referências a condições médicas estigmatizantes. Dessa forma, pessoas com transtornos mentais podem se sentir inseguras quanto à divulgação dessas informações pessoais de saúde. O temor do estigma e da discriminação pode levá-las a omitir dados importantes dos profissionais de saúde ou até a evitar buscar atendimento, o que pode afetar negativamente o cuidado. Uma meta-análise demonstrou que o medo do estigma tem um impacto negativo de pequeno a moderado na busca por cuidados de saúde, sendo a preocupação com a divulgação de informações pessoais a razão mais comum para evitar o atendimento médico. Por esse motivo, o cuidado em saúde mental e os registros psiquiátricos historicamente têm sido mantidos separados de outros registros médicos, com o intuito de proteger a privacidade dos pacientes (CORRIGAN et al, 2014; SHEN et al, 2019).

Em dois casos da amostra, terceiros tiveram acesso às informações de pacientes com transtornos mentais, o que resultou em consequências extremamente negativas para as pessoas envolvidas: Mockuté *versus* Lituânia de 2018 e Surikov *versus* Ucrânia de 2017.

No caso Mockuté versus Lituânia, a requerente fazia parte de uma seita religiosa e foi internada por seus pais que alegavam que ela estava desorientada. Entre internações, obteve o diploma de Direito e cursou pós-graduação nos EUA. Ao longo dos anos, foi diagnosticada com psicose paranoide e transtorno de estresse pós-traumático, passando por diversos tratamentos

psiquiátricos. Em 2003, após um episódio de agitação no trabalho e comportamento incomum, foi internada involuntariamente no Hospital Psiquiátrico de Vilnius. Durante esse período, foi transmitido um programa de TV que divulgou informações sobre sua internação e ligou seu estado psicológico ao envolvimento com um centro de meditação, o que a requerente considerou como uma completa distorção de sua história. Em reação, publicou uma carta aberta criticando a cobertura jornalística e esclarecendo que seus problemas de saúde mental não estavam relacionados à meditação. Argumentou que sua internação foi baseada em suposições errôneas sobre sua saúde mental, e que os psiquiatras não consideraram sua verdadeira condição. Ela foi forçada a prometer que abandonaria a meditação e seguiria uma religião tradicional católica, o que afetou negativamente seu tratamento e sua saúde emocional. A Corte reiterou que informações sobre a saúde de um paciente são privadas e que a liberdade de pensamento e religião é fundamental para uma sociedade democrática. Decidiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção Europeia de respeito pela vida privada e familiar e do Artigo 9, referente à liberdade de pensamento, consciência e religião. Em sua análise, a Corte utilizou a Constituição da Lituânia que estabelece que as informações sobre a vida privada de uma pessoa somente podem ser coletadas mediante decisão judicial justificada e em conformidade com a lei. Também considerou a Lei sobre a Proteção Legal de Dados Pessoais do país.

Em Surikov *versus* Ucrânia, o requerente era engenheiro tecnólogo que trabalhava em uma editora estatal. Em 1997, solicitou sua inclusão em uma lista para promoção a um cargo de engenharia compatível com suas qualificações, sem sucesso. Em 2000, reiterou o pedido e sua solicitação foi recusada. Foi então que acionou judicialmente a empresa que justificou a recusa da promoção em razão da saúde mental do requerente. A empresa teve acesso a documentos que informavam que o requerente tinha sido dispensado do serviço militar em 1981 por motivos de psicose e transtornos psicóticos. Reforçou, ainda, que os colegas do requerente "questionavam suas habilidades interpessoais" e não o consideravam apto para a promoção. Como resultado, o requerente processou a empresa, buscando indenização e um pedido de desculpas por difamação. Segundo Surikov, a empresa não tinha o direito de obter essas informações e compartilhá-las outros funcionários. No âmbito da Corte, o requerente argumentou que seu empregador coletou, reteve e utilizou arbitrariamente dados sensíveis sobre sua saúde mental. A Corte decidiu que houve violação do Artigo 6 e Artigo 8 da Convenção, respectivamente sobre o direito a um processo equitativo e sobre o direito ao respeito pela vida privada e familiar. Na análise do caso, a Corte utilizou a Constituição da Ucrânia que proíbe a coleta, armazenamento e disseminação de informações confidenciais sobre uma pessoa sem o seu consentimento. Embasou-se, ainda, na Lei de Informação da Ucrânia.

As experiências de violações do direito à vida privada de Mockuté e Surikov evidenciam o impacto negativo do estigma associado aos transtornos mentais, que contribui para a deterioração das condições de vida das pessoas afetadas, resultando em prejuízos tanto pessoais quanto no acesso ao cuidado adequado. Esses casos refletem a dificuldade histórica de integração dos indivíduos com transtornos mentais na sociedade, evidenciando as inúmeras barreiras psicossociais que comprometem suas trajetórias de vida e profissional. A exposição, em rede nacional, da condição de saúde mental de Mockuté, associando-a a uma prática religiosa, revela múltiplas camadas de preconceito e discriminação. Por outro lado, Surikov foi impedido de obter uma promoção, não devido a fatos objetivos, mas em razão de um diagnóstico de transtorno mental que recebeu no passado. Contudo, apesar das adversidades enfrentadas, ambos conseguiram se inserir no mercado de trabalho e buscaram meios legítimos para reivindicar seus direitos, os quais foram reconhecidos pela Corte Europeia de Direitos Humanos.

Por fim, nos casos em tela, não foram diretamente atendidos os seguintes itens da lista de checagem: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 1. Desafio ao estigma e discriminação associados à saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental dos mesmos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde geral; 9. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito à confidencialidade das informações sobre si mesmas, incluindo seu diagnóstico e tratamento; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização – 3. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental; 4. Garantia que os responsáveis pela análise das reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização.

Dentre os temas emergentes neste estudo, discute-se, a seguir, a capacidade jurídica, que merece análise cuidadosa, pois pode resultar em sérias violações do direito à autodeterminação, à igualdade e à liberdade das pessoas com transtornos mentais.

Capacidade Jurídica

A CDPD impulsionou uma mudança na legislação sobre deficiência, incluindo as leis de saúde mental. O Artigo 12 da CDPD, mencionado anteriormente neste estudo, reafirma o direito ao reconhecimento das pessoas com deficiência em todos os lugares como pessoas perante a lei. Este artigo reforça que as pessoas com deficiência gozam de capacidade jurídica,

em igualdade de condições com as demais pessoas, em todos os aspectos da vida. Determina, também, que os Estados-partes devem adotar medidas para proporcionar às pessoas com deficiência acesso ao apoio que necessitam para o exercício de sua capacidade. Os Estados-partes devem, ainda, assegurar que as medidas relacionadas ao exercício da capacidade ofereçam salvaguardas adequadas e efetivas para prevenir abusos, de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas devem garantir que o exercício da capacidade jurídica respeite os direitos, a vontade e as preferências da pessoa. Em seu Artigo 14, a CDPD estabelece que os Estados-partes devem assegurar que as pessoas com deficiência exerçam o direito à liberdade e à segurança, e que não sejam privadas de sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária. Reforça também que a existência da deficiência não deve ser a justificativa para a privação de liberdade (ONU, 2006).

De acordo com o Comentário n. 1, de 2014, do Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência sobre o reconhecimento igual perante a lei, o Artigo 12 § 1 garante que todo ser humano seja respeitado como pessoa com personalidade jurídica, o que é um pré-requisito para o reconhecimento de sua capacidade jurídica (ONU, 2014). Posteriormente, em 2018, o Comitê emitiu o Comentário Geral nº 6 sobre igualdade e não discriminação, reiterando, dentre outras questões, que as pessoas com deficiência devem ser reconhecidas como sujeitos plenos de direitos e titulares de direitos (ONU, 2018)[103].

[103] Disposições relevantes do Comentário 6 estabelecem o seguinte: "II. Igualdade e não discriminação de pessoas com deficiência no direito internacional (...). "7. A igualdade e a não discriminação estão no cerne da Convenção e são evocadas de forma consistente em seus artigos substantivos, por meio do uso repetido da expressão 'em igualdade de condições com as demais pessoas', que vincula todos os direitos substantivos da Convenção ao princípio da não discriminação. A dignidade, a integridade e a igualdade das pessoas têm sido negadas àqueles com deficiências reais ou percebidas. A discriminação ocorreu e continua a ocorrer, inclusive em formas brutais, como esterilizações sistemáticas não consensuais e/ou forçadas, intervenções médicas ou hormonais (por exemplo, lobotomia ou o tratamento Ashley), administração forçada de medicamentos e eletrochoques forçados, confinamento, assassinato sistemático rotulado como 'eutanásia', aborto forçado e coagido, negação de acesso a cuidados de saúde, mutilação e tráfico de partes do corpo". III. O modelo de direitos humanos da deficiência e a igualdade inclusiva " 9. O modelo de direitos humanos da deficiência reconhece que a deficiência é uma construção social e que as deficiências não devem ser consideradas um fundamento legítimo para a negação ou restrição de direitos humanos. Reconhece que a deficiência é apenas uma das várias camadas da identidade. Portanto, as leis e políticas sobre deficiência devem levar em conta a diversidade das pessoas com deficiência. Ele também reconhece que os direitos humanos são interdependentes, inter-relacionados e indivisíveis". "11. A igualdade inclusiva é um novo modelo de igualdade desenvolvido pela Convenção. Adota um modelo substantivo de igualdade e amplia e detalha o conteúdo da igualdade em: (a) uma dimensão redistributiva justa para enfrentar desvantagens socioeconômicas; (b) uma dimensão de reconhecimento para combater o estigma, os estereótipos, os preconceitos e a violência, bem como para reconhecer a dignidade dos seres humanos e sua interseccionalidade; (c) uma dimensão participativa para reafirmar a natureza social das pessoas como membros de grupos sociais e o pleno reconhecimento da humanidade por meio da inclusão na sociedade; e (d) uma dimensão de acomodação para criar espaço para a diferença como uma questão de dignidade humana. A Convenção baseia-se na igualdade inclusiva". VI. Obrigações gerais dos Estados Partes relacionadas à não discriminação e igualdade. "31. O gozo efetivo dos direitos à igualdade e à não discriminação exige a adoção de medidas de aplicação, tais como: "(e) Regras específicas relativas a provas e evidências para garantir que atitudes estereotipadas sobre a capacidade das pessoas com deficiência não resultem na inibição das vítimas de discriminação em obter reparação". "39. A discriminação

Portanto, a CDPD exige uma mudança de paradigma na esfera da deficiência, movendo-se de um modelo de tomada de decisão substitutiva para um modelo de tomada de decisão apoiada. O artigo 12 é considerado central, pois declara que as pessoas com deficiência devem ter o reconhecimento de seus direitos, capacidade jurídica e o direito de exercer essa capacidade. Na prática, exercer a capacidade significa tomar decisões por si mesmo em todas as áreas da vida. A CDPD reconhece que, em certos momentos, as pessoas com deficiência podem precisar de apoio para tomar decisões e que, dependendo do curso da deficiência ou da doença, diferentes níveis de apoio podem ser necessários. O acesso ao apoio, independentemente de sua forma, é fundamental para o reconhecimento da igualdade e do exercício de cidadania perante a lei. Nesse sentido, os países devem adotar medidas para apoiar as pessoas com deficiência a exercerem sua capacidade jurídica, adaptadas às circunstâncias e preferências da pessoa, com a menor duração possível, oferecendo salvaguardas para prevenir abusos e sendo regularmente revisadas por uma autoridade legal (PATHARE; SHIELDS, 2012).

Uma análise dos sistemas jurídicos ao redor do mundo revela que, entre os diversos grupos sociais, as pessoas com deficiências intelectuais e psicossociais são as mais frequentemente consideradas incapazes de gerir suas próprias vidas. Essa percepção tem sido formalmente reconhecida por meio de legislações que lhes negam capacidade, desqualificando-as e impedindo-as de tomar decisões sobre aspectos fundamentais de suas vidas, como tratamento médico, casamento, local de residência e administração de bens. Essas leis frequentemente impõem uma restrição geral à capacidade contratual dessas pessoas, perpetuando a exclusão e a falta de autonomia (DHANDA, 2008). Como supracitado, a CDPD busca corrigir essa forma de discriminação ao afirmar, antes de tudo, que todas as pessoas com deficiência são sujeitos de direitos perante a lei.

Outrossim, na maioria dos países, a legislação sobre saúde mental ainda não inclui disposições que permitam às pessoas com transtornos mentais exercerem sua capacidade jurídica. Neste estudo, foram selecionados 12 casos em que emergiram como tema central a "Capacidade jurídica" das pessoas com transtornos mentais, envolvendo Armênia (1), Bulgária

não pode ser combatida sem ações de conscientização em todos os setores do governo e da sociedade. Assim, qualquer medida de não discriminação e igualdade deve ser acompanhada de medidas adequadas de conscientização e de ações para modificar ou abolir estereótipos negativos e depreciativos sobre deficiência. Além disso, a violência, as práticas prejudiciais e os preconceitos devem ser enfrentados por meio de campanhas de conscientização. Os Estados Partes devem adotar medidas para incentivar, entre outras coisas, que a mídia retrate as pessoas com deficiência de maneira consistente com os propósitos da Convenção e modifique visões prejudiciais sobre as pessoas com deficiência, tais como retratá-las de forma irrealista como perigosas para si mesmas e para os outros, como sofredoras ou meros objetos dependentes de cuidados, sem autonomia e economicamente e socialmente onerosas para a sociedade" (ONU, 2018).

(1), Croácia (1), Eslováquia (1), Lituânia (2), Polônia (2), Rússia (1), Tchéquia (2), Ucrânia (1). As sentenças foram proferidas pela Corte nos anos: 2009 (1), 2011 (1), 2012 (2), 2013 (3), 2015 (1), 2016 (1), 2017 (1), 2020 (1), 2022 (1).

A terminologia relacionada à capacidade jurídica em casos de transtorno mental varia entre jurisdições, países e disciplinas, como direito e saúde. As decisões podem ser tomadas autonomamente, por meio de procurações ou diretivas antecipadas, com o auxílio de apoios (como assistência informativa, apoio de pares) ou por decisão substitutiva, quando um representante legal ou curador é nomeado para agir em nome da pessoa considerada incapaz. A curatela pode ser limitada, parcial ou total, sendo as formas menos restritivas preferíveis por permitirem maior autonomia. Nessa perspectiva, a capacidade jurídica refere-se ao direito de possuir e exercer direitos sem discriminação (PATHARE; SHIELDS, 2012).

Nos casos analisados, os países estabelecem o modelo substitutivo e foram definidos como curadores das pessoas com transtornos mentais: pais (Kruskovic *versus* Croácia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, Lashin *versus* Rússia, Cervenka *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia), cônjuges (Nikolyan *versus* Armênia), filhos (K.C. *versus* Polônia), irmãos (Kedzior *versus* Polônia), funcionários da justiça ou do município (Anatoliy Marinov *versus* Bulgária, Berková *versus* Eslováquia, Sykora *versus* Tchéquia). Nota-se que os pais representaram 50% dos curadores de pessoas com transtornos mentais desta amostra, pois, geralmente, são os mais próximos a esses indivíduos, que frequentemente enfrentam dificuldades em estabelecer relações sociais, casar ou ter filhos. Na maioria das situações, foram também as pessoas indicadas como curadores que iniciaram os processos de declaração de incapacidade.

Para declaração da incapacidade, geralmente um painel de especialistas psiquiátricos emitiu o parecer ao examinar a capacidade dos indivíduos em compreender o significado de suas ações e controlá-las (Nikolyan *versus* Armênia, Berková *versus* Eslováquia).

Alguns históricos relataram dificuldades de nomeação de curadores e, principalmente, curadores que realmente buscassem o melhor interesse da pessoa com transtorno mental (Nikolyan *versus* Armênia, Berková *versus* Eslováquia). Em D.D. *versus* Lituânia, a requerente alegou apropriação indevida de seus bens e interferência em sua autonomia pelo curador.

No contexto do Artigo 6 § 1 da Convenção, a Corte reconhece que, em casos envolvendo uma pessoa com transtorno mental, os tribunais nacionais devem ter uma certa margem de apreciação. Assim, por exemplo, podem adotar disposições processuais apropriadas para garantir a boa administração da justiça, a proteção da saúde da pessoa em questão, dentre outros aspectos. Ainda, a Corte aceita que podem existir situações em que uma pessoa privada

da capacidade jurídica seja totalmente incapaz de expressar uma opinião coerente ou de fornecer instruções adequadas a um advogado. No entanto, considera que, em muitos casos, o fato de um indivíduo precisar ser colocado sob curatela por não ter capacidade de administrar seus próprios assuntos não significa que ele seja incapaz de expressar uma opinião sobre sua situação, podendo, assim, entrar em conflito com seu curador. Nessas circunstâncias, quando o potencial de conflito tem um impacto significativo na situação jurídica da pessoa, como no caso de uma proposta de mudança de curador, é essencial que a pessoa em questão tenha acesso ao tribunal e a oportunidade de ser ouvida, seja pessoalmente ou, quando necessário, por meio de alguma forma de representação. O transtorno mental pode justificar a restrição ou a modificação da forma como esse direito é exercido, mas não pode comprometer a própria essência do direito, exceto em circunstâncias muito excepcionais, como as mencionadas acima. De fato, salvaguardas processuais especiais podem ser necessárias para proteger os interesses de pessoas que, devido a problemas de saúde mental, não são plenamente capazes de agir por si mesmas.

Nesse contexto, outro ponto extremamente relevante foi a restrição de acesso ao judiciário enfrentada por essas pessoas, e muitas vezes por seus representantes legais nos distintos processos de que eram parte (Nikolyan *versus* Armênia, Berková versus Eslováquia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, Kedzior *versus* Polônia, Lashin *versus* Rússia Cervenka *versus* Tchéquia Sykora *versus* Tchéquia), dificultando suas possibilidades de manifestação. Nesse contexto, as pessoas declaradas incapazes foram impedidas de recorrer e realizar novos exames visando restaurar sua capacidade (Nikolyan *versus* Armênia, Kedzior *versus* Polônia Lashin *versus* Rússia Cervenka *versus* Tchéquia Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia). Além disso, ocorreram problemas na supervisão realizada pelas autoridades domésticas do desempenho dos curadores e da própria situação das pessoas declaradas incapazes (Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia).

Em razão da incapacidade, as pessoas com transtornos mentais tiveram negado o seu direito ao divórcio (Nikolyan *versus* Armênia, Berková *versus* Eslováquia), o direito de registrar sua filha (Kruskovic *versus* Croácia) e o direito de sair da instituição de cuidado social em que estavam internados (D.D. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Cervenka *versus* Tchéquia). No caso de K.C. *versus* Polônia, embora K.C. tenha sido declarada apenas parcialmente incapaz e embora o Governo tenha afirmado que ela poderia solicitar para sair do lar de cuidados sociais por conta própria durante o dia, o próprio governo não contestou sua queixa de que havia sido privada de sua liberdade.

Outro caso interessante foi Anatoliy Marinov *versus* Bulgária, em que foi violado o direito ao voto do requerente, em razão de sua incapacidade civil.

Constata-se, portanto, que muitas legislações adotam uma abordagem paternalista, com o objetivo declarado de proteger o indivíduo e a sociedade de danos. Essa proteção está vinculada à visão histórica de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas para os outros ou violentas, levando o Estado a adotar um papel protetor. As primeiras leis relacionadas à saúde mental muitas vezes eram punitivas e tinham como objetivo afastar o indivíduo da sociedade, frequentemente prescrevendo tratamento institucionalizado e a curatela como solução e forma de proteção. Todavia, a reforma da saúde mental em vários países resultou em uma nova legislação que promove melhor o tratamento na comunidade e a inclusão dessas pessoas na sociedade. No entanto, apesar dessas mudanças e como já apontado anteriormente, a curatela e os sistemas de tomada de decisão substitutiva foram a norma predominante nos países e jurisdições analisados (PATHARE; SHIELDS, 2012).

Para embasar suas decisões, no caso Nikolyan *versus* Armênia, a Corte utilizou o Código Civil e de Processo Civil do país. No que diz respeito à Bulgária, foi utilizada a Constituição e o Código Eleitoral (Anatoliy Marinov *versus* Bulgária). Já no caso envolvendo a Croácia (Kruskovic *versus* Croácia), foi analisada a Lei de Família. Em Berková *versus* Eslováquia, a Corte embasou-se nos Códigos Civil e de Processo Civil. Para os casos da Lituânia (A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia), foram utilizadas a Constituição, o Código Civil e a Lei de Cuidados em Saúde Mental daquele país. As sentenças envolvendo a Polônia (K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia), embasaram-se no Código de Processo Civil. Em Lashin *versus* Rússia, foi utilizado o Código Civil e o Código de Processo Civil. Nos casos Cervenka *versus* Tchéquia e Sykora *versus* Tchéquia, a Corte também tomou como base o Código Civil e o Código de Processo Civil da Tchéquia. Por fim, em Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia também utilizou o Código Civil e o Código de Processo Civil daquele país.

Nessa perspectiva, a Recomendação nº R (99) 4 do Comitê de Ministros do Conselho da Europa estabeleceu diretrizes para a proteção legal de adultos incapazes, reconhecendo diferentes graus e variações da incapacidade ao longo do tempo. O Princípio 3 determina que medidas de proteção não devem resultar automaticamente na remoção completa da capacidade jurídica, permitindo restrições apenas quando demonstradas como necessárias para a proteção da pessoa. Além disso, essas medidas devem ser proporcionais, respeitando os desejos e sentimentos do indivíduo (Princípios 6 e 9) e garantindo seu direito de ser ouvido em processos que afetem sua capacidade jurídica (Princípio 13). A recomendação também estabelece que as medidas de proteção devem ter duração limitada e serem periodicamente revisadas (Princípio 14), bem como estarem sujeitas a controle adequado (Princípio 16). A legislação nacional deve determinar quais atos altamente pessoais não podem ser realizados por um representante e em

quais casos decisões graves exigem aprovação judicial (Princípio 19) (CONSELHO DA EUROPA, 1999). Nos casos analisados, verifica-se grande dificuldade dos Estados envolvidos em respeitarem todos esses princípios, sendo responsabilizados por uma série de violações aos artigos da Convenção Europeia: Artigo 3, Protocolo n. 1 – violação do direito de todos à participação em eleições livres (1), Artigo 5 § 1 – violação do direito à liberdade e segurança (5), Artigo 5 § 4 – violação do direito a recorrer a um tribunal (6), Artigo 5 § 5 – violação do direito à indenização (1), Artigo 6 § 1 – violação do direito a um processo equitativo por tribunal independente e parcial (6), Artigo 8 da Convenção – violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar (8) e Artigo 13 da Convenção – violação do direito a recursos efetivos (1).

Relatório ao Governo Checo sobre a visita à República Checa/Tchéquia, realizada pelo Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumana ou Degradante entre 27 de março e 7 de abril de 2006, e de 21 a 24 de junho de 2006, avaliou o regime de curatela no país em relação à admissão de pessoas incapazes em instituições de cuidados sociais e hospitais psiquiátricos. O relatório destacou que os curadores detêm amplos poderes sobre seus curatelados, incluindo a decisão sobre sua internação em hospitais psiquiátricos ou casas de cuidados sociais (§ 149). Como recomendação, sugeriu que as autoridades locais incorporassem os Princípios Relativos à Proteção Legal de Adultos Incapazes do Conselho da Europa, especialmente o Princípio 19 (2), na legislação sobre curatela (§ 154) (CPT, 2006).

Em suma, os itens da lista de checagem considerados não atendidos no que diz respeito ao tema "Capacidade jurídica" foram: Dimensão 1. Abordagem Legislativa – 5. Garantia ao respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade – 1. Exigência de respeito e proteção da capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento; 4. Inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada.

Os itens da lista de checagem relacionados à capacidade reforçam, portanto, que tomar decisões é central para a autonomia de uma pessoa e para a essência do que é considerado personalidade, sendo um componente crucial para possibilitar que o indivíduo tenha controle sobre sua vida e participe da sociedade. Preveem a tomada de decisão apoiada, quando o indivíduo é sempre o tomador de decisão primário, mas reconhece-se que a autonomia pode ser comunicada de várias maneiras, sendo que o apoio pode ser oferecido em diferentes formas e

intervalos visando promover expressão de decisões autônomas. A tomada de decisão apoiada permite que o indivíduo mantenha capacidade, independentemente do nível de apoio necessário (PATHARE; SHIELDS, 2012).

A tomada de decisão apoiada pode ocorrer por meio de instrumentos formais, como diretivas antecipadas, procurações e representantes legais, ou de formas menos estruturadas, como redes de apoio de familiares, amigos e pares. Apesar da recomendação da CDPD, a implementação desse modelo enfrenta resistência, baseada na suposição de que pessoas com transtornos mentais não seriam capazes de decidir corretamente sobre seus próprios interesses. Essa visão segue uma abordagem que associa a capacidade jurídica à qualidade das decisões tomadas, impondo um padrão injusto às pessoas com transtornos mentais, ao exigir que apenas tomem decisões consideradas "certas". No entanto, o direito ao erro e ao aprendizado faz parte da experiência de qualquer indivíduo. Além disso, buscar aconselhamento antes de tomar decisões importantes é uma prática comum entre todas as pessoas, o que reforça a legitimidade da tomada de decisão apoiada como um modelo inclusivo e alinhado aos direitos das pessoas com deficiência. No próximo item, são discutidos, em conjunto, os temas centrais “Limitação e restrição de contato com filhos” e “Direito de registrar como pai filha biológica”.

Limitação e restrição de contato com filhos e Direito de registrar como pai filha biológica

Como discutido anteriormente, a presença de transtornos mentais é frequentemente associada à suposta incapacidade de tomar decisões. Dessa forma, terceiros acabam assumindo o papel de decisores no lugar das pessoas com transtornos mentais. Isso pode resultar na restrição de seus direitos à autodeterminação, limitando suas opções disponíveis. Como consequência, as instituições passam a controlar muitas das escolhas desses indivíduos, retirando-lhes a autonomia, a responsabilidade e a autodireção necessárias para, por exemplo, realizar atos da vida diária (PATHARE; SHIELDS, 2012). Nesse cenário, foram incluídos na amostra casos de limitação e restrição de contato de pessoas com transtornos mentais e seus filhos. As sentenças envolvem Croácia (1), Finlândia (1), Noruega (1) e Romênia (2) e foram proferidas em 2001, 2011, 2013, 2020 e 2021.

Em Gluhakovic *versus* Croácia, o requerente, pai de I.K., enfrentou reiteradas restrições em seu direito de conviver e registrar sua filha. Desde o nascimento de I.K. em dezembro de 1999, diversas decisões das autoridades locais – fundamentadas em laudos psiquiátricos que o diagnosticaram com psicose paranoide – impuseram um contato rigidamente supervisionado. Inicialmente, os encontros foram limitados a uma hora semanal no Centro de

Aconselhamento de Rijeka, sempre com a presença da mãe ou de um funcionário do Centro. Mesmo após o requerente argumentar, inclusive com base em seu horário de trabalho na Itália, que encontros mais frequentes e em locais mais adequados (como seu próprio apartamento) seriam necessários, seus pedidos foram sistematicamente rejeitados pelos tribunais e pelo Centro de Bem-Estar Social. Em 2010, uma decisão do Tribunal Municipal de Rijeka determinou encontros semanais de três horas, a serem realizados quando o requerente estivesse disponível, mas sem que um local adequado fosse efetivamente definido, agravando a dificuldade de contato. Dessa forma, as autoridades ignoraram as necessidades e argumentos do pai, restringindo sua convivência com a filha. Ao analisar o caso, a Corte decidiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção – direito ao respeito pela vida privada e familiar.

No caso K. e T. *versus* Finlândia, K., mãe de P. e M., enfrentou, desde 1989, sérias dificuldades para exercer sua maternidade em decorrência de seu transtorno mental (esquizofrenia), o que a levou a diversas internações até 1993. Durante esse período, a disputa de custódia resultou na retirada de P. e na imposição de restrições cada vez mais severas. Em 1993, por recomendação médica e com base em seu comportamento instável, o Tribunal limitou o acesso de K. a P. e determinou que os encontros ocorressem com supervisão, alegando prejuízo ao desenvolvimento mental da criança. O quadro se agravou com M., que apresentou comportamentos problemáticos, e, em maio de 1993, M. foi colocada em um lar de crianças como medida emergencial. Quando K. deu à luz J. em junho de 1993, a situação se repetiu: o bebê foi imediatamente encaminhado para cuidados emergenciais e, juntamente com M., K. viu seus contatos com os filhos serem rigorosamente restringidos, sem a devida oportunidade de estabelecer vínculos afetivos ou registrar a maternidade. Ao longo dos anos, mesmo com algumas revisões nos planos de cuidado e visitas, as medidas continuaram a limitar o convívio e o exercício pleno do papel materno de K., ignorando seus esforços para estabelecer um ambiente mais favorável para o relacionamento com seus filhos. Tanto K. quanto os pais dos filhos recorreram à Justiça, alegando que as decisões das autoridades violaram seu direito à vida familiar, conforme garantido pelo Artigo 8º da Convenção. A Corte acolheu essas reivindicações, reconhecendo a falha estatal em promover uma reunião familiar efetiva.

No caso M.L. *versus* Noruega, em 2010, a requerente engravidou enquanto estava de férias no exterior, e seu histórico de depressão pós-parto, hospitalizações psiquiátricas, transtorno de personalidade emocionalmente instável e deficiência mental leve despertou preocupação nos serviços de proteção infantil. Apesar de ter recusado a assistência social antes do parto, logo após o nascimento de sua filha, em abril de 2011, tanto a mãe quanto a criança foram encaminhadas para um centro de avaliação. Lá, foram observadas dificuldades de

cuidado: a requerente apresentava comportamento instável e ausência de vínculo afetivo com o bebê. Diante disso, em 14 de abril de 2011, foi tomada uma decisão emergencial para colocar a criança sob tutela pública. A requerente recorreu, alegando necessidade de mais tempo e apoio, mas o risco para a criança – agravado por episódios anteriores de agressão e incapacidade de controlar sua raiva – fez com que o Conselho Social mantivesse a decisão. O contato entre a requerente e sua filha foi severamente limitado, inicialmente a uma visita a cada três semanas, condicionada à estabilização de sua saúde mental. Em maio de 2011, com base na avaliação de um psicólogo, foi solicitada formalmente uma ordem de tutela, e, em 7 de setembro de 2011, o Conselho determinou que a criança fosse colocada em lar adotivo, estabelecendo direitos de contato muito restritos (duas horas, quatro vezes ao ano). Mesmo após os apelos da requerente e posteriores revisões, inclusive um pedido em 2012 para revogar a tutela, alegando melhorias em sua saúde, novas avaliações reafirmaram que ela não possuía habilidades adequadas para cuidar da criança. Em julho de 2014, o Tribunal Distrital confirmou a decisão, destacando seu histórico de desemprego, rede social limitada e falhas no planejamento das necessidades da filha. Posteriormente, em maio de 2015, os serviços de proteção infantil solicitaram a destituição das responsabilidades parentais da requerente e a autorização para que os pais adotivos adotassem a criança. Em junho de 2015, o Conselho decidiu pela adoção, enfatizando que a criança, que já havia criado laços fortes com os pais adotivos, estava em situação vulnerável e que o convívio com a mãe biológica era prejudicial. Após vários recursos, a decisão foi definitivamente confirmada pelo Tribunal Superior em março de 2016. A Corte Europeia concluiu que o processo desconsiderou a necessidade de medidas temporárias e de preservação dos vínculos familiares e entendeu que houve violação do Artigo 8º da Convenção.

A sentença do caso B. *versus* Romênia versa sobre uma mulher que, diagnosticada com esquizofrenia paranoide, foi internada repetidamente desde 2000, muitas vezes por ordem policial. Por exemplo, em 2003, a polícia solicitou sua internação alegando desnutrição, condições precárias de moradia e comportamento antissocial. Em 2008, ela foi hospitalizada quatro vezes, totalizando cinco meses em unidade psiquiátrica para transtornos crônicos. Em decorrência de sua doença, seus dois filhos menores foram retirados de sua guarda e colocados em um lar para crianças abandonadas, conforme decisão do Conselho de Bem-Estar Infantil de Bacău. A requerente alegou que suas internações foram indevidas e que as autoridades abusaram de seus poderes, inclusive ao detê-la enquanto buscava proteção contra crimes cometidos por terceiros. Por fim, a Corte Europeia concluiu que houve violação do Artigo 8 da Convenção, tanto pela internação da requerente quanto pela remoção de seus filhos, restringindo seu contato com eles.

No último caso, Cinta *versus* Romênia, em 2007, o requerente, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, casou-se com a Sra. X, após conhecê-la quando ambos eram pacientes de um hospital psiquiátrico. Em 2014, o casal teve uma filha, Y, mas, após a separação em junho de 2018 – quando X se mudou levando Y e ingressou com pedido de divórcio – a Sra. X passou a restringir rigorosamente o contato entre o requerente e sua filha. Embora o pai tenha conseguido vê-la uma única vez, por meia hora, em julho de 2018, ele buscou judicialmente estabelecer um cronograma de visitas ou a restituição da guarda de Y. Em resposta, X aceitou contato limitado, determinando encontros apenas às terças e quintas-feiras, em locais públicos e na presença dela, e pleiteou que a residência de Y permanecesse com ela durante o processo de divórcio. O Tribunal de Primeira Instância confirmou essa decisão em setembro de 2018, impondo contatos semanais restritos e ordenando pensão alimentícia. O requerente recorreu, alegando que as medidas se baseavam de forma parcial e subjetiva em seu diagnóstico, afirmando nunca ter sido violento e sustentando que as condições impostas prejudicavam seu direito de manter um vínculo familiar significativo com sua filha. No entanto, em novembro de 2018, o Tribunal do Condado rejeitou seu recurso. Posteriormente, a Corte Europeia concluiu que a ausência de laudos periciais atualizados sobre a condição mental do requerente e a insuficiente avaliação dos melhores interesses da criança nos processos nacionais limitaram a análise adequada de suas habilidades parentais. Dessa forma, a Corte determinou que houve violação do Artigo 8 da Convenção, ao restringir de forma desproporcional o contato do requerente com sua filha.

Os cinco casos apresentam, portanto, semelhanças marcantes na restrição e limitação de contato entre pais com transtornos mentais e seus filhos, justificadas por avaliações psiquiátricas que questionaram a capacidade parental e a segurança das crianças. Em Gluhakovic *versus* Croácia e Cinta *versus* Romênia, pais diagnosticados com esquizofrenia paranoide tiveram seu direito de convívio com os filhos severamente limitado por medidas que impuseram visitas supervisionadas e restritas, apesar de argumentos quanto à adequação de suas habilidades parentais. Já nos casos de K. e T. *versus* Finlândia e M.L. *versus* Noruega, mães com transtornos mentais enfrentaram a remoção de seus filhos, que foram colocados em abrigos ou em lares adotivos, refletindo uma tendência mais drástica de proteção infantil, embora com revisões e recursos judiciais que evidenciaram falhas na promoção de vínculos familiares. Por outro lado, no caso B. *versus* Romênia, a internação repetida da mãe e a consequente retirada dos filhos para instituições de acolhimento reforçaram a visão de que os transtornos mentais justificariam uma intervenção estatal robusta para preservar o bem-estar das crianças. Assim, enquanto todos os casos demonstram a tendência das autoridades em restringir o contato

familiar com base em avaliações da saúde mental dos pais, as diferenças residem principalmente na extensão e gravidade das medidas adotadas – desde visitas supervisionadas e limitadas até a remoção total dos filhos – bem como nas justificativas e abordagens processuais utilizadas para cada situação. Em todas as sentenças a Corte Europeia decidiu pela violação do Artigo 8 da Convenção Europeia – direito ao respeito pela vida familiar.

Nesse sentido, os princípios consagrados no Artigo 23[104] da CDPD (ONU, 2006) e nas Regras Padrão sobre a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência[105] (ONU, 1994) ressaltam que as pessoas com deficiência têm direito ao respeito pelo lar e à vida familiar, devendo os Estados adotar medidas que eliminem a discriminação no exercício dos

[104] Artigo 23 da CDPD - Respeito pelo lar e pela família: "1. Os Estados-partes deverão tomar medidas eficazes e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência em todas as questões relacionadas ao casamento, família, paternidade/maternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, garantindo que: (a) Seja reconhecido o direito de todas as pessoas com deficiência que estejam em idade para casar de contrair matrimônio e constituir família com base no consentimento livre e pleno dos futuros cônjuges; (b) Sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos, bem como de ter acesso a informações adequadas à idade, educação reprodutiva e planejamento familiar, e que sejam fornecidos os meios necessários para o exercício desses direitos; (c) As pessoas com deficiência, incluindo crianças, mantenham sua fertilidade em igualdade de condições com as demais. 2. Os Estados-partes deverão assegurar os direitos e responsabilidades das pessoas com deficiência no que se refere à tutela, curatela, guarda, adoção de crianças ou instituições similares, quando esses conceitos existirem na legislação nacional; em todos os casos, o interesse superior da criança deverá ser a principal consideração. Os Estados-partes deverão prestar assistência apropriada às pessoas com deficiência no desempenho de suas responsabilidades parentais. 3. Os Estados Partes deverão garantir que as crianças com deficiência tenham direitos iguais no que diz respeito à vida familiar. Com o objetivo de concretizar esses direitos e prevenir o ocultamento, abandono, negligência e segregação de crianças com deficiência, os Estados Partes deverão comprometer-se a fornecer informações precoces e abrangentes, bem como serviços e apoio às crianças com deficiência e às suas famílias. 4. Os Estados-partes deverão garantir que nenhuma criança seja separada de seus pais contra a sua vontade, exceto quando autoridades competentes, sujeitas à revisão judicial, determinarem, de acordo com a legislação e os procedimentos aplicáveis, que tal separação é necessária para o melhor interesse da criança. Em nenhum caso uma criança deverá ser separada dos pais com base na deficiência da própria criança ou de um ou ambos os pais" (ONU, 2006).

[105] As Regras Padrão sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência foram adotadas pela Assembleia Geral da ONU em 4 de março de 1994. As partes relevantes estabelecem o seguinte: Regra 9. Vida familiar e integridade pessoal -"Os Estados devem promover a plena participação das pessoas com deficiência na vida familiar. Devem promover seu direito à integridade pessoal e garantir que as leis não discriminem as pessoas com deficiência no que diz respeito a relações sexuais, casamento e paternidade/maternidade." 1. "As pessoas com deficiência devem ter a possibilidade de viver com suas famílias. Os Estados devem incentivar a inclusão de módulos apropriados sobre deficiência e seus efeitos na vida familiar nos programas de aconselhamento familiar. Serviços de cuidados temporários e assistência domiciliar devem estar disponíveis para famílias que incluam uma pessoa com deficiência. Os Estados devem remover todos os obstáculos desnecessários para aqueles que desejam acolher ou adotar uma criança ou adulto com deficiência." 2."As pessoas com deficiência não devem ser impedidas de vivenciar sua sexualidade, ter relações sexuais e exercer a paternidade/maternidade. Considerando que podem enfrentar dificuldades para casar e formar uma família, os Estados devem incentivar a disponibilidade de aconselhamento apropriado. As pessoas com deficiência devem ter o mesmo acesso que os demais a métodos de planejamento familiar, bem como a informações acessíveis sobre o funcionamento sexual de seus corpos." 3. "Os Estados devem promover medidas para modificar atitudes negativas sobre casamento, sexualidade e paternidade/maternidade de pessoas com deficiência, especialmente de meninas e mulheres com deficiência, que ainda persistem na sociedade. A mídia deve ser incentivada a desempenhar um papel importante na eliminação dessas atitudes negativas" (ONU, 1994).

direitos parentais e familiares, bem como assegurar que nenhuma criança seja separada de seus pais unicamente com base em sua deficiência.

Contudo, os casos de Gluhakovic *versus* Croácia, K. e T. *versus* Finlândia, M.L. *versus* Noruega, B. *versus* Romênia e Cinta *versus* Romênia ilustram que, na prática, os pais com transtornos mentais frequentemente enfrentam restrições severas e desproporcionais ao contato com seus filhos, fundamentadas em avaliações psiquiátricas que questionam sua capacidade parental. Essa abordagem ignora a necessidade de medidas temporárias e de apoio adequado, desconsiderando os preceitos de igualdade de oportunidades e respeito à integridade pessoal, constituindo, assim, uma violação dos direitos garantidos pelo Artigo 23 da CDPD e pelas normas internacionais que defendem a plena participação das pessoas com deficiência na vida familiar.

Nos julgamentos acima mencionados, a Corte utilizou as seguintes legislações: Constituição e Lei de Família da Croácia; Lei de Guarda e Direito de Acesso à Criança e Lei de Bem-Estar Infantil da Finlândia; Constituição, Lei de Direitos Humanos e Lei de Proteção à Criança da Noruega; Constituição, Código Civil e Código de Família da Romênia.

Os itens da lista de checagem que não foram atendidos foram: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 2. Desafia-se o estigma e a discriminação associados à saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental dos mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral; 11. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de se comunicar com qualquer pessoa que escolherem.

Da análise do caso Kruskovic *versus* Croácia, de 2011, emergiu o tema "Direito de registrar como pai filha biológica". Em síntese, em 25 de fevereiro de 2003, o requerente foi destituído de sua capacidade pelo Tribunal Municipal de Opatija, com base em um laudo psiquiátrico que diagnosticou transtorno de personalidade orgânica e antissocial decorrente do uso prolongado de drogas, recomendando sua destituição por, no mínimo, cinco anos para tratamento. Posteriormente, foram nomeados curadores: primeiramente, sua mãe, em abril de 2003; depois, seu pai, em setembro de 2006; e, em data não especificada, a funcionária J.L do Centro de Bem-estar Social de Opatija. Em junho de 2007, K.S. deu à luz uma filha, K., e o requerente, com o consentimento da mãe da criança, reconheceu-a como pai, sendo esse reconhecimento registrado no Registro Civil de Rijeka. Contudo, em outubro de 2007, o Registro Civil, com base na destituição de capacidade do requerente, procedeu à alteração da certidão de nascimento, anulando sua inscrição como pai, decisão esta que foi comunicada à sua mãe, mas não a ele. Em março de 2010, o Centro de Bem-Estar Social de Opatija ajuizou

uma ação cível para que o Tribunal Municipal reconhecesse o requerente como pai de K., processo que permaneceu pendente. A Corte Europeia observou que, ao negar ao requerente o direito de ter sua paternidade reconhecida legalmente, o Estado não conseguiu equilibrar o interesse público de proteger pessoas destituídas de sua capacidade com o direito vital do requerente de estabelecer a verdade biológica sobre sua vida familiar, violando assim o Artigo 8 da Convenção (direito ao respeito pela vida privada).

Em sua análise, a Corte Europeia utilizou a Lei de Família da Croácia. Ainda, os seguintes itens da lista de checagem não foram atendidos no caso Kruskovic *versus* Croácia: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 5. Garantia de respeito à capacidade, ao consentimento informado e à eliminação da coerção; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade: 1. Exigência de respeito e proteção do direito de capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento; 4. Inclusão de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como prevenir abusos na provisão da tomada de decisão.

Em suma, não existe uma única melhor prática para apoiar pessoas com transtornos mentais a tomarem decisões, pois são afetadas por fatores sistêmicos (recursos, sistema legal, implementação de estruturas legislativas, disponibilidade de redes de apoio), assim como fatores individuais (nível de necessidade da pessoa, acessibilidade às redes de apoio e serviços, capacidade no momento da necessidade), observados nas sentenças que compõem os dois temas centrais detalhados neste item. Dessa forma, o processo de tomada de decisão em pessoas com transtornos mentais é complexo (principalmente devido à cronicidade e ao curso da doença) e depende das circunstâncias e do contexto. No entanto, certos componentes de modelos bem-sucedidos que incorporam o paradigma de apoio, assim como um modelo social de deficiência, podem ser extraídos e utilizados em sistemas e contextos que busquem se afastar do modelo substitutivo. Nessa perspectiva, o crescente corpo de literatura sobre tomada de decisão apoiada, já discutida neste estudo, aponta para diferentes formas de formular essa abordagem – desde o apoio informal até um marco legal que reconheça os apoios na tomada de decisão como uma forma legalmente válida das pessoas com transtornos mentais exercerem sua capacidade jurídica (DAVIDSON et al., 2015).

As situações descritas acima reforçam que as pessoas com transtornos mentais frequentemente enfrentam discriminação no exercício de sua capacidade, do direito ao casamento e de seus direitos parentais e familiares, devido a leis, políticas e medidas

administrativas discriminatórias. Observa-se que pais com transtornos mentais são considerados inadequados ou incapazes de cuidar de seus filhos, o que viola seu direito à vida familiar e privada. Do ponto de vista legal, os países que ratificaram a CDPD têm um impulso específico para modificar ou atualizar suas legislações sobre saúde mental à luz da Convenção, especialmente no que diz respeito às disposições que permitem que as pessoas exerçam sua capacidade jurídica e que possam tomar decisões de forma apoiada quando necessitarem.

Acesso à Justiça

Para os fins deste trabalho, o tema emergente "Acesso à justiça" refere-se ao direito humano de fazer valer os direitos. Assim, o acesso à justiça constitui um direito em si mesmo e um direito facilitador que permite aos indivíduos reivindicarem seus direitos e buscarem reparação. Engloba elementos comuns, tais como proteção judicial, acesso ao tribunal, devido processo, julgamento justo, recursos efetivos e reparação.

O acesso à justiça constitui elemento-chave para o pleno gozo de todos os direitos humanos para todas as pessoas, independentemente da deficiência. Pela primeira vez no direito internacional dos direitos humanos, a CDPD dedica um artigo específico ao acesso à justiça (Artigo 13) como um direito autônomo. Como já bastante discutido neste trabalho, com a ratificação da CDPD, os Estados aceitam a natureza vinculativa do tratado e se comprometem com sua implementação nacional. No entanto, até hoje, os Estados têm enfrentado dificuldades para implementar plenamente as obrigações decorrentes da CDPD. Para as pessoas com deficiências psicossociais, essa dificuldade é particularmente notória nas questões relativas à autonomia, igualdade e não discriminação. Em suas diretrizes sobre o Artigo 14 (direito à liberdade e segurança das pessoas com deficiência) da CDPD, o Comitê da CDPD da ONU destaca a falta de harmonia entre as obrigações de direitos humanos estabelecidas na Convenção e as leis de saúde mental vigentes, que restringem o gozo desses direitos. Como analisado nos diferentes temas apresentados e discutidos neste estudo, as pessoas com transtornos mentais são frequentemente consideradas perigosas para si mesmas e para os outros quando não consentem e/ou resistem ao tratamento médico ou terapêutico. Ou ainda, têm sua proteção igualitária negada, inclusive por meio de leis de saúde mental nacionais, que adotam um padrão inferior no que diz respeito à proteção dos direitos humanos, particularmente o direito ao devido processo legal e a um julgamento justo, e são, portanto, incompatíveis com o Artigo 13 em conjunto com o Artigo 14 da CDPD.

Dessa forma, da análise das sentenças, em 20 casos emergiu o tema "Acesso à justiça", envolvendo Eslováquia (1), Finlândia (1), Lituânia (1), Polônia (2), Reino Unido (1), Romênia

(1), Rússia (8), Tchéquia (3) e Ucrânia (2). No que diz respeito ao ano, 2 sentenças foram proferidas em 2004, 2 em 2009, 3 em 2012, 3 em 2013, 2 em 2014, 4 em 205, 2 em 2017 e 2 em 2022.

Em alguns casos da amostra, os(as) requerentes buscaram a justiça, sem sucesso, para rever a declaração de incapacidade (Berková *versus* Eslováquia, Kedzior *versus* Polônia, Sykora *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia), ou para substituição de curador (D.D. *versus* Lituânia). Relacionados à capacidade jurídica, também buscaram a justiça em processos de divórcio (Berková *versus* Eslováquia), revisão de divisão de bens (Berková *versus* Eslováquia) e pensão alimentícia (Berková *versus* Eslováquia).

Os(as) requerentes também alegaram a falta de mecanismos internos para julgar a responsabilidade dos estabelecimentos de saúde em casos de danos à integridade física e à vida de pacientes com transtornos mentais (Reynolds *versus* Reino Unido e Khabirov *versus* Rússia).

Também foram frequentes os pedidos de revisão de internações involuntárias e compulsórias (K.C. *versus* Polônia, Atudorei *versus* Romênia, Bataliny *versus* Rússia, Mifobova *versus* Rússia, Rakevich *versus* Rússia, Shulepova *versus* Rússia, Bures *versus* Tchéquia, Cervenka *versus* Tchéquia) e situações de tratamento desumano e degradante durante as internações (Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia e Bures *versus* Tchéquia).

Houve ainda pedido de investigação sobre tratamento policial em situação de internação (Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia) e pedido de revisão de infrações éticas e de prática clínica relacionadas à participação de pessoa com transtorno mental em ensaio clínico (Traskunova *versus* Rússia). Ambas culminaram com a morte dos envolvidos.

Houve também pedido judicial referente a disseminação de dados confidenciais clínicos de pessoa com transtorno mental (Surikov *versus* Ucrânia), prejudicando sua possibilidade de promoção por seu empregador.

Por fim, em H.A.L. *versus* Finlândia, o requerente teve seu direito de acesso à justiça comprometido quando buscou a extensão de seu subsídio diário de doença. Embora seu próprio psiquiatra o tenha considerado incapaz, os pareceres contrários de especialistas, que não o examinaram pessoalmente, levaram a Comissão de Seguro Social de Helsinque a negar o pedido de extensão do benefício, baseando-se na alegação de que sua incapacidade era subjetiva e não atendia aos critérios de sofrimento mental grave. Mesmo com novos relatórios médicos subsequentes confirmando sua incapacidade para o trabalho, seus pedidos de extensão continuaram sendo rejeitados por falta de novas informações relevantes, e todas as instâncias de apelação ratificaram essas decisões. Em sentença, a Corte concluiu pela dificuldade de acesso à justiça no tratamento desta situação.

Nos casos selecionados, houve violação do Artigo 2 (5) – direito à vida, do Artigo 3 (2) – proibição da tortura, Artigo 5 § 1 (9) – direito à liberdade e à segurança, Artigo 5 § 4 (7) – direito a recorrer a um tribunal, Artigo 5 § 5 (1) – direito à indenização, Artigo 6 § 1 (7) – violação de direito a um processo equitativo, em prazo razoável por tribunal independente e imparcial, Artigo 8 (4) – violação do direito ao respeito pela vida privada e familiar e Artigo 13 (3) – violação do direito a recursos efetivos.

Em sua análise dos casos incluídos neste tema, a Corte utilizou: Código Civil e de Processo Civil da Eslováquia; Lei do Seguro de Saúde da Finlândia; Constituição e Lei de Cuidados de Saúde Mental da Lituânia; Código de Processo Civil da Polônia; Casos R (Takoushis) v. Inner North London Coroner e Outro e Savage v. South Essex Partnership NHS Foundation Trust do Reino Unido; Lei de Saúde Mental e Lei de Proteção das Pessoas com Deficiência da Romênia; Lei sobre Tratamento Psiquiátrico e Garantias de Direitos Civis Associados, Lei sobre Assistência Psiquiátrica, Código Penal e Código de Processo Penal, Código de Processo Civil, Diretiva 18 do Ministério da Defesa da Federação Russa e Lei Federal n. 86-FZ da Rússia; Código Civil, Código de Processo Civil, Lei de Assistência à Saúde Pública, Diretrizes para tratamento psiquiátrico emitidas pela Sociedade Psiquiátrica Tcheca da Tchéquia; Constituição, Código Civil, Código de Processo Civil, Lei de Informação, Diretrizes de Proteção da Saúde da Ucrânia.

Considerando as semelhanças e diferenças dos casos analisados na categoria "Acesso à Justiça", é possível observar que, em todas as situações, os indivíduos com transtornos mentais enfrentaram obstáculos significativos para fazer valer seus direitos e obter reparação, evidenciando uma dificuldade de acesso à justiça. Em diversos casos, como em Berková *versus* Eslováquia, Kedzior *versus* Polônia, Sykora *versus* Tchéquia e Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia, os requerentes buscaram judicialmente reverter declarações de incapacidade ou substituição de curadores, bem como revisar decisões relacionadas a processos de divórcio, divisão de bens e pensão alimentícia, mas tiveram seus pedidos negados com base em interpretações restritas dos relatórios médicos apresentados.

Similarmente, em casos relacionados à responsabilidade dos estabelecimentos de saúde, como Reynolds *versus* Reino Unido e Khabirov *versus* Rússia, houve alegações de ausência de mecanismos internos para julgar os danos sofridos por pacientes, enquanto que em outros processos, como os que envolvem internações involuntárias e tratamentos desumanos (K.C. *versus* Polônia, Atudorei *versus* Romênia, diversos casos na Rússia e na Tchéquia), a proteção judicial se mostrou insuficiente para prevenir abusos e garantir um julgamento justo.

Em contraste, alguns casos focaram questões de confidencialidade e no tratamento de dados clínicos (Surikov *versus* Ucrânia), demonstrando que o acesso à justiça também é comprometido quando direitos humanos, como o direito à privacidade e à integridade pessoal, são violados. No caso H.A.L. *versus* Finlândia, a dificuldade se evidenciou na revisão de decisões administrativas que negaram a extensão de subsídios de doença, em que a falta de avaliação pessoal por especialistas e a omissão de informações relevantes culminaram em uma situação de acesso restrito à justiça.

Em síntese, embora os contextos e as medidas adotadas variem, desde a revisão de declarações de incapacidade, passando pela substituição de curadores e pela proteção contra tratamentos inadequados ou invasivos, até a garantia de dados clínicos confidenciais, todos os casos apontam para um cenário em que as pessoas com transtornos mentais enfrentam barreiras jurídicas que comprometem seu direito fundamental ao acesso à justiça, refletindo uma inadequação das salvaguardas internas frente às obrigações internacionais estabelecidas pela CDPD.

Como um avanço positivo no contexto europeu, a Estratégia Europeia para os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030, publicada no início de março de 2021 (com o título "União da Igualdade"), aborda de forma destacada as questões relativas ao acesso à justiça para pessoas com deficiência. Ressalta a necessidade de integrar as questões dos direitos das pessoas com deficiência em iniciativas como a digitalização dos sistemas judiciais, no âmbito da Estratégia de Direitos das Vítimas da UE (COMISSÃO EUROPEIA, 2021).

Os itens da lista de checagem diretamente relacionados aos casos que compõem a amostra foram: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 2. Desafia-se o estigma e a discriminação associados à saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. – Assegurando a igualdade e não discriminação – 7. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental dos mesmos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde geral; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos – b) Acesso à Justiça – 3. Garantia das salvaguardas substanciais e processuais às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais.

A tabela abaixo elucida o conjunto de artigos violados em todas as sentenças analisadas da Corte Europeia de Direitos Humanos. Observa-se maior número de violações do Artigo 5 § 1 (liberdade e segurança), seguido do Artigo 8 (vida privada e familiar).

Tabela 6 - Número de violações por artigos da Convenção Europeia de Direitos Humanos.

Direito violado	**Artigo/§**	**Número de violações**
Artigo 2. Direito à vida	2	5
Artigo 3. Proibição da tortura	3	2
Artigo 5. Direito à liberdade e a segurança	5 §1	20
	5§4	8
	5§5	1
Artigo 6. Direito a um processo equitativo	6	1
	6§1	8
Artigo 8. Direito ao respeito pela vida privada e familiar	8	16
Artigo 9. Liberdade de pensamento, de consciência e de religião	9§1	1
Artigo 13. Direito a um recurso efetivo	13	3
Artigo 14. Proibição de discriminação	14	1
Art. 3 – Protocolo 1		1
TOTAL		**67**

Fonte: Próprio estudo.

A seguir, a Tabela 7 demonstra o conjunto de dimensões e itens de checagem não atendidos nos casos analisados.

Tabela 7 - Dimensões e itens da Lista de Checagem não atendidos nos casos da Corte Europeia de Direitos Humanos.

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
1. Abordagem Legislativa		**1**	2
		2	10
		3	22
		4	0
		5	22
		6	0
		7	0
		8	6
2. Conteúdo Legislativo	**2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação**	**1**	22
		2	2
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
		7	36
		8	0
		9	2
		10	2
		11	6
		12	9
		13	5
		14	0
	2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade	**1**	13
		2	0
		3	0
		4	13
		5	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
	2.3. Consentimento Informado e Eliminando de Práticas Coercitivas	**1**	16
		2	0
		3	5
		4	17
		5	2
		6	0
		7	0
		8	4
		9	14
		10	0
		11	0
		12	0
	2.4. Acesso a serviços de saúde mental de qualidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
		7	0
		8	0
		9	0
		10	0
	2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
		7	0
		8	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
		9	0
		10	0
	2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas	**1**	0
		2	0
		3	0
	2.7. Garantindo a Responsabilização	**1**	0
		2	5
		3	20
		4	17
		5	4
		6	0
	2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
	2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça	**1**	0
		2	0
		3	21
		4	0
		5	1
		6	0
		7	0
3. Processos de Elaboração e Legislativos		**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
		5	0
		6	0
		7	0
4. Implementação e Avaliação		**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0

Fonte: Próprio estudo.

Na Dimensão 1 – Abordagem Legislativa, os itens menos atendidos foram o 3 e o 5, com foco no acesso e apoio de qualidade centrado na pessoa e com base em direitos e no respeito à capacidade, consentimento informado e eliminação da coerção. Evidencia-se, portanto, importante lacuna na promoção de um acesso e apoio de qualidade que seja verdadeiramente centrado na pessoa. Esses itens requerem que o sistema seja orientado por direitos, assegurando o respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção. A ausência ou inadequação desses mecanismos implica que os indivíduos não recebam o suporte necessário para exercer sua autonomia, refletindo, na prática, em violações dos direitos à liberdade e à dignidade.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e a não discriminação, prevaleceram os itens 7 (igualdade de direitos entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental e as pessoas que utilizam serviços em geral) e 1 (proibição de todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo os serviços). Situações de violação que desconsideram esses itens indicam que, na prática, ainda há uma distinção discriminatória entre os usuários dos serviços de saúde mental e outros cidadãos, prejudicando a igualdade de tratamento.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade, não foram atendidos em igual proporção na amostra os itens 1 (exigência de respeito e proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento) e 4 (inclusão de salvaguardas na legislação para garantir o respeito pelos direitos, vontade e

preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada). A relevante dificuldade em atender a esses pontos evidencia uma falta de reconhecimento e proteção da personalidade e da autonomia dos indivíduos, especialmente daqueles com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas, os itens não atendidos com maior frequência foram o 4 (proibição de todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas) e 4 (manutenção do direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento). Esses resultados comprometem a integridade do processo terapêutico e a capacidade dos indivíduos de participarem ativamente de decisões relativas à sua saúde, reforçando uma abordagem paternalista e coercitiva.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – não houve itens diretamente não atendidos nos itens 2.4 – Acesso a serviços de saúde mental de qualidade, 2.5 – Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade e 2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas, uma vez que esses avanços ainda aparecem em segundo plano quando ainda predominam violações do direito à liberdade e segurança e do direito à vida privada e familiar.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização, não foram atendidos os itens 3 (garantia as pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental) e 4 (garantia que os responsáveis pela análise das reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização). Observa-se, assim, que os mecanismos de responsabilização ainda são frágeis, o que prejudica a possibilidade de reparação efetiva das violações sofridas no âmbito dos Estados envolvidos.

Na Dimensão 2 – Cuidado Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade, não houve itens diretamente não atendidos.

Na Dimensão 2 – Cuidado Legislativo - 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça, o item menos atendido foi o 3 (garantia de que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com os demais), evidenciando que, apesar dos avanços pontuais, ainda há um déficit na garantia de processos justos e na proteção

legal efetiva para as pessoas com transtornos mentais. Ao final, não houve itens não atendidos na Dimensão 3 – Processos de Elaboração e Legislativos e Dimensão 4 – Implementação e Avaliação. Dessa forma, os itens não citados indicam que os avanços a eles relacionados permanecem em segundo plano nos países analisados.

Assim, a análise comparativa entre a lista de checagem das legislações voltadas à garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais e as violações identificadas nas sentenças da Corte Europeia de Direitos Humanos expõe deficiências significativas em itens fundamentais. Em especial, há graves lacunas na proteção da autonomia, dignidade, igualdade e acesso à justiça desses indivíduos, o que não só restringe o pleno exercício dos direitos humanos, como também compromete a eficácia das salvaguardas necessárias para a sua proteção. Esses achados reforçam a urgência de reformas legislativas e de serviços de saúde mental que utilizem uma abordagem verdadeiramente inclusiva e centrada nas necessidades das pessoas com transtornos mentais.

A Tabela 8 sintetiza os países e os temas centrais que emergiram da análise dos casos que compõem a amostra.

Tabela 8 - Países em ordem alfabética com temas centrais que emergiram da análise.

País	Temas Centrais (nº casos)
Alemanha	Internação involuntária (1)
Armênia	Capacidade jurídica (1)
Bulgária	Capacidade jurídica (1)
Croácia	Limitação/restrição de contato com filho (1)
	Capacidade jurídica (1)
	Direito de registrar como pai seu filho biológico (1)
Eslováquia	Internação involuntária (1)
	Capacidade jurídica (1)
	Acesso à justiça (1)
Finlândia	Limitação e restrição de contato com filho (1)
	Acesso à justiça (1)
Hungria	Internação compulsória (2)
Letônia	Internação involuntária (1)
	Acesso a prontuário médico (1)
Lituânia	Capacidade jurídica (2)
	Internação involuntária (2)
	Acesso à justiça (1)
	Internação compulsória (1)
	Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental (1)

- continua -

- conclusão -

País	Temas Centrais (nº casos)
Noruega	Limitação/restrição de contato com filho (1)
Polônia	Capacidade jurídica (2)
	Acesso à justiça (2)
	Internação involuntária (1)
	Internação compulsória (1)
Reino Unido	Internação involuntária (1)
	Acesso à justiça (1)
Romênia	Internação involuntária (2)
	Limitação/restrição de contato com filho (2)
	Acesso à justiça (1)
Rússia	Acesso à justiça (8)
	Internação involuntária (8)
	Internação compulsória (2)
	Tratamento desumano e degradante (2)
	Participação em pesquisas sem consentimento (2)
	Capacidade jurídica (1)
Tchéquia	Internação involuntária (3)
	Acesso à justiça (3)
	Capacidade jurídica (2)
	Tratamento desumano e degradante (1)
Ucrânia	Acesso à justiça (2)
	Internação compulsória (1)
	Capacidade jurídica (1)
	Internação involuntária (1)
	Acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental (1)

Fonte: Próprio estudo.

A análise dos achados, com base na tabela dos países e das violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais examinadas pela Corte Europeia de Direitos Humanos, revela um panorama heterogêneo que reflete tanto a diversidade dos sistemas jurídicos e de saúde mental na Europa quanto as heranças históricas e contextos regionais. Em países do Leste Europeu e da ex-União Soviética, como Armênia, Lituânia, Polônia Romênia, Rússia, Tchéquia e Ucrânia, observam-se um número expressivo de violações, especialmente no que tange à internação involuntária e compulsória, acesso à justiça e violações relativas à capacidade jurídica. Por exemplo, a Rússia apresenta os números mais elevados: 8 casos de acesso à justiça, 8 de internação involuntária, além de casos de tratamento desumano e

degradante, pesquisas sem consentimento e violações da capacidade jurídica. De maneira similar, a Tchéquia e a Ucrânia também registram múltiplas violações nessas áreas, evidenciando um padrão de deficiências nos mecanismos de proteção e na garantia dos direitos humanos desses indivíduos.

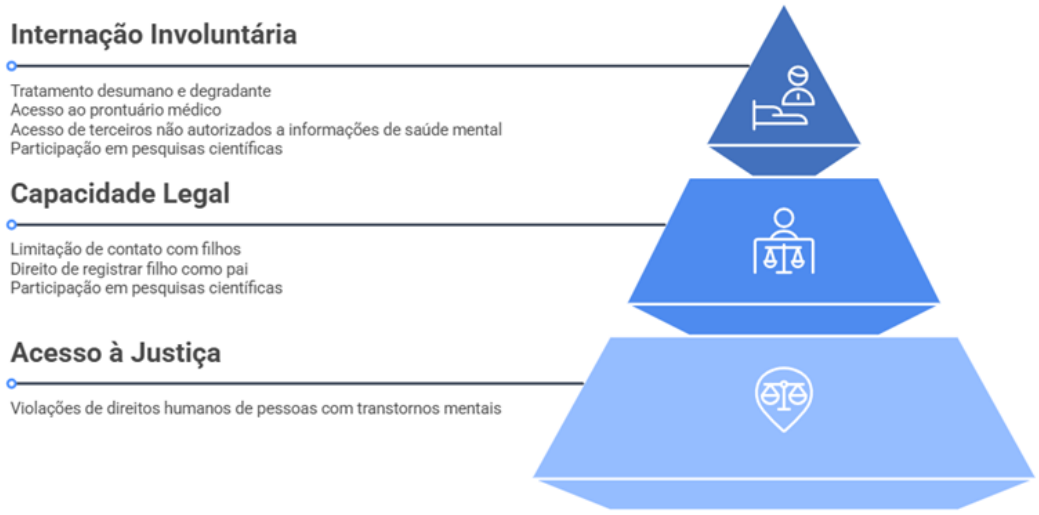
Em contrapartida, países com históricos institucionais e políticas de saúde mental mais consolidadas, como Alemanha, Reino Unido, Finlândia e Noruega, apresentam um número menor de casos registrados. No entanto, mesmo nessas nações, ocorrem violações significativas, como a limitação ou restrição de contato com filhos e questões relativas ao acesso à justiça, demonstrando que a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais continua sendo um desafio, independentemente do nível de desenvolvimento econômico ou da modernização dos sistemas jurídicos.

Além disso, violações relacionadas à capacidade jurídica, como o direito de ser reconhecido legalmente como pai ou a de manter sua autonomia nas decisões de tratamento, aparecem tanto em países do Leste quanto do Oeste da Europa, mas com maior frequência nos países que ainda estão em processo de modernização de suas legislações no campo da saúde mental. Itens relacionados à proibição de práticas coercitivas e à manutenção do consentimento livre e informado também revelam problemas críticos, principalmente em jurisdições em que as abordagens históricas foram marcadas por intervenções mais autoritárias e paternalistas.

Em suma, os dados evidenciam que, embora existam avanços em algumas jurisdições, a garantia do acesso à justiça e o respeito integral aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais ainda enfrentam sérias deficiências. Essas lacunas são mais pronunciadas em países com históricos de práticas coercitivas e legislação desatualizada, reforçando a necessidade urgente de reformas que promovam uma abordagem verdadeiramente inclusiva, centrada na pessoa e compatível com os diferentes instrumentos de proteção de direitos humanos apresentados neste estudo, visando a eliminação de práticas discriminatórias e a efetiva proteção dos direitos fundamentais desses indivíduos.

A figura 20 sintetiza as interrelações entre os temas centrais emergentes.

Figura 20 - Interrelações entre os temas centrais emergentes na amostra de casos analisados pela Corte Europeia de Direitos Humanos.



Fonte: Figura criada de acordo com os dados do estudo, utilizando a ferramenta Napkin AI.

Casos da Corte Interamericana de Direitos Humanos

Dois casos de violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais analisados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos foram selecionados neste estudo: Ximenes Lopes *versus* Brasil e Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador. As sentenças foram proferidas em 2006 e 2021, respectivamente.

Tabela 9 - Países em ordem alfabética com quantidade de julgamentos incluídos no estudo.

País	Quantidade de julgamentos
Brasil	1
Equador	1
TOTAL	**2**

Fonte: Próprio estudo.

Figura 21 - Mapa da América do Sul com os países da amostra com violações relacionadas a pessoas com transtornos mentais junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Fonte: Próprio estudo.

No que diz respeito aos transtornos mentais, os dois casos foram de pessoas com transtornos psicóticos, como demonstra a Tabela a seguir.

Tabela 10 - Transtornos mentais presentes nas sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos que compõem este estudo.

Tipo de transtorno	**Quantidade de casos (%)**	**Casos**
Transtornos Psicóticos (incluindo esquizofrenia e psicose)	2 (100%)	Ximenes Lopes *versus* Brasil, Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador
TOTAL		2

Fonte: Próprio estudo.

Como resultado a análise das sentenças, emergiram os seguintes temas centrais elencados na Tabela 11.

Tabela 11 - Temas centrais em ordem alfabética e os respectivos casos de origem.

Categorias	Quantidade de casos	Casos
Acesso à justiça	2	Ximenes Lopes *versus* Brasil, Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador
Internação involuntária	1	Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador
Tratamento desumano e degradante	1	Ximenes Lopes *versus* Brasil

Fonte: próprio estudo.

Constata-se que o tema "Acesso à justiça" emergiu nos dois casos, ao passo que os demais temas emergiram em apenas um dos casos analisados: "Internação involuntária" e "Tratamento desumano e degradante". Os temas são discutidos detalhadamente a seguir.

Internação involuntária

Da análise da sentença do caso Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador, de 2021, emergiu o tema "Internação involuntária". Luis Eduardo Guachalá Chimbo, de 23 anos, foi internado de forma involuntária no Hospital Psiquiátrico Júlio Endara, em razão de seu quadro de epilepsia e transtorno mental decorrente de disfunção cerebral. Apesar de sua internação ter sido autorizada por sua mãe, a situação evidencia falhas graves no processo de tomada de decisão e proteção dos direitos de Luis Eduardo. Após sua primeira alta em 2003, a incapacidade de manter o tratamento, agravada por sua condição econômica, levou à sua readmissão em janeiro de 2004. Durante essa nova internação, a comunicação entre o hospital e a família foi confusa e contraditória, culminando na súbita ausência de Luis Eduardo, que desapareceu do estabelecimento em meio a procedimentos inadequados de vigilância e segurança. A forma como sua internação foi conduzida, sem o consentimento informado do próprio paciente e com base exclusivamente na autorização de sua mãe, ilustra uma prática discriminatória que nega a autonomia dos indivíduos com transtornos mentais. O caso, que desencadeou uma investigação prolongada por parte das autoridades e envolveu denúncia junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, reflete a persistente vulnerabilidade e o desrespeito aos direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais, especialmente em situações de internação involuntária.

De acordo com as Regras Padrão sobre a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, os Estados devem assegurar a prestação de atenção médica eficaz às pessoas com deficiência (Artigo 2), assim como a prestação de serviços de reabilitação, a fim de que alcancem um nível ótimo de autonomia (Artigo 3) (ONU, 1994).

Ainda, em seu Artigo 25, a CDPD estabelece que os Estados-partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de usufruir do mais alto nível possível de saúde, sem discriminação por motivo de deficiência. Para tanto, os Estados-partes devem adotar medidas pertinentes para garantir o acesso das pessoas com deficiência a serviços de saúde que levem em consideração questões de gênero, incluindo a reabilitação relacionada à saúde. Ainda, os Estados-partes devem proibir qualquer tipo de discriminação e garantir que os profissionais de saúde prestem atendimento às pessoas com deficiência, com a mesma qualidade que às demais pessoas, com base o consentimento livre e informado (ONU, 2006).

Nesse contexto, a Corte Interamericana tem reiterado, em sua jurisprudência, que a natureza e o alcance das obrigações derivadas da proteção do direito à saúde incluem tanto aspectos de exigibilidade imediata quanto de caráter progressivo. Em relação às obrigações de exigibilidade imediata, os Estados devem adotar medidas eficazes para garantir o acesso sem discriminação aos serviços de saúde reconhecidos, assegurar a igualdade de direitos entre homens e mulheres e, de modo geral, avançar na plena efetividade dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais. Já em relação às obrigações de caráter progressivo, os Estados-partes têm a responsabilidade contínua de avançar da forma mais rápida e eficaz possível para garantir a plena efetividade desse direito, dentro de seus recursos disponíveis, por meio de legislação ou outros meios apropriados. Além disso, impõe-se a obrigação de não regressão nos direitos já alcançados. Assim, as obrigações convencionais de respeito e garantia, bem como de adoção de medidas no direito interno (Artigos 1.1 e 2), são fundamentais para assegurar a efetividade desses direitos (OEA, 1969).

O consentimento informado constitui elemento fundamental do direito à saúde e sua exigência é uma obrigação imediata, especialmente em casos de internação, como foi a hospitalização de Luis Eduardo. A violação do direito ao consentimento informado implica não apenas em uma violação do direito à saúde, mas também do direito à liberdade pessoal, à dignidade, à vida privada e ao acesso à informação.

Em suma, como regra geral, o consentimento é pessoal, na medida em que deve ser oferecido por quem se submeterá ao procedimento. A deficiência real ou percebida não deve ser entendida como incapacidade para se autodeterminar, e deve ser aplicada a presunção de que as pessoas com deficiências são capazes de expressar sua vontade, a qual deve ser

respeitada pelo pessoal médico e pelas autoridades. Com efeito, a existência de um transtorno mental não deve ser justificativa para não solicitar o consentimento da pessoa e proceder a um consentimento por representação. Ao tratar as pessoas com transtornos mentais, o pessoal médico deve examinar a condição real do paciente, e oferecer o apoio necessário para que tome uma decisão individual e informada. Caso uma pessoa seja encarregada de prestar o apoio, o pessoal médico e sanitário deve garantir que seja realizada a consulta apropriada diretamente à pessoa com deficiência e assegurar, na medida de suas possibilidades, que os assistentes ou pessoas encarregadas de prestar apoio não substituam às pessoas com transtornos mentais em suas decisões, nem exerçam influência indevida sobre elas. Adicionalmente, os Estados devem oferecer às pessoas com transtorno mental a possibilidade de planejar antecipadamente o seu próprio apoio, especificando quem prestaria esse apoio e o seu funcionamento. Esse planejamento deve ser respeitado quando a pessoa com transtorno mental não puder comunicar seus desejos aos demais. No caso analisado, a mãe autorizou a internação, sem a aquiescência explícita de Luis. Não se sabe ao certo quais informações realmente ela tinha para consentir com o tratamento.

Desse modo, a Corte reforçou que a falta de consentimento informado[106] violou o direito ao reconhecimento da personalidade jurídica de Guachalá Chimbo. O direito ao reconhecimento da personalidade jurídica implica que a pessoa seja reconhecida em qualquer lugar como sujeito de direitos e obrigações, incluindo a capacidade de ser titular e exercer direitos fundamentais. A ausência desse reconhecimento tornou Luis ainda mais vulnerável diante do Estado ou de particulares. Segundo a Corte, o Estado é obrigado a garantir às pessoas em situação de vulnerabilidade, marginalização e discriminação, as condições jurídicas e administrativas que lhes assegurem o exercício desse direito, em atenção ao princípio de igualdade perante a lei.

Nesse contexto, é relevante citar o Relatório do Relator Especial da ONU sobre o direito de todos de desfrutar do mais alto padrão alcançável de saúde física e mental, Paul Hunt, de 11 de fevereiro de 2005, que enfatizou que os direitos humanos devem ser apoiados por um sistema de responsabilidade e pediu a introdução de salvaguardas apropriadas contra o abuso dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Defendeu que um órgão independente de

106 Como amplamente discutido neste estudo, reforça-se que o consentimento informado é condição indispensável para a prática médica, garantindo o respeito à autonomia e à liberdade de cada indivíduo para tomar decisões conforme seu próprio plano de vida. Os Estados têm a obrigação de garantir a obtenção do consentimento informado antes da realização de qualquer procedimento médico. O consentimento deve ser: prévio: dado antes do procedimento; livre: sem ameaças, coerção ou indução inadequada; e pleno e informado: obtido após o fornecimento de informações adequadas e compreensíveis.

revisão deve ser acessível às pessoas com transtornos mentais para revisar periodicamente casos de admissão e tratamento involuntário (HUNT, 2005). Assim, o Equador tinha o dever de garantir as condições jurídicas necessárias para que o direito à saúde de Guachalá Chimbo fosse exercido de forma livre e plena, incluindo a existência de um órgão independente de revisão de sua internação involuntária.

Na análise, a Corte utilizou o Código Civil do Equador e a Lei Orgânica da Saúde daquele país. Em sua sentença, concluiu que o Equador violou 14 artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos: Artigo 1.1 – obrigação de respeitar os direitos, Artigo 2 – dever de adotar disposições de direito interno, Artigo 3 – direito ao reconhecimento da personalidade jurídica, Artigo 4 – direito à vida, Artigo 5 – direito à integridade pessoal, Artigo 5.1 – direito a integridade física, psíquica e moral, Artigo 7. Direito à liberdade pessoal, Artigo 7.6 – direito a recorrer a um juiz competente sobre a legalidade de sua detenção ou prisão, Artigo 8.1 – direito a ser ouvido dentro de prazo razoável por um juiz ou tribunal competente, Artigo 11 – proteção da honra e da dignidade, Artigo 13 – liberdade de pensamento e de expressão, Artigo 24 – igualdade perante a lei, Artigo 25.1 – direito a recurso simples e rápido ou a qualquer recurso efetivo, Artigo 26 – desenvolvimento progressivo.

Os itens da lista de checagem não atendidos neste caso foram: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 5. Garantia do respeito à capacidade, consentimento informado e eliminação da coerção; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação – 1. Proibição de todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental; 7. Garantia dos mesmos direitos às pessoas que utilizam serviços de saúde mental e para as que utilizam serviços de saúde geral; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade – 1. Exigência de respeito e proteção do direito à capacidade jurídica de todas as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, intelectuais e de desenvolvimento; 4. Exigências de salvaguardas para garantir o respeito pelos direitos, vontade e preferências do indivíduo sendo apoiado no exercício de sua capacidade jurídica, bem como para prevenir abusos na provisão de tomada de decisão apoiada; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 4. Proibição de todas as formas de práticas coercitivas dentre dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas.

Em síntese, o caso Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador evidencia importantes lacunas na proteção dos direitos das pessoas submetidas à internação involuntária. A ausência de consentimento informado e a condução discriminatória do tratamento, autorizados por

terceiros e sem a devida participação do paciente, ilustram um modelo de assistência em saúde mental que não valoriza a autonomia e dignidade dos indivíduos com transtornos mentais. Essa situação, agravada por uma comunicação deficiente e procedimentos inadequados de vigilância, revela a necessidade de acesso a cuidados dignos, respeitando os direitos humanos preconizados nos diferentes instrumentos internacionais de direitos humanos, exaustivamente apresentados neste estudo.

Assim, o caso não apenas simboliza a violação dos direitos à integridade, à liberdade e à igualdade, mas também reforça o dever dos Estados de implementarem mecanismos eficazes para evitar práticas coercitivas e discriminatórias, promovendo um modelo de saúde mental verdadeiramente inclusivo e humanizado. O caso Ximenes Lopes *versus* Brasil ilustra justamente o oposto deste ideal, uma vez que Damião foi submetido a tratamento desumano e degradante durante sua internação psiquiátrica.

Tratamento desumano e degradante

O caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, analisado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2006, evidencia o tema central "Tratamento desumano e degradante" com relação a pessoas com transtornos mentais. Damião Ximenes Lopes, diagnosticado com esquizofrenia paranoide, foi internado em 1º de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Ceará, após sua mãe solicitar assistência especializada. Este não foi seu primeiro internamento na instituição, tendo sido admitido anteriormente, inclusive em 1998, quando sofreu ferimentos atribuídos a uma suposta tentativa de fuga. Três dias após sua nova internação, sua mãe o encontrou agonizando e, mesmo diante de seus apelos por socorro, o médico presente limitou-se a administrar um medicamento injetável. Pouco depois, ela foi informada de que Damião havia falecido. Embora o laudo médico oficial atribuísse a causa da morte a uma parada cardiorespiratória natural, o corpo de Damião apresentava marcas inequívocas de tortura, como punhos dilacerados, contusões, ferimentos perfurados e danos no nariz.

Essas evidências demonstram que Damião foi submetido a um tratamento desumano e degradante durante sua internação, caracterizado pelo uso excessivo de força física e pela negligência na prestação de cuidados a um paciente extremamente vulnerável, o que resultou em sua morte. Os funcionários da Casa de Repouso aplicaram medidas coercitivas sem justificativa emergencial e sem a supervisão de uma autoridade médica independente, o que configura uma violação dos direitos à integridade pessoal e à vida, conforme assegurado pelos instrumentos internacionais de direitos humanos.

A Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (OEA, 1999) e os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência em Saúde Mental (ONU, 1991), discutidos previamente neste estudo, estabelecem normas abrangentes para a proteção dos direitos das pessoas com deficiências psicossociais. Segundo o direito internacional dos direitos humanos, indivíduos com transtornos mentais, mesmo quando confinados em instituições psiquiátricas, possuem o direito ao consentimento informado e, consequentemente, o direito de recusar tratamento. O tratamento forçado só pode ser justificado em situações de emergência, quando há risco iminente para o paciente ou terceiros e, fora dessas circunstâncias, deve ser submetido à revisão de uma autoridade médica independente.

No caso de Damião, não havia indícios de que ele representasse risco iminente, tampouco foi realizada a necessária avaliação independente que justificasse a imposição de tratamento forçado. Dessa forma, seu direito de recusar tratamento foi desrespeitado. Além disso, o uso injustificado e compulsório de medicações psicotrópicas, com efeitos colaterais potencialmente perigosos, deve ser classificado como tratamento desumano e degradante, constituindo violação do artigo 5.2 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (OEA, 1969).

Quanto à contenção física, seu emprego é admissível apenas para prevenir danos iminentes, mediante medidas proporcionais aplicadas por profissionais capacitados. No caso de Damião, não há evidências de que ele oferecesse risco imediato ou de que alternativas menos restritivas tivessem sido esgotadas. A contenção física, aplicada com as mãos amarradas e sem justificativa adequada, foi ilegal e reflete a incapacidade dos profissionais responsáveis em empregar métodos corretos.

Ao ser contido, Damião encontrava-se em situação de extrema vulnerabilidade, o que impunha ao Estado o dever de protegê-lo. O uso excessivo de força, culminando em espancamento, violou flagrantemente seu direito a um tratamento humano e digno. Quando medidas coercitivas são empregadas como forma de punição ou coerção, a gravidade da violação aumenta, podendo, em casos extremos, configurar tortura. O fato de Damião estar desarmado e sob custódia estatal torna ainda mais inadmissível o emprego de força desproporcional.

Em sua análise, a Corte utilizou a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) do Brasil.

Na sentença, a Corte Interamericana concluiu pela violação dos Artigos da Convenção Americana de Direitos Humanos: Artigo 1.1 – violação ao direito a respeitar os direitos, Artigo 4.1 – violação do direito à vida, Artigo 5 – violação direito à integridade pessoal, Artigo 5.1 – violação do direito à integridade física, psíquica e moral, Artigo 5.2 - violação do direito a não ser submetido a tratamento cruel, desumano e degradante, Artigo 8.1– violação do direito a garantias judiciais, Artigo 25.1 – violação do direito à proteção judicial.

Em síntese, a conduta aplicada contra Damião Ximenes Lopes, marcada pela imposição de tratamento forçado, uso ilegal de contenção física e excesso de força, não apenas violou seu direito ao consentimento informado e a um tratamento digno, como resultou em sua morte. Essa tragédia poderia ter sido evitada se o Estado tivesse provido a assistência adequada por profissionais devidamente capacitados.

Por fim, os itens da lista de checagem diretamente relacionados ao caso e não atendidos foram: 1. Dimensão – Abordagem Legislativa – 2. Desafia-se o estigma e a discriminação associados à saúde mental; 3. Permissão de acesso a cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa e baseados em direitos; 5. Garantia de respeito à capacidade, o consentimento informado e a eliminação da coerção; 8. Garantia da responsabilização dos serviços de saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a igualdade e a não discriminação – 1. Proibição de todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo nos serviços de saúde mental; 7. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental dos mesmos direitos que as pessoas que utilizam serviços de saúde geral; 13. Garantia da oferta de serviços de saúde mental seguros, higiênicos e confortáveis; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas – 1. Manutenção do direito ao consentimento livre e informado dentro dos serviços de saúde mental, garantindo que todo o suporte e tratamento sejam proporcionados com base nesse consentimento; 3. Previsão de salvaguardas para garantir o consentimento livre e informado completo, e prevenir coação e potenciais abusos no uso de intervenções específicas; Proibição de todas as formas de práticas coercitivas dentro de serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas; 8. Existência de marco para apoiar pessoas em situações de crise; 9. Disponibilidade de serviços de apoio comunitário para situações de crise.

Em conclusão, o caso Ximenes Lopes *versus* Brasil reforça dificuldades de os mecanismos legislativos e institucionais protegerem os direitos das pessoas com transtornos mentais, evidenciando a prática de tratamento desumano e degradante. Ao desrespeitar o direito ao consentimento informado, impor tratamento forçado e aplicar contenção física sem justificativa emergencial, o Estado violou direitos fundamentais à vida, à integridade pessoal e

às garantias judiciais, conforme previsto na Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Ademais, a análise da lista de checagem revela que vários itens essenciais não foram atendidos, tais como a eliminação do estigma e da discriminação associados à saúde mental, a garantia de cuidados e apoio de qualidade centrados na pessoa, o respeito à capacidade e ao consentimento livre e informado, além da responsabilização dos serviços de saúde mental, assegurando igualdade de direitos, oferta de serviços seguros e o apoio comunitário em situações de crise.

Acesso à justiça

Os casos Ximenes Lopes *versus* Brasil e Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador revelam a dificuldade de acesso à justiça enfrentada pelos familiares das vítimas. Diante da ausência de investigações eficazes e da inércia estatal, as famílias denunciaram ao sistema interamericano as falhas dos Estados (Brasil e Equador) em regulamentar e fiscalizar adequadamente o atendimento de saúde mental, bem como em proporcionar mecanismos efetivos para investigação e reparação dos danos sofridos. O direito de acesso à justiça requer, assim, que a determinação dos fatos investigados seja efetiva e em tempo razoável.

A obrigação de investigar violações dos direitos humanos é uma das medidas positivas que os Estados devem adotar para garantir os direitos reconhecidos na Convenção. Dessa forma, no caso Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador, o último paradeiro conhecido de Luis Eduardo foi um hospital público. Portanto, ao estar sob a custódia do Estado no momento de seu desaparecimento, a posição de garantidor exige que o Estado investigue o ocorrido com a devida diligência, o que não ocorreu como necessário e esperado. Além disso, a investigação inclui a obrigação de determinar o destino da vítima e localizar seu paradeiro, considerando-se a especial vulnerabilidade de Guachalá no momento de seu desaparecimento.

Nesse sentido, o alegado desaparecimento de uma pessoa com deficiência em situação de custódia do Estado requer das autoridades a máxima diligência na sua busca, por meio de todos os recursos disponíveis, e, em particular, do esforço de coordenação das diversas instituições relevantes, como polícia, serviços sociais, defesa civil, autoridades locais e meios de comunicação. Nessa perspectiva, a Corte destacou que, para que uma investigação de violações de direitos humanos seja conduzida de forma eficaz e com a devida diligência, devem ser utilizados todos os meios necessários para realizar, com prontidão, as ações e averiguações essenciais e oportunas para esclarecer o destino das vítimas e identificar os responsáveis pelos fatos. Para tanto, o Estado deve dotar as autoridades competentes dos recursos logísticos e científicos necessários para recolher e processar as provas, e, em particular, para acessar a documentação e as informações pertinentes para investigar os fatos denunciados e obter indícios ou evidências da localização das vítimas.

A Corte advertiu, ainda, que as autoridades devem impulsionar a investigação como um dever jurídico próprio, não transferindo essa responsabilidade para a iniciativa dos familiares. Isso constitui um elemento fundamental e condicionante para a proteção dos direitos afetados por essas situações. Portanto, a investigação deve ser realizada por todos os meios legais disponíveis e orientada à determinação da verdade, bem como à perseguição, captura, julgamento e eventual punição de todos os responsáveis pelos fatos, especialmente quando estão envolvidos agentes estatais. Da mesma forma, a impunidade deve ser erradicada mediante a determinação das responsabilidades, tanto gerais do Estado quanto individuais, penais e de outra natureza, de seus agentes ou de particulares.

No caso em questão, a Corte constatou falhas irreparáveis nas investigações iniciais. Destacou que o reconhecimento do local dos fatos ocorreu apenas em 16 de fevereiro de 2004, aproximadamente um mês após o desaparecimento de Luis Eduardo Guachalá Chimbo, quando o Hospital Júlio Endara, último paradeiro conhecido, deveria ter sido imediatamente inspecionado para a obtenção de evidências sobre o que ocorreu com a suposta vítima. Entretanto, durante essa diligência, realizou-se apenas um reconhecimento geral das instalações, sem uma inspeção minuciosa do quarto onde o paciente dormia, de seus pertences ou da sala de televisão onde, supostamente, foi visto pela última vez. O decurso do tempo impediu que essa falha fosse corrigida.

Adicionalmente, a Corte reconheceu que, durante a investigação, em nenhum momento o Estado solicitou as declarações de outras possíveis testemunhas do ocorrido, especialmente das pessoas que estavam internadas no hospital no momento do desaparecimento. Também não foi investigada a possibilidade de que Guachalá tivesse morrido no hospital. A investigação não foi, portanto, séria, efetiva ou exaustiva.

No caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e, posteriormente, a Corte Interamericana reconheceram que o tratamento a que Damião foi submetido configurou uma violação dos seus direitos, concluindo que o Estado brasileiro tinha responsabilidade internacional [107] por não proteger, prevenir e punir os maus-tratos que

[107] Os Artigos sobre a responsabilidade do Estado, elaborados pela Comissão de Direito Internacional das Nações Unidas, são amplamente considerados como contendo regras de direito internacional consuetudinário. Estipulam, dentre outras coisas, possibilidades de atribuição de uma conduta a um Estado. O Artigo 4 preconiza que a conduta de qualquer órgão de um Estado será considerada um ato desse Estado sob o direito internacional, quer o órgão exerça funções legislativas, executivas, judiciais ou quaisquer outras, independentemente da posição que ocupe na organização do Estado, e independentemente de seu caráter como órgão do Governo central ou de uma unidade territorial do Estado. Um órgão inclui qualquer pessoa ou entidade que tenha esse status de acordo com a legislação interna do Estado. O Artigo 5 afirma que a conduta de uma pessoa ou entidade que não seja um órgão do Estado, conforme o artigo 4, mas que seja autorizada pela lei desse Estado a exercer elementos da autoridade governamental, será considerada um ato do Estado sob o direito internacional, desde que a pessoa ou entidade

culminaram em sua morte. A Casa de Repouso Guararapes funcionava no âmbito do sistema público de saúde e o Estado brasileiro estava, portanto, obrigado a regulamentá-la e fiscalizá-la, não somente em virtude de suas obrigações decorrentes da Convenção Americana, mas também em razão de sua normativa interna.

Como detalhado no caso Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador, a obrigação de garantir os direitos humanos consagrados na Convenção compreende a necessidade de conduta governamental que assegure a existência, na realidade, de uma eficaz garantia do livre e pleno exercício dos direitos humanos. Nesse sentido, uma dessas condições para garantir efetivamente o direito à vida e à integridade pessoal é o cumprimento do dever de realizar investigação séria, imparcial e efetiva, que não seja mera formalidade condenada, de antemão, a ser infrutífera. A investigação deve ser realizada por todos os meios legais disponíveis e orientada à determinação da verdade e à investigação, ajuizamento e punição de todos os responsáveis pelos fatos, especialmente quando estejam ou possam estar implicados agentes estatais. Outrossim, também no caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, as investigações foram morosas e sem resolutividade. A Corte constatou a falta de efetividade do processo interno, erros na investigação, inexistência de uma sentença de primeira instância depois de seis anos da morte violenta de Damião, em uma situação de denegação de justiça por parte das autoridades estatais.

Para embasar a análise dos casos, a Corte utilizou a Constituição e a Lei 8080/90 do Brasil e o Código Civil e a Lei Orgânica da Saúde do Equador.

No que diz respeito ao tema central "Acesso à justiça", no caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, a Corte considerou violados o Artigo 8.1– violação do direito a garantias judiciais e Artigo 25.1 – violação do direito à proteção judicial. No caso Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador, foram violados o Artigo 7.6 – direito a recorrer a um juiz competente sobre a legalidade de sua detenção ou prisão, Artigo 8.1 – direito a ser ouvido dentro de prazo razoável por um juiz ou tribunal competente e Artigo 25.1 – direito a recurso simples e rápido ou a qualquer recurso efetivo. O que diferencia as violações relacionadas ao tema central "Acesso à justiça" é a inclusão do Artigo 7.6 no caso de Guachalá Chimbo, uma vez que a Corte considerou que a forma como sua internação ocorreu violou o direito à revisão de sua legalidade por um órgão revisor fora do hospital psiquiátrico.

esteja atuando nessa capacidade na situação particular. Em seu comentário ao Artigo 5, a Comissão de Direito Internacional explicou que a regra trata de situações em que entidades que não são consideradas órgãos de um Estado exercem funções de caráter público normalmente desempenhadas pelos órgãos do Estado, e a conduta da entidade está relacionada ao exercício da autoridade governamental em questão (ONU, 2001).

Por fim, os itens da lista de checagem diretamente não atendidos no que diz respeito a este tema são: 1. Dimensão Abordagem Legislativa – 2. Desafia-se o estigma e a discriminação associados à saúde mental; 8. Garantia à responsabilização dos serviços de saúde mental; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização – 2. Existência de marco de monitoramento independente para acompanhar a situação dos direitos das pessoas que utilizam serviços de saúde mental; 3. Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental; 4. Garantia que os responsáveis pela análise das reclamações, como instituições nacionais de direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização; 5. No que diz respeito à responsabilidade profissional, previsão de sanções civis, administrativas ou criminais eficazes bem como reparações; 2. Dimensão Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça – 3. Garantia de que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais.

Em suma, os casos Ximenes Lopes *versus* Brasil e Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador demonstram que a dificuldade de acesso à justiça é um problema sistêmico no contexto da saúde mental. Ambos os casos apontam problemas nas investigações iniciais, marcadas por atrasos, omissões na coleta de provas e na obtenção de depoimentos essenciais, que refletem a inércia dos Estados brasileiro e equatoriano em cumprir seu dever de investigar e responsabilizar violações de direitos humanos de maneira célere e efetiva. Essas omissões não apenas dificultaram o esclarecimento dos fatos e a punição dos responsáveis, mas também comprometeram o direito dos familiares de obter reparação.

A tabela abaixo elucida o conjunto de artigos violados nas sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos selecionadas na amostra.

Tabela 12 - Número de violações por artigo da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

Direito violado	Nº Artigo	Número de violações
Artigo 1. Obrigação de Respeitar os Direitos	1.1	2
Artigo 2. Dever de Adotar Disposições de Direito Interno	2	1
Artigo 3. Direito ao Reconhecimento da Personalidade Jurídica	3	1
Artigo 4. Direito à Vida	4	1
	4.1	
Artigo 5. Direito à Integridade Pessoal	5	2
	5.1	2
	5.2	1
Artigo 7. Direito à Liberdade Pessoal	7	1
	7.6	1
Artigo 8. Garantias Judiciais	8.1	2
Artigo 11. Proteção à Honra e à Dignidade	11	1
Artigo 13. Liberdade de Pensamento e de Expressão	13	1
Artigo 24. Igualdade Perante a Lei	24	1
Artigo 25. Proteção Judicial	25	2
Artigo 26. Progresso Econômico, Social e Cultural	26	1
TOTAL		**22**

Fonte: Próprio estudo.

Portanto, os artigos considerados violados em ambas as sentenças foram: Artigo 1. Obrigação de Respeitar os Direitos, Artigo 5. Direito à Integridade Pessoal, Artigo 5.1 – Direito à integridade física, psíquica e moral, Artigo 8 – Garantias Judiciais e Artigo 25 – Proteção Judicial. Demonstram que violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais são recorrentes e que frequentemente resultam em danos para sua integridade física, psíquica e moral.

A seguir, a Tabela 13 demonstra o conjunto de dimensões e itens de checagem não atendidos nos casos analisados.

Tabela 13 - Dimensões e itens da Lista de Checagem não atendidos nos casos da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
1. Abordagem Legislativa		**1**	0
		2	1
		3	1
		4	0
		5	2
		6	0
		7	0
		8	1
2. Conteúdo Legislativo	**2.1. Assegurando a igualdade e não discriminação**	**1**	2
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
		7	2
		8	0
		9	0
		10	0
		11	0
		12	0
		13	1
		14	0
	2.2. Respeitando a personalidade e a capacidade	**1**	1
		2	0
		3	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
		4	1
		5	0
	2.3. Consentimento Informado e Eliminando de Práticas Coercitivas	**1**	1
		2	0
		3	1
		4	2
		5	0
		6	0
		7	0
		8	1
		9	1
		10	0
		11	0
		12	0
	2.4. Acesso a serviços de saúde mental de qualidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
		7	0
		8	0
		9	0
		10	0
	2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
		7	0
		8	0
		9	0
		10	0
	2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas	**1**	0
		2	0
		3	0
	2.7. Garantindo a Responsabilização	**1**	0
		2	1
		3	2
		4	2
		5	1
		6	0
	2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade	**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0
	2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça	**1**	0
		2	0
		3	2
		4	0
		5	0
		6	0
		7	0
3. Processos de Elaboração e Legislativos		**1**	0
		2	0
		3	0

Dimensão	Item	Pergunta (N)	Número de casos
		4	0
		5	0
		6	0
		7	0
4. Implementação e Avaliação		**1**	0
		2	0
		3	0
		4	0
		5	0
		6	0

Fonte: Próprio estudo.

De forma global, na Dimensão 1 - Abordagem Legislativa, o item não atendido em ambos os casos foi o 5, relativo à garantia de respeito à capacidade, consentimento informado e eliminação da coerção. Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.1. Assegurando a Igualdade e Não Discriminação, não foram atendidos os itens 1 – Proibição de todas as formas de discriminação no cuidado de saúde mental, incluindo serviços de saúde mental e o item 7 – Garantia às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental dos mesmos direitos que as pessoas que utilizam os serviços de saúde geral. Na Dimensão 2 – 2.2. Respeitando a Personalidade e a Capacidade Jurídica, não houve itens selecionados. Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.3. Consentimento Informado e Eliminando Práticas Coercitivas, o item não atendido foi o 4 – Proibição de todas as formas de práticas coercitivas dentro dos serviços de saúde mental, incluindo o isolamento e restrições físicas e químicas. Nenhum item foi selecionado da Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo, 2.4 - Acesso a Serviços de Saúde Mental de Qualidade, 2.5. Implementando Serviços de Saúde Mental na Comunidade e 2.6. Garantindo a Participação Plena e Efetiva nas Decisões Públicas. Já na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.7. Garantindo a Responsabilização – os itens não atendidos foram o 3 – Garantia às pessoas que utilizam serviços de saúde mental do direito de registrar reclamações e iniciar processos judiciais relacionados a qualquer aspecto do cuidado em saúde mental e o item 4 – Garantia que os responsáveis pela análise de reclamações, como instituições nacionais de

direitos humanos ou tribunais, ofereçam soluções adaptadas ao indivíduo, incluindo reparação e indenização.

Na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; a) Promovendo a Inclusão da Comunidade, não houve itens selecionados. Por outro lado, na Dimensão 2 – Conteúdo Legislativo – 2.8. Reforma Intersetorial para o Oferecimento de Serviços Holísticos; b) Acesso à Justiça, o item menos atendido foi o 3 – Garantia que todas as salvaguardas substanciais e processuais sejam oferecidas às pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais em igualdade de condições com as demais. Nenhum item foi selecionado como não atendido na Dimensão 3 – Processo de Elaboração e Legislativos e Dimensão 4 – Implementação e Avaliação. Como foram analisados casos de violação e a legislação específica utilizada pela Corte, os itens não atendidos da lista de checagem foram selecionados com base no histórico do caso e violações ocorridas.

A seguir são sintetizados os temas centrais resultantes da análise das sentenças de violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais proferidas pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Tabela 14 - Países em ordem alfabética com temas centrais que emergiram da análise.

País	**Quantidade de julgamentos**
Brasil	Tratamento desumano e degradante (1)
	Acesso à justiça (1)
Equador	Internação involuntária (1)
	Acesso à justiça (1)

Fonte: Próprio estudo.

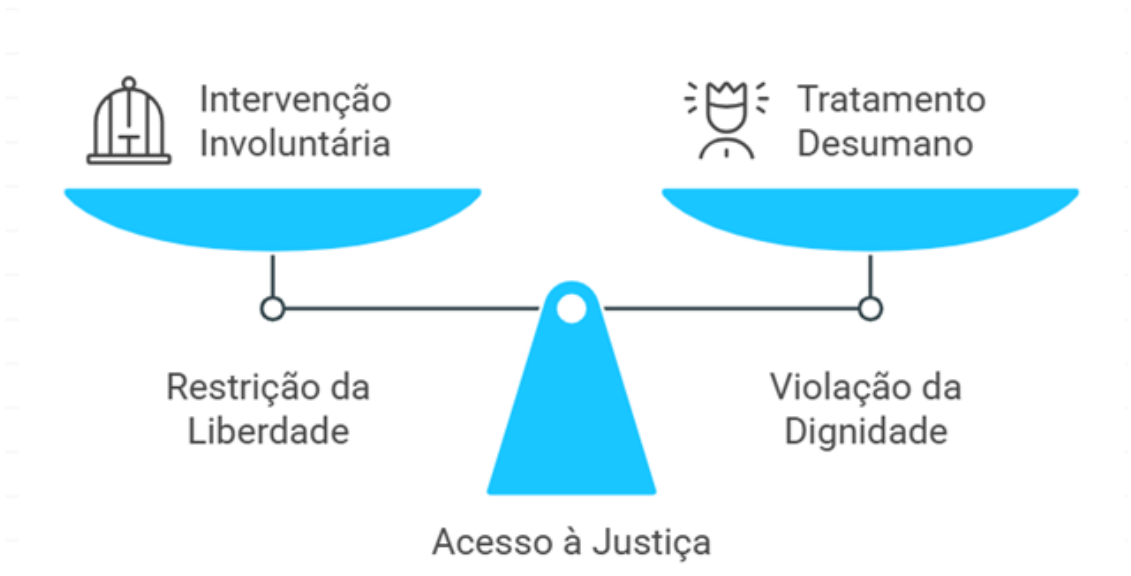
A análise dos dados evidencia que os casos Ximenes Lopes *versus* Brasil e Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador refletem violações recorrentes dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais, com especial ênfase em aspectos como internação involuntária, tratamento desumano e degradante e acesso à justiça. Historicamente, tanto o Brasil quanto o Equador enfrentam desafios na regulamentação e fiscalização dos serviços de saúde mental, ainda que com especificidades de cada contexto institucional.

No caso brasileiro, a sentença destacou o tratamento desumano e degradante, evidenciado pelos maus-tratos e a falta de consentimento informado, enquanto o caso equatoriano centrou-se na prática da internação involuntária e na ineficácia das investigações

sobre o desaparecimento de Luis Eduardo Guachalá Chimbo. A partir dos dados, constata-se que ambos os países também apresentam problemas comuns relacionados ao acesso à justiça, demonstrando que, independentemente do contexto, os familiares das vítimas têm dificuldade em obter mecanismos eficazes para a reparação dos danos e a responsabilização dos Estados. Essa constatação é corroborada pela tabela de violações dos artigos da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que ressalta a violação de direitos como a obrigação de respeitar os direitos (Art. 1.1), a integridade pessoal (Art. 5, 5.1 e 5.2), as garantias judiciais (Art. 8.1) e a proteção judicial (Art. 25).

Em paralelo, a análise comparativa com os itens da lista de checagem da OMS sobre legislações em saúde mental demonstra que as principais lacunas se encontram na garantia do respeito à capacidade, ao consentimento informado, eliminação da coerção, proibição de práticas coercitivas e efetivação dos mecanismos de responsabilização e acesso à justiça.
A figura 22 sintetiza as interrelações entre os temas centrais emergentes.

Figura 22 - Interrelações entre os temas centrais emergentes na amostra de casos analisados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.



Fonte: Figura criada de acordo com dados do estudo, utilizando a ferramenta Napkin AI.

Corte Europeia de Direitos Humanos X Corte Interamericana de Direitos Humanos: casos envolvendo pessoas com transtornos mentais

O Sistema Europeu de Direitos Humanos se embasa na Convenção Europeia de Direitos Humanos de 1950. A Corte Europeia foi estabelecida em 1959 e seu primeiro julgamento ocorreu em 1960, no caso Lawless *versus* Irlanda. Possui, portanto, uma jurisprudência consolidada. Desde seu primeiro julgamento até janeiro de 2025, a Corte Europeia de Direitos Humanos proferiu 69.500 sentenças. Os casos levam, em média, de 5 a 6 anos para serem julgados (EUCRIM, 2021).

O Sistema Interamericano de Direitos Humanos se embasa na Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969. A cerimônia de instalação da Corte Interamericana ocorreu em 1979 e sua primeira sentença foi proferida em 1988, no caso Velásquez Rodríguez *versus* Honduras. Nota-se que, em seu início, a Corte Interamericana possuía um perfil mais consultivo que contencioso e nos sete primeiros anos de sua atuação, foram expedidas quatro opiniões consultivas e nenhum julgamento de caso contencioso. Até janeiro de 2025, foram julgados 541 casos contenciosos. Em 2023, o tempo médio de processamento e análise de casos junto à Corte era de 26 meses (INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS, 2023).

Neste estudo, foram selecionados para análise 41 (95%) casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos (40 julgados por Câmaras e 1 julgado pela Grande Câmara – K. e T. versus Finlândia), envolvendo 16 países, eminentemente do Leste Europeu e 2 (5%) casos da Corte Interamericana de Direitos Humanos, envolvendo dois países sul-americanos. No total, 43 sentenças compuseram a amostra deste trabalho.

Desde a implementação do atual sistema da Convenção Europeia de Direitos Humanos, a Corte Europeia de Direitos Humanos passou por inúmeras reformas procedimentais, com o objetivo de aumentar sua eficiência e garantir a eficácia a longo prazo de sua atuação. Essas reformas transformaram significativamente o funcionamento da Corte, aprimorando os mecanismos de acesso à justiça para os requerentes, que podem exercer seu direito individual de petição. Esse avanço representou uma mudança significativa na proteção dos direitos humanos no continente europeu, pois permitiu aos cidadãos apresentarem suas queixas e reivindicações sem intermediários. Dessa forma, qualquer pessoa presente no território de um Estado signatário pode se valer da Convenção para garantir seus direitos, independentemente de sua nacionalidade, cidadania ou tempo de permanência no país, o que amplia significativamente o número de indivíduos que podem recorrer à Corte em busca de proteção de seus direitos humanos.

Em contrapartida, com essa abertura, a Corte Europeia passou a enfrentar um aumento exponencial de solicitações. Diante dessa realidade, a Corte identificou que grande parte dos requerentes e até mesmo advogados desconheciam os critérios de admissibilidade, resultando em muitas queixas não admitidas. A possibilidade de apresentar uma queixa sem a necessidade inicial de um advogado, a simplicidade formal do processo e a gratuidade podem gerar a falsa impressão de um acesso facilitado à Corte. No entanto, a própria Corte alerta que o registro de uma queixa não garante sua admissibilidade ou fundamentação adequada.

Em 2021, a Corte introduziu uma nova estratégia de gerenciamento de casos que reduziu seu acúmulo de processos pendentes de 160.000 em 2011 para 65.000 em 2021. Durante esse período, uma política de priorização, baseada em sete categorias que vão desde queixas urgentes até aquelas claramente inadmissíveis, permitiu a aceleração dos prazos de processamento (EUCRIM, 2021). Ainda, questões culturais internas dos Estados-membros podem tornar a implementação das decisões da Corte Europeia mais complexa, gerando resistência por parte dos governos. Para lidar com essa realidade, a Corte adota o princípio da margem de apreciação *(margin of appreciation),* que permite certo grau de flexibilidade na interpretação da Convenção Europeia de Direitos Humanos. Esse mecanismo busca equilibrar a soberania dos Estados com suas obrigações enquanto signatários da Convenção (PAIVA, 2016).

No âmbito do Sistema Interamericano, o acesso individual à justiça é viabilizado por meio da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que funciona como porta de entrada para as vítimas de violações de direitos humanos, oferecendo a possibilidade de encaminhamento de denúncias. Em síntese, a Comissão submete à consideração da Corte casos nos quais os Estados não tenham cumprido suas recomendações sobre um caso individual submetido ao seu conhecimento. Isto ocorre sempre que o Estado tenha aceitado a jurisdição contenciosa da Corte Interamericana. Como consequência, a Comissão se converte em parte demandante perante a Corte. Ainda, é importante reforçar que a análise prévia da Comissão oferece a Corte um material extremamente rico para seu julgamento, o que possibilita que suas sentenças sejam detalhadas e minuciosas, especialmente se comparadas com as sentenças proferidas pela Corte Europeia.

É relevante destacar também que o Artigo 64 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos confere à Corte Interamericana amplo poder discricionário para determinar as medidas necessárias para garantir ao prejudicado o gozo do direito violado e reparar as consequências da violação aos direitos humanos. Nesse aspecto, pode-se afirmar que a autoridade atribuída à Corte Interamericana de Direitos Humanos é maior do que a conferida à

Corte Europeia de Direitos Humanos, que não pode exigir que um Estado-parte responsabilize penal ou administrativamente os autores de infrações à Convenção Europeia de Direitos Humanos. A principal distinção entre os dois sistemas reside no fato de que a execução das sentenças da Corte Europeia depende do ordenamento jurídico interno de cada Estado-parte, enquanto a Corte Interamericana possui autonomia para estabelecer medidas de reparação, fundamentando-se na própria Convenção Interamericana e nos princípios gerais do direito internacional (APOLINÁRIO, 2019). A comparação entre as sentenças da Corte Europeia e da Corte Interamericana analisadas neste estudo demonstra uma diferença significativa no montante das reparações estipuladas pela Corte Europeia e Corte Interamericana, com valores consideravelmente maiores no âmbito do Sistema Interamericano. Ainda, as sentenças da Corte Interamericana analisadas incluíam: previsões de mudanças nos processos judiciais internos dos países; indicação para a realização de programas de formação e capacitação de profissionais de saúde; realização de investigação detalhada dos acontecimentos que resultaram nas violações; regulamentação da obrigação internacional de oferecer apoio às pessoas com deficiência em tratamentos compulsórios; desenvolvimento de cartilhas e vídeos informativos; e protocolos de atuação em caso de desaparecimento de pessoas com deficiência de instituições de saúde.

Segundo estatísticas da Corte Europeia de Direitos Humanos, mais de 41% das violações analisadas dizem respeito ao Artigo 6 da Convenção, que garante o direito ao devido processo legal e ao contraditório. O segundo dispositivo mais frequentemente infringido é o Artigo 5, que protege o direito à liberdade e à segurança (12,43%). No entanto, ofensas mais graves, como as relacionadas ao direito à vida e à proibição de tortura e tratamento desumano ou degradante (Artigos 2 e 3), somadas, representam 14,72% dos casos (PAIVA, 2016). Nos casos analisados neste estudo, as violações do Artigo 5 (liberdade e segurança) prevaleceram, seguidas de violações ao Artigo 8 (vida privada e familiar) e do Artigo 6 (processo equitativo), uma vez que tratavam predominantemente de internações involuntárias e compulsórias, capacidade jurídica e acesso à justiça envolvendo pessoas com transtornos mentais.

No contexto da Corte Interamericana, o número de Artigos violados da Convenção Americana nas duas sentenças analisadas foi significativamente maior que os Artigos considerados violados pela Corte Europeia nas 41 sentenças estudadas. Em ambas as sentenças, a Corte Interamericana considerou violados: Artigo 1 (respeito aos direitos), Artigo 5 (integridade pessoal), Artigo 5.1(integridade física, psíquica e moral), Artigo 8 (garantias judiciais) e Artigo 25 (proteção judicial). Maior ênfase foi dada à integridade pessoal (física, psíquica e moral) e às garantias judiciais e proteção judicial.

Nota-se, também, nos dois casos sul-americanos a importância atribuída pela Corte Interamericana ao direito à saúde, considerado no âmbito do Artigo 26 – Desenvolvimento Progressivo, inserido no Capítulo III – Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Convenção Americana.

Ainda, ao se observar o quantitativo reduzido de casos envolvendo pessoas com transtornos mentais julgados pela Corte Interamericana em comparação com a Corte Europeia de Direitos Humanos, infere-se que a disseminação de informações acerca da jurisdição interamericana ainda é limitada na região. Ademais, constata-se que a cultura de reivindicação e o conhecimento sobre direitos humanos estão em estágio incipiente, especialmente no que diz respeito a grupos historicamente excluídos, em contraste com a tradição consolidada de mobilização e exigência desses direitos na Europa.

De forma geral, as condenações relacionadas a direitos de pessoas com transtornos mentais por ambas as Cortes reforçam a necessidade cada vez mais urgente de se repensar as formas como o Direito lida com o sofrimento mental. Embora os contextos e os procedimentos dos sistemas europeu e interamericano apresentem diferenças culturais e jurídicas, ambos demonstram um compromisso comum com a proteção efetiva dos direitos humanos, por meio da criação de mecanismos que facilitem o acesso à justiça e assegurem a responsabilização dos Estados. Nessa perspectiva, ambas as Cortes buscam preservar e desenvolver sua própria jurisprudência citando decisões e julgamentos anteriores em cada novo caso que julgam, fortalecendo o reconhecimento de um conjunto de direitos humanos em suas respectivas regiões. Entretanto, ambos os sistemas enfrentam dificuldade em acompanhar a implementação de mudanças em prol dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais pelos Estados-partes. A seguir, apresenta-se quadro sintetizando aspectos legais e de funcionamento da Corte Europeia e da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Quadro 52 - Quadro comparativo entre a Corte Europeia de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Aspecto	Corte Europeia de Direitos Humanos	Corte Interamericana de Direitos Humanos
Base legal	Convenção Europeia de Direitos Humanos (1950) e Protocolos Adicionais	Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969) e Protocolos Adicionais
Primeiro caso julgado	Lawless *versus* Irlanda (1988)	Velásquez Rodriguez versus Honduras (1988)
Casos julgados	69.500 sentenças em janeiro de 2025	541 sentenças em janeiro de 2025
Mecanismo de acesso	Direito individual de petição	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
Direitos violados na maioria dos casos da amostra	Violações relacionadas à liberdade (Art. 5), ao devido processo (Art. 6), à vida privada e familiar (Art. 8).	Violações envolvendo integridade pessoal (Art. 5 e 5.1), garantias judiciais (Art. 8 e 25).

Fonte: Próprio estudo.

Figura 23 – Corte Europeia de Direitos Humanos X Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Fonte: Figura criada de acordo com dados do estudo, utilizando a ferramenta Napkin AI.

7 Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fundamenta-se na perspectiva de direitos humanos que ganhou força e legitimidade a partir do movimento internacional de proteção dos direitos fundamentais, consolidado no período pós-Segunda Guerra Mundial, como resposta às atrocidades cometidas naquele contexto histórico. Dentre os chamados direitos de segunda dimensão, que englobam os direitos econômicos, sociais e culturais, esta pesquisa centrou-se no direito à saúde, com especial atenção ao direito à saúde mental, reconhecido como componente essencial da dignidade humana e do bem-estar integral.

O avanço na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais não pode ser compreendido sem considerar a convergência de dois movimentos internacionais de grande relevância: o movimento global pelos direitos humanos, que impulsionou a criação de tratados e sistemas de responsabilização internacional; e o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência, que promoveu uma mudança de paradigma, passando de uma abordagem médica e assistencialista para uma perspectiva de direitos, autonomia e inclusão. A articulação entre esses dois campos foi decisiva para a consolidação de instrumentos normativos, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), e para o fortalecimento das lutas por reconhecimento, participação e não discriminação das pessoas com transtornos mentais em âmbito global.

No contexto do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, este trabalho descreveu detalhadamente o cenário de aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e sua relevância para a celebração posterior de um conjunto de tratados e instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos. Foi o primeiro documento internacional a apresentar os direitos civis, políticos, econômicos, culturais e sociais como universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. Dessa forma, reforçou a condição de pessoa como único requisito para a titularidade de direitos (universalismo). Nesse sentido, representou um marco para a negociação e aprovação, em 1966, do Pacto da ONU sobre Direitos Civis e Políticos e do Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais, assim como para a configuração de um sistema universal de proteção dos direitos humanos, com mecanismos específicos de monitoramento.

A interpretação do direito à saúde, consagrado no Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, passou por uma importante evolução conceitual ao longo das últimas décadas. Inicialmente compreendido de forma mais restrita, associado quase exclusivamente ao

acesso a serviços médicos e hospitalares, esse direito passou a ser reconhecido como um direito humano multidimensional, que envolve não apenas a ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, mental e social das pessoas.

Essa ampliação conceitual incorporou a compreensão de que a realização plena do direito à saúde depende de um conjunto de determinantes sociais e estruturais, como moradia adequada, alimentação, educação, saneamento, trabalho digno e condições ambientais saudáveis. Nesse contexto, o presente estudo lança luz sobre o direito à saúde mental como uma dimensão essencial do direito à saúde.

A análise realizada considera, de forma particular, a intersecção entre transtornos mentais, pobreza e desigualdades sociais, evidenciando como esses fatores se entrelaçam e se reforçam mutuamente, agravando as vulnerabilidades e ampliando as barreiras ao exercício pleno de direitos. O estudo propõe, portanto, uma abordagem integral e intersetorial que promova a equidade e reconheça a saúde mental como um direito humano fundamental, que deve ser assegurado com base em princípios de dignidade, justiça social e inclusão.

O outro movimento relevante analisado nesta pesquisa foi o da proteção das pessoas com deficiência, que se consolidou em 2006, com a aprovação da CDPD, reforçando o paradigma da deficiência focado nos direitos humanos, em detrimento de um 'modelo médico', que historicamente justificou o sofrimento, exclusão e repressão social, como consequência direta do fato da pessoa apresentar qualquer deficiência, dentre elas as deficiências psicossociais, como os transtornos mentais. O modelo médico promoveu a institucionalização forçada de pessoas com transtornos mentais, desconsiderando seu direito ao consentimento livre e informado ou de recusar o tratamento, baseando-se na suposição de sua incapacidade para a tomada de decisões. A CDPD contesta esses pressupostos, embasada em um modelo de igualdade inclusiva relevante para os cuidados e apoio à saúde mental. Pode-se afirmar que busca equilibrar a necessidade de igualdade com o reconhecimento da diversidade.

Complementando o sistema global de proteção dos direitos humanos, foram implementados sistemas regionais de proteção na Europa, Américas e África, inseridos em processos de integração regional. Este estudo centrou-se nos sistemas europeu e interamericano e apresentou como objetivo geral analisar os direitos das pessoas com transtornos mentais violados e julgados no âmbito dos sistemas de proteção de direitos humanos europeu e interamericano no período de 2000 a 2023.

Com base em uma busca sistematizada nos sites da Corte Europeia de Direitos Humanos e da Corte Interamericana de Direitos Humanos, foram selecionados casos envolvendo violações de direitos de pessoas com transtornos mentais que compuseram a

amostra deste estudo: 41 da Corte Europeia e 2 da Corte Interamericana. Da análise das sentenças emergiram temas centrais comuns envolvendo violações a direitos deste grupo vulnerável da população.

Sendo assim, os temas comuns nos dois sistemas regionais de proteção foram "internação involuntária e compulsória"[108], "tratamento desumano e degradante"[109] e "acesso à justiça"[110]. Os casos julgados por ambas as Cortes demonstraram a dificuldade de os Estados cumprirem sua obrigação de proteger a saúde das pessoas com transtornos mentais, assegurando seu acesso a serviços de qualidade e que respeitem os seus direitos humanos.

De forma geral, as situações estudadas de "internação involuntária e compulsória" desconsideraram a importância do consentimento informado das pessoas com transtornos mentais, assim como a necessidade de revisão da internação por órgãos independentes. Ainda, os casos demonstraram que a maioria dos países não questionou o modelo biomédico de saúde mental e o tratamento involuntário. O tema destaca a falsa dicotomia entre o direito à liberdade e segurança dessas pessoas e o direito a receberem cuidados de saúde mental que considerem sua especificidade e diversidade.

Os hospitais ou serviços de saúde mental frequentemente usam práticas coercitivas com base em um risco percebido para a pessoa em sofrimento ou proveniente dela. No entanto, essa abordagem levanta sérias preocupações quanto à subjetividade, além de tender a subestimar os efeitos nocivos da coerção sobre o bem-estar, a autoestima da pessoa e a relação terapêutica. A persistência dessas práticas é agravada por limitações de recursos, falta de opções alternativas de cuidado, conhecimento insuficiente e habilidades inadequadas para o manejo de crises de forma não confrontativa. De acordo com a CDPD, os países devem eliminar práticas,

---

[108] Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Storck *versus* Alemanha, Tám *versus* Eslováquia, Gajcsi *versus* Hungria, Plesó *versus* Hungria, L.M. *versus* Letônia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, Mockuté *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Reynolds *versus* Reino Unido, Atudorei *versus* Romênia, B. *versus* Romênia, Bataliny versus Rússia, Bik *versus* Rússia, Khabirov *versus* Rússia, Lashin versus Rússia, Mifobova versus Rússia, Petukhova *versus* Rússia, Rakevich versus Rússia, Shchiborshch e Kuzmina versus Rússia, Shulepova versus Rússia, Zagidulina versus Rússia, Bures versus Tchéquia, Cervenka versus Tchéquia, Sykora versus Tchéquia, Akopyan versus Ucrânia, M. *versus* Ucrânia.
Caso julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos: Ximenes Lopes *versus* Brasil.

[109] Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Bures *versus*Tchéquia.
Caso julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos: Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador.

[110] Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Berková *versus* Eslováquia, H.A.L. *versus* Finlândia, D.D. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Reynolds *versus* Reino Unido, Atudorei *versus* Romênia, Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Mifobova *versus* Rússia, Khabirov *versus* Rússia, Rakevich *versus* Rússia, Shchiborshch e Kuzmina *versus* Rússia, Shulepova *versus* Rússia, Traskunova *versus* Rússia, Bures *versus* Tchéquia, Cervenka *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia, Surikov *versus* Ucrânia.
Casos julgados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos: Ximenes Lopes *versus* Brasil e Guachalá Chimbo e outros *versus* Equador.

como a internação e o tratamento involuntários, que restringem a capacidade das pessoas de exercer sua capacidade jurídica. O consentimento informado das pessoas deve sempre ser buscado e respeitado.

Em ambos os sistemas foram também analisados casos em que ocorreu o "tratamento desumano e degradante", em que pessoas com transtornos mentais foram tratadas com brutal desumanidade em suas internações, resultando, em dois casos, na morte dos respectivos pacientes. Nessas situações, as instituições de saúde mental, que deveriam garantir um tratamento adequado, foram as responsáveis por graves violações ao direito à vida e à integridade física e mental de pessoas com transtornos mentais, submetendo-as ao uso indiscriminado da força, especialmente por meio da contenção física e química, e com condições totalmente inadequadas de assistência.

O terceiro tema central comum aos dois sistemas de proteção foi o "acesso à justiça". É relevante afirmar que a dificuldade de "acesso à justiça" perpassa os diferentes casos de violações (responsabilidade de estabelecimentos de saúde, revisão de declaração de incapacidade, substituição de curadores, proteção contra tratamentos inadequados, questões de confidencialidade de dados, dentre outras), impedindo que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso interno à proteção judicial e a processos equitativos, por tribunais independentes e imparciais, assim como o direito a recursos efetivos. Nesse contexto, reafirma-se a urgência de fortalecer as garantias processuais e remover os obstáculos institucionais, legais, culturais e atitudinais que dificultam ou inviabilizam o acesso à justiça por pessoas com transtornos mentais.

Emergiram da análise dos casos da Corte Europeia de Direitos Humanos outros seis temas: "capacidade jurídica"[111], "acesso ao prontuário médico"[112], "acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental" [113], "direito de registrar como pai filha biológica"[114], "limitação e restrição de contato com filhos"[115] e "pessoa com transtorno mental participante de pesquisa"[116].

---

111 Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Nikolyan *versus* Armênia, Anatoliy Marinov *versus* Bulgária, Kruskovic *versus* Croácia, Berková *versus* Eslováquia, A.N. *versus* Lituânia, D.D. *versus* Lituânia, K.C. *versus* Polônia, Kedzior *versus* Polônia, Lashin *versus* Rússia, Cervenka *versus* Tchéquia, Sykora *versus* Tchéquia, Nataliya Mikhaylenko *versus* Ucrânia.

112 Caso julgado pela Corte Europeia de Direitos Humanos: L.M. *versus* Letônia.

113 Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Mockuté *versus* Lituânia, Surikov *versus* Ucrânia.

114 Caso julgado pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Kruskovic *versus* Croácia.

115 Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Gluhakovic *versus* Croácia, K. e T. *versus* Finlândia, M.L. *versus* Noruega, B. *versus* Romênia, Cinta *versus* Romênia.

116 Casos julgados pela Corte Europeia de Direitos Humanos: Bataliny *versus* Rússia, Belenko *versus* Rússia, Bures *versus*Tchéquia.

Tomar decisões é central para a autonomia de uma pessoa e para a essência de sua personalidade, sendo um componente fundamental para possibilitar que um indivíduo tenha controle sobre sua vida e participe da sociedade. Todavia, os casos incluídos no tema central "capacidade jurídica" demonstram uma abordagem paternalista dos Estados, adotando eminentemente um modelo substitutivo de tomada de decisão. Apontam para situações em que as pessoas com transtornos mentais foram privadas de sua capacidade de decisão e de seu direito à autodeterminação, com outros assumindo a autoridade para tomar decisões em seu lugar.

Nessa perspectiva, neste estudo discute-se a relevância do Artigo 12 da CDPD, que preconiza o reconhecimento da capacidade jurídica das pessoas com deficiência e o direito de exercerem essa capacidade em igualdade de condições com as demais pessoas ou por meio da tomada de decisão apoiada, que envolve a pessoa escolhendo alguém de sua confiança para apoiá-la na avaliação das opções de tratamento e cuidado, de forma que ela possa tomar suas próprias decisões. Esse apoiador também pode ajudar a comunicar essas escolhas quando a pessoa não puder fazê-lo. Outrossim, apesar de sua relevância, até o momento, nenhum país implementou plenamente o artigo 12 da CDPD, especialmente no que diz respeito ao modelo de tomada de decisão apoiada.

A declaração da incapacidade das pessoas com transtornos mentais se relaciona diretamente aos casos de "internação involuntária", assim como aos temas "limitação de contato com filhos" e "direito de registrar filho como pai". Constata-se, portanto, a discriminação sofrida por pessoas com transtornos mentais em seus direitos parentais e familiares, violando seu direito à vida familiar e privada.

A "capacidade jurídica" também está relacionada ao tema central "participação em pesquisas sem consentimento", em situações de "internação involuntária". Desse modo, pesquisas com indivíduos incapazes de consentir só podem ser realizadas em condições extremamente excepcionais e devem levar em conta a diferença de poder entre o médico, responsável pela pesquisa, e o paciente, participante da pesquisa.

Por fim, no tema central "acesso ao prontuário médico" ocorreu a violação do direito ao acesso a registros médicos pelo próprio paciente. Em contraposição, houve dois casos de "acesso de terceiros não autorizados a informações de saúde mental" de pessoas com transtornos mentais, violando seu direito à privacidade e confidencialidade de informações relacionadas à sua saúde. Essas situações desvelaram o estigma com relação ao transtorno mental, reafirmando os mitos da incompetência das pessoas com transtornos mentais e de sua periculosidade.

Da análise das legislações nacionais mencionadas pelas Cortes, com base nos níveis de proteção legal de pessoas com transtornos mentais apontados por Szmukler e Bach (2015), pode-se argumentar que a grande maioria está no Nível 1, ou seja, as leis existem, mas não são observadas na prática, e uma minoria no Nível 0, quando não existem leis de proteção.

Neste estudo, para cada caso de violação foram associados itens da lista de checagem da OMS (2023) diretamente não atendidos. Nesse sentido, importa advertir que a lista de checagem foi construída com base nos artigos da CDPD, levando-se em consideração as diretrizes do modelo de desinstitucionalização fundamentado no cuidado à saúde mental na comunidade. Constata-se que este modelo foi citado apenas na sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos referente ao caso Ximenes Lopes *versus* Brasil. Acredita-se que o contexto dos sistemas de saúde mental e legal dos países analisados ainda está muito longe da implementação de um cuidado em serviços comunitários, o que pode ter prejudicado uma análise mais profunda e abrangente das quatro dimensões e respectivos itens da lista de checagem nos casos que compõem a amostra desta pesquisa. Observou-se, de maneira global, a negligência das legislações analisadas em considerarem os determinantes sociais da saúde mental.

Os determinantes sociais e estruturais impactam a saúde mental de todas as pessoas, mas seus efeitos são desiguais. As pessoas que possuem maior nível de escolaridade, recursos financeiros, poder e conexões sociais tendem a estar mais protegidas contra fatores de risco e conseguem, como consequência, adotar estratégias de cuidado e prevenção mais efetivas. Em contraposição, a falta de emprego, a instabilidade no trabalho, o estresse ocupacional, a pobreza, a moradia precária e a má alimentação aumentam significativamente a vulnerabilidade a transtornos mentais. Com acesso restrito a recursos e apoio, esses grupos ficam mais expostos a riscos e com menos condições de proteger sua saúde mental, o que agrava ainda mais seu sofrimento psicológico. Nesse complexo contexto, é essencial que os profissionais de saúde mental compreendam o impacto dos determinantes sociais e estruturais na vida das pessoas. Sendo assim, a saúde mental deve atuar em estreita colaboração com outros setores sociais visando responder às múltiplas necessidades das pessoas com transtornos mentais.

Nos casos analisados verificou-se, portanto, a falta de uma abordagem intersetorial para a saúde mental, com o propósito de desafiar o estigma e a discriminação vivenciados pelas pessoas com transtornos mentais. Essas pessoas não tiveram acesso a serviços de saúde mental que respondessem às suas necessidades individuais e respeitassem seus direitos e dignidade. Receberam serviços e apoio de baixa qualidade, além de tratamentos desumanos e degradantes, com a utilização de isolamento e contenções não justificáveis. Foram institucionalizadas em

hospitais psiquiátricos ou instituições de assistência social em condições deploráveis. Essas extensas violações e os traumas resultantes certamente tiveram consequências duradouras para os próprios indivíduos, suas famílias e comunidades.

Diante do cenário em que mais de 70% das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental não têm acesso a serviços adequados, é fundamental que os sistemas de saúde mental adotem abordagens centradas em direitos e baseadas na comunidade para promover mudanças efetivas e implementar legislações alinhadas aos critérios da lista de checagem. Atualmente, a maior parte dos serviços de saúde mental está concentrada nas grandes cidades, distantes das regiões onde muitas pessoas vivem, sendo oferecidos principalmente por grandes hospitais psiquiátricos e instituições de cuidado social, que mantêm as pessoas em situações de confinamento e rotinas rígidas. Esses modelos institucionais têm um histórico de violações de direitos humanos, fornecem cuidados de baixa qualidade e geram resultados de saúde precários.

Visando enfrentar esses desafios é também relevante promover ações para lidar com o estigma, favorecendo a participação das pessoas com transtornos mentais nos processos de tomada de decisão, assim como fortalecer medidas de responsabilização e corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos nos processos do cuidado em saúde mental.

Historicamente excluídas das decisões sobre sua própria vida e saúde, pessoas com transtornos mentais seguem tendo sua experiência desvalorizada, inclusive na área da saúde mental. A CDPD, no entanto, reconhece o valor de suas contribuições e garante seu direito à participação plena e efetiva em todas as etapas das políticas que as afetam. Essa participação deve ser significativa, influenciando desde a formulação até a implementação e avaliação das ações, e aproveitando o conhecimento, as soluções e o apoio que essas pessoas podem oferecer, como especialistas pares ou facilitadoras de grupos de apoio.

Além disso, é condição *sine qua non* que os países aloquem um orçamento para a saúde mental compatível com os desafios enfrentados e as ações propostas. A escassez de recursos tem comprometido a sustentabilidade e implementação das iniciativas, gerando menor engajamento dos envolvidos e impedindo a obtenção dos resultados esperados. Por outro lado, alocar recursos adequados de forma estratégica pode fortalecer as redes de atenção psicossocial, viabilizar abordagens comunitárias centradas em direitos, garantir acesso equitativo aos cuidados e, sobretudo, contribuir para a superação de práticas violadoras de direitos humanos, como as estudadas nesta tese.

Em síntese, a análise dos casos com base nos critérios da lista de checagem revela os seguintes pontos críticos:

- ✓ Desconsideração dos determinantes sociais e estruturais que impactam diretamente a saúde mental da população.
- ✓ Ausência de articulação intersetorial, dificultando respostas integradas e eficazes.
- ✓ Serviços de saúde mental com baixa qualidade, que muitas vezes desrespeitam os direitos e necessidades individuais das pessoas com transtornos mentais.
- ✓ Predominância de modelos institucionais ultrapassados, centrados no isolamento e na medicalização.

Diante desses desafios, recomenda-se:

- ✓ Adoção de modelos comunitários e baseados em direitos, mais próximos das realidades locais e das pessoas.
- ✓ Promoção da participação ativa de pessoas com transtornos mentais em todas as etapas da formulação e implementação de políticas públicas.
- ✓ Enfrentamento do estigma e da discriminação, fortalecendo a inclusão social.
- ✓ Destinação de orçamento compatível com as ações propostas, garantindo a sustentabilidade das mudanças necessárias.

Por fim, esta tese ressalta a importância das jurisprudências coletivas dos sistemas regionais europeu e interamericano, que têm desempenhado um papel fundamental ao oferecer interpretações inovadoras e estabelecer marcos normativos relevantes no enfrentamento das violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Ambas as cortes regionais têm contribuído para o fortalecimento de uma abordagem baseada em direitos, promovendo padrões que incentivam a proteção da dignidade, da autonomia e da integridade dessas pessoas, em consonância com os principais tratados e documentos internacionais de direitos humanos, incluindo a CDPD.

Apesar das convergências normativas e dos avanços registrados nos dois sistemas, destacam-se diferenças estruturais relevantes no que diz respeito ao acesso à justiça. O sistema europeu se caracteriza por permitir o acesso direto de indivíduos à Corte Europeia de Direitos Humanos, o que amplia as possibilidades de reivindicação de direitos e fortalece o papel dos cidadãos como agentes ativos na promoção da justiça.

Já no sistema interamericano, o acesso à Corte Interamericana de Direitos Humanos é condicionado à atuação prévia da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que atua como filtro intermediário no processamento dos casos. Essa via indireta, embora tenha seu valor dentro da lógica de complementaridade e de esgotamento dos recursos internos, pode representar um obstáculo adicional, especialmente para grupos vulneráveis que já enfrentam barreiras estruturais e institucionais de acesso à justiça.

Essas diferenças ressaltam a importância de se considerar o desenho institucional de cada sistema ao se analisar sua efetividade na promoção e garantia dos direitos humanos, especialmente no que tange à proteção das pessoas com transtornos mentais. Ao mesmo tempo, reforçam a necessidade de fortalecer os mecanismos regionais, tanto no sentido da acessibilidade quanto da efetividade, garantindo que o reconhecimento normativo de direitos se traduza, de fato, em proteção concreta.

No que diz respeito à análise comparativa das sentenças, observa-se uma distinção significativa entre os padrões adotados pela Corte Europeia de Direitos Humanos e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, tanto em termos de extensão quanto de conteúdo. As decisões da Corte Europeia tendem a ser mais concisas, com fundamentações jurídicas mais objetivas e reparações geralmente limitadas a compensações financeiras de menor valor. Essa abordagem reflete, em parte, a tradição jurídica do sistema europeu, que privilegia a uniformidade das decisões, bem como a aplicação estrita dos dispositivos da Convenção Europeia de Direitos Humanos.

Em contraste, as sentenças da Corte Interamericana revelam um nível elevado de detalhamento argumentativo e uma abordagem integral das violações. As reparações impostas aos Estados violadores são, em regra, mais abrangentes e incluem não apenas indenizações pecuniárias de maior valor, mas também medidas de natureza simbólica, estrutural e garantias de não repetição. Tais medidas podem envolver, por exemplo, a implementação de políticas públicas, reformas legislativas, capacitação de agentes estatais e a prestação de serviços de saúde física e mental às vítimas.

Outro aspecto que merece destaque é a amplitude das violações reconhecidas. Nas decisões da Corte Interamericana, o número de artigos considerados violados costuma ser mais elevado, refletindo uma leitura interdependente e indivisível dos direitos humanos. A Corte frequentemente articula direitos civis e políticos com direitos econômicos, sociais e culturais, conferindo-lhes aplicabilidade direta. Nesse contexto, destaca-se a interpretação progressista do direito à saúde, incluindo a saúde mental, como um direito autônomo protegido pelo artigo 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Essa leitura tem permitido à Corte Interamericana afirmar a obrigatoriedade de os Estados garantirem o acesso a serviços de saúde adequados, acessíveis e de qualidade, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade.

Tais diferenças evidenciam não apenas abordagens institucionais distintas entre os sistemas europeu e interamericano, mas também concepções variadas sobre o alcance e a

efetivação dos direitos humanos, com implicações diretas na forma como as violações são reconhecidas, reparadas e prevenidas.

Como possíveis limitações deste trabalho, enfatiza-se que as palavras-chave escolhidas para a busca das sentenças no site da Corte Europeia de Direitos Humanos podem ter excluído algum julgamento que estivesse de acordo com o critério de inclusão adotado. Todavia, apesar desta restrição, acredita-se que o conjunto de sentenças estudadas foi representativo das diversas violações de direitos humanos sofridas por pessoas com transtornos mentais na Europa. No caso do sistema interamericano, foram lidos os resumos de todas as sentenças proferidas no período do estudo.

Das análises realizadas emergem inúmeras possibilidades de estudos futuros. Dentre as oportunidades, pode-se aprofundar cada um dos temas centrais, seja individualmente, ou por meio de análises comparativas entre os sistemas europeu e interamericano. Outra possibilidade consiste na investigação dos impactos concretos das decisões das Cortes nos países envolvidos, especialmente no que diz respeito à implementação das medidas reparatórias, à transformação das políticas públicas e à efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Estudar os avanços e os obstáculos enfrentados pelos Estados na aplicação das sentenças pode contribuir para identificar boas práticas, lacunas e fatores estruturais que favorecem ou dificultam a concretização dos direitos reconhecidos.

Em síntese, as violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais evidenciadas nesta tese configuram uma verdadeira emergência de saúde pública em escala global. Essas violações decorrem de um contexto marcado por subfinanciamento crônico, ausência de vontade política e institucional, e por marcos legais que, ao invés de proteger, frequentemente perpetuam práticas discriminatórias e abusivas. Tal cenário não apenas compromete a dignidade e os direitos dessas pessoas, como também agrava significativamente sua condição de saúde física e mental. Diante disso, a promoção e a defesa dos direitos humanos emergem como caminhos promissores e necessários para a transformação das políticas de saúde mental. Ao colocar as pessoas no centro das estratégias de cuidado, esse enfoque pode impulsionar mudanças estruturais, fortalecer práticas baseadas na comunidade e fomentar serviços mais justos, inclusivos e eficazes. Assim, reforça-se a importância de que os países que integram os sistemas europeu e interamericano de direitos humanos assumam o compromisso de alinhar suas legislações, políticas e práticas aos princípios internacionais de direitos humanos, como condição essencial para garantir um cuidado em saúde mental ético, equitativo e inclusivo.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. L. **Os Direitos Humanos na Pós-Modernidade.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2005. 254 p.

LYTVYNENKO, A. A. A right of access to medical records: the contemporary case law of the European Court of Human Rights and the jurisprudence of Germany. **Athens Journal of Law**, v. 6, n. 1, p. 103-122, jan. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.30958/ajl.6-1-6.

APOLINÁRIO, B. C. B. **Reflexões sobre a efetividade das decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** 2019. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Justiça Social, Criminalidade e Direitos Humanos, Instituto Legislativo Brasileiro, Brasília, 63 p.

ARENDT, H. **Origens do Totalitarismo.** Tradução Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ARIAS, G.P. **La Efectividad Jurídica de las Decisiones de La Corte Interamericana de Derechos Humanos**. San José, C.R. 2002. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/tablas/13236-1.pdf.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque: Princípios éticos para pesquisas médicas envolvendo seres humanos**. 18. ed. Helsinki, 1964. Emendas subsequentes. Disponível em: https://www.wma.net/pt/politicas-postas-em-pratica/a-declaracao-de-helsinque/.

BACKMAN, G.; HUNT, P.; KHOSLA, R.; JARAMILLO-STROUSS, C.; FIKRE, B. M.; RUMBLE, C.; PEVALIN, D.; ACURIO PÁEZ, D.; ARMIJOS PINEDA, M.; FRISANCHO, A.; TARCO, D.; MOTLAGH, M.; FARCASANU, D.; VLADESCU, C. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*, v. 372, n. 9655, p. 2047–2085, 2008.

BERNARDES, E. M.; VENTURA, C. Direitos Humanos no Brasil: uma análise da demanda brasileira junto a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos no período de 2003 a 2010. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, 2012. n. 40, p. 65–90.

BERTHELOT, Y. Economics and human rights – two separate worlds? *In*: CHAPMAN, A.; RUSSEL, S. (Org.). **Core obligations: building a framework for economic, social and cultural rights**. Antwerp New York: Intersentia, 2002, p. 185–215.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p 240.

BOTI, B. **O sistema interamericano de direitos humanos e a justiça de transição: impactos no Brasil, Colômbia, México e Peru.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade de São Paulo, 2015, p 625.

CANDIDO, M. C. F. S.; VENTURA, C. A. A.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; CANDIDO, M. A. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 56, p. 198-230, jan./jun. 2020.

CARRARA, B. S.; VENTURA, C. A. A.; BOBBILI, S. J.; JACOBINA, O. M. P.; KHENTI, A.; MENDES, I. A. C. Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 4, p. 311-318, ago. 2019.

CIDH, CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil: sentença de 4 de julho de 2006**. *[s. l.]*, 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.

CIDH, CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Aprovado pela Corte no seu LXXXV Período Ordinário de Sessões celebrado de 16 a 28 de novembro de 2009. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/reglamento.cfm?lang=pt.

CIDH, CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório Anual.** *[s. l.]*, 2018. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/tablas/informe2018/portugues.pdf.

CLAESSEN, D.; LAMKADDEM, M.; OOMEN, B.; EIJKMAN, Q. Bringing Human Rights Home: Access to Justice and the Role of Local Actors Implementing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **Journal of Human Rights Practice**, v. 16, p. 554–571, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jhuman/huad053.

COMISSÃO EUROPEIA. **Estratégia Europeia para os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030**. Bruxelas: Comissão Europeia, 2021.

COMISSÃO EUROPEIA**. Internação compulsória e tratamento involuntário de pacientes com transtornos mentais – Legislação e prática nos Estados-Membros da UE: relatório final de projeto de pesquisa.** Bruxelas: Comissão Europeia, 2002.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia dos Direitos do Homem,** 1950. Disponível em: https://www.echr.coe.int/documents/convention_por.pdf.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano em Relação às Aplicações da Biologia e da Medicina**: Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997. Disponível em: https://rm.coe.int/168007cf98.

CONSELHO DA EUROPA. **Recomendação nº R (99) 4 do Comitê de Ministros sobre os princípios relativos à proteção legal de adultos incapazes**. Adotada em 23 de fevereiro de 1999, Conselho da Europa, 1999. Disponível em: https://rm.coe.int/16804d4345.

CONSELHO DA EUROPA. **Recomendação nº 10 do Comitê de Ministros aos Estados membros sobre a proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com transtornos mentais**. Aprovada pelo Comitê de Ministros em 22 de setembro de 2004, na 896ª reunião dos Delegados dos Ministros. Estrasburgo: Conselho da Europa, 2004.

CONSELHO DA EUROPA. **Guia Prático de Admissibilidade**, 2014.

CORREIA, T.R.C. **Corte Interamericana de Direitos Humanos. Repercussão Jurídica das Opiniões Consultivas**. Curitiba: Juruá, 2008, p. 69-70.

CORRIGAN, P. W.; DRUSS, B. G.; PERLICK, D. A. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. **Psychological Science in the Public Interest**, v. 15, n. 2, p. 37-70, 2014. DOI: 10.1177/1529100614531398. Disponível em: Medline: 26171956.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C, n. 149. Disponível em: https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/es/vid/883977025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador**. Sentença de 26 de março de 2021. Série C, n. 423. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf.

DAVIDSON, G.; KELLY, B.; MACDONALD, G.; RIZZO, M.; LOMBARD, L.; ABOGUNRIN, O.; CLIFT-MATTHEWS, V.; MARIN, A. Supported decision making: a review of the international literature. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 38, p. 61-67, 2015.

DHANDA, A. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos,** São Paulo, v. 5, n. 8, jun. 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100003.

DREW, N.; FUNK, M.; TANG, S.; LAMICHHANE, J.; CHÁVEZ, E.; KATONTOKA, S. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. **Lancet.** 2011; 378(9803):16641675. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61458-X.

EIDE, W. B.; KRACHT, U. (org.). **Food and human rights in development: evolving issues and emerging applications, v. II**. 1. ed. *[S. l.]*: Intersentia, 2007.

EUCRIM, EUROPEAN LAW FORUM. *ECtHR: New Case Processing Strategy*. Por: András Csúri, 26 abr. 2021. Disponível em: https://eucrim.eu/news/ecthr-new-case-processing-strategy/.

CPT, EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT. **Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 24 February 1998.** Strasbourg: Council of Europe, 1998.

CPT, EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT. **Report to the Czech Republic Government on the visit carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from March 27 to April 6 and June 21 to 24, 2006.** Strasbourg: Council of Europe, 2006.

CPT, EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT. **The use of restraint and seclusion in the treatment of persons with mental disorders: discussion paper prepared for the medical group by Georg Høyer**. Strasbourg: Council of Europe, 2011.

FIGUEIREDO, L. M. A proteção aos direitos fundamentais na União Europeia e no Brasil: a corrupção como causa que impede a concretização desses direitos. **Publicações da Escola da AGU: Curso Cortes Internacionais e Constituições: princípios, modelos e estudo comparado**. Brasília: Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal, v. 9, n. 1, p. 67-80, jan./mar. 2017.

FIORATI, J. J. A evolução jurisprudencial dos sistemas regionais internacionais de proteção aos direitos humanos. **Revista de Informação Legislativa**, *[S. l.]*, v. 32, n. 127, p. 177–190, 1995.

FIORATI, J. J. Os direitos do homem e a condição humana no pensamento de Hannah Arendt. **Revista de Informação Legislativa**, *[S. l.]*, v. 36, n. 142, p. 53–64, 1999.

FISTEIN, E. et al. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions☆. In: (Ed.). **Int J Law Psychiatry**, v.32, 2009.p.147-55. ISBN 0160-2527 (Print)1873-6386 (Electronic).

FITCHETT, J. R. The right to health in practice. **International Journal of Clinical Practice**, *[S. l.]*, v. 65, n. 3, p. 245–248, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02550.x.

GABLE, L; VÁSQIEZ, J.; GOSTIN, L. O.; JIMÉNEZ, H. V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. **Revista Panamericana de Salud Pública**, *[S. l.]*, v. 18, n. 4–5, p. 366–373, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900017.

GABLE, L.; GOSTIN, L. O. **Mental Health as a Human Right.** SWISS HUMAN RIGHTS BOOK, Vol. 3, pp. 249-261, Rüffer & Rub, 2009, Wayne State University Law School Research Paper No. 09 – 15. Disponível em: https://ssrn.com/abstract=1421901 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1421901.

GALLI, M. B; DULITZKY, A. E. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o seu papel central no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. In: GOMES, L. F.; PIOVESAN, F. (Coord.). **O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos e o direito brasileiro.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2011. 200p.

GILARDI, J. T. **Jurisprudência sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos y en el sistema interamericano**. Venezuela, Lima: CIES, CLADEM, 2007. 275 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOIS, A. C. L; BARROS, A. F. G. Direito Internacional e Globalização face às questões de direitos humanos. In: RIBEIRO, M. F.; MAZZUOLI, V. O (org). **Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Estudos em homenagem à Professora Flávia Piovesan. Curitiba: Juruá, 2004, p. 57-71.

GOSTIN, L. O.; GABLE, L. The human rights of persons with mental disabilities: a global perspective on the application of human rights principles to mental health. **MD Law Rev**, v. 63, n. 1, p. 20-121, 2004. ISSN 0025-4282. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15568252 >.

GOSTIN, L. O.; SRIDHAR, D. **Global Health and the Law**. *The New England Journal of Medicine*, v. 370, p. 1732-1740, 2014.

GRAY, J. E; MCSHERRY, B. M.; O'REILLY, R. L.; WELLER, P. J. Australian and Canadian mental health Acts compared. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 44, n. 12, p. 1126-31, Dec 2010. ISSN 0004-8674. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2010.520009>.

GUERRA, S. **O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos e o controle de convencionalidade.** São Paulo: Atlas, 2013.

GÜLALP, H. Secularism as a human right: learning from the European Court of Human Rights. **Frontiers in Sociology**, Section Sociological Theory, vol. 9, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1423747.

HAHN, R.A.; MUNTANER, C. Why a right to health makes no sense, and what does. **Health Equity**, 4:1, 249–254, 2020.

HEYNS, C; PADILLA, D.; ZWAAK, L. Comparação esquemática dos sistemas regionais de direitos humanos: uma atualização. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**. 2006, 3(4): 160-9. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-64452006000100010.

HOFFMAN, S. J.; SRITHARAN, L.; TEJPAR, A. Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. ***BMC International Health and Human Rights***, v. 16, n. 28, 2016. DOI: 10.1186/s12914-016-0103-1.

HUNT, P. **Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental.** Nova York: Organização das Nações Unidas, 2005.

HUNT, P.; MESQUITA, J. Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health. **Human Rights Quarterly**, v. 28, n. 2, p. 332-356, 2006. ISSN 1085-794X.

HUNT, P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. **Health and Human Rights Journal**, v. 18, n. 2, p. 109-130, dez. 2016.

INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS. **Annual Report.** San José, Costa Rica: Interamerican Court of Human Rights, 2023.

IZUTSU, T.; TSUTSUMI, A.; MINAS, H.; Thornicroft, G.; PAATEL, V.; ITO, A. Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. **The Lancet Psychiatry,** v. 2, n. 12, p. 1052-1054, 2015.

JENKINS, R.; BAINGANA, F.; AHMAD, R.; McDAID, D.; ATUN, R. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. **Mental Health in Family Medicine**, v. 8, p. 87-96, 2011.

KELLY, B. D. Mental health legislation and human rights in England, Wales and the Republic of Ireland. **Int J Law Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 439-54, Nov-Dec 2011. ISSN 0160-2527. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.009 >.

KOLA, L., KOHRT, B.A., HANLON, C., NASLUND, J.A., SIKANDER, S., BALAJI, M. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **Lancet Psychiatry**. 2021;8(6):535–550. doi:10.1016/S2215-0366(21)00025-0.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **A. Metodologia do trabalho científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LARANJO, L.; NEVES, A. L.; VILLANUEVA, T.; CRUZ, J.; BRITO DE SÁ, A.; SAKELLARIDES, C. Acesso dos pacientes aos seus processos clínicos. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 265-270, maio/jun. 2013. Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com.

LATIF, Z.; MALIK, M. A. Mental health legislation in Ireland: a lot done, more to do. **J Am Acad Psychiatry Law**, v. 40, n. 2, p. 266-9, 2012. ISSN 1093-6793. Disponível em: < http://dx.doi.org/ >.

LAUGHARNE, R.; STAFFORD, A. Access to records and client held records for people with mental illness: a literature review. **Psychiatric Bulletin**, v. 20, p. 338-341, 1996.

LEANDRO, M. S. A. V. A União Europeia – origens históricas, legislação, formação, evolução, efetividade e atuais desafios: relevância na proteção aos direitos humanos. **Publicações da Escola da AGU: Curso Cortes Internacionais e Constituições: princípios, modelos e estudo comparado**. Brasília: Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal, v. 9, n. 1, p. 103-128, jan./mar. 2017.

MANN, S. P.; BRADLEY, V. J.; SAHAKIAN, B. J. Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. **Health and Human Rights Journal**, v. 18, n. 1, p. 263-276, jun. 2016.

MAAS, R. H.; DAROIT, A. P. A proteção interamericana do direito humano e social à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, *[S. l.]*, v. 20, n. 1, p. 13–31, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p13-31.

MAIA, M; LIMA, R.A. O ativismo de direitos humanos brasileiro nos relatórios da Comissão Interamericano de Direitos Humanos (1970-2015). **Rev. Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, Vol. 08, N. 2, 2017, p. 1419-1454.

MARSHALL, T. H.; BOTTOMORE, T. **Cidadania e Classe Social**. Tradução: Luiz Antônio de Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora UNESP, 2021, 198 p.

MARMOT, M.; FRIEL, S.; BELL, R.; HOUWELING, T.A.J.; TAYLOR, S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Lancet.** 2008; 372 (9650):1661–9.

MAZZUOLI, V. O. **Curso de Direito Internacional Público**. 5 ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: RT, 2011.

MAZZUOLI, V. O. **Curso de Direitos Humanos**. 4. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2016.

MONTEL, L., SSENYONGA, N., COLEMAN, M.P. ET AL. How should implementation of the human right to health be assessed? A scoping review of the public health literature from 2000 to 2021**. Int J Equity Health**, 21, 139, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12939-022-01742-0.

MOTA, M. M. Liberdade de expressão, *hate speech* e a Corte Europeia de Direitos Humanos (Corte de Estrasburgo). **Publicações da Escola da AGU: Curso Cortes Internacionais e Constituições: princípios, modelos e estudo comparado**. Brasília: Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal, v. 9, n. 1, p. 129-148, jan./mar. 2017.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais,** 87, 2009, p. 143-169.

NUREMBERG. **Código de Nuremberg: princípios para a realização de experimentos em seres humanos**. 1947. Disponível em: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Portuguese_The-Nuremberg-Code.pdf.

O'HARE, B. A. M.; DEVAKUMAR, D.; ALLEN, S. Using international human rights law to improve child health in low-income countries: a framework for healthcare professionals. **BMC International Health and Human Rights**, *[S. l.]*, v. 16, n. 1, p. 11, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12914-016-0083-1.

OLIVEIRA, M. H. B; VIANNA, M. B.; SCHÜTZ, G. E.; TELES, N.; FERREIRA, A. P. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 4, p. 9-14, dez. 2019.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas.** Genebra, 1945.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, Genebra, 1948.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto da ONU sobre Direitos Civis e Políticos**, Genebra, 1966a.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, Genebra, 1966b.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS**. *Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes.* Resolução 39/46, adotada em 10 de dezembro de 1984.** Entrada em vigor em 26 de junho de 1987. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS**. Princípios para a proteção de pessoas com transtorno mental e para a melhoria da assistência em saúde mental.** Resolução 46/119 da Assembleia Geral, de 17 de dezembro de 1991. Disponível em: https://www.ohchr.org.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL. **Report of the seminar on appropriate indicators to measure achievements in the progressive realization of economic, social and cultural rights** (25–29 January 1993). A_CONF.157_PC_73. Geneva: United Nations; 1993. Disponível em: https://digitallibrary.un.org/record/170700?ln=en.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS**. Regras padrão sobre a equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência.** Resolução nº 48/96, de 4 de março de 1994. Nova York: Organização das Nações Unidas, 1994.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Comentário Geral n. 14: o direito ao mais alto padrão de saúde** (art. 12 do Pacto). E/C12/2000/4; 2000.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, Genebra, 2006.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. COMITÊ DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Comentário Geral nº 1 (2014) sobre o Artigo 12: Igual reconhecimento perante a lei**. Genebra: ONU, 2014. Disponível em: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf.

ONU, COMITÊ DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Comentário Geral nº 6 (2018): Igualdade e não discriminação**. Genebra: ONU, 2018. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-6-2018-equality-and-non.

OEA, ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Carta da Organização dos Estados Americanos (Carta da OEA),** assinada em Bogotá, em 30 de abril de 1948, e reformada pelo Protocolo de Buenos Aires em 27 de fevereiro de 1967. Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/tratados_A-41_carta_da_oea.htm.

OEA, ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana dos Direitos Humanos.** Costa Rica, 1969.

OEA, ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**. Guatemala, 1999.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição.** Genebra: OMS, 1946.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – nova conceção, nova esperança.** Genebra: OMS, 2001.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10.** 10. ed. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Edusp, 2008.

ONU, COMISSÃO DE DIREITO INTERNACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Responsabilidade do Estado por Atos Internacionalmente Ilícitos.** Relatório Final. Nova York: Organização das Nações Unidas, 2001.

PATEL, V. The right to mental health. **Lancet**, October 6, 2023. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02241-9/fulltext.

PATHARE, S.; SHIELDS, L. S. Supported decision-making for persons with mental illness: a review. **Public Health Reviews**, v. 34, n. 15, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF03391683.

PAHO, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Series on Human Rights and Health, **2. Mental Health - A Human Rights Based Approach.** Washington: PAHO, 2022.

PAIVA, C. T. O acesso à Corte Europeia de Direitos Humanos e casos envolvendo brasileiros. **Publicações da Escola da AGU**, v. 8, n. 4, p. 139-159, 2016.

PIOVESAN, F. A universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos: desafios e perspectivas. *In*: BALDI, C. A. (org.). **Direitos Humanos na Sociedade Cosmopolita.** Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

PIOVESAN, F. Desafios e perspectivas dos direitos humanos: a inter-relação dos valores liberdade e igualdade. In: RIBEIRO, M. F.; MAZZUOLI, V. O (org). **Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Estudos em homenagem à Professora Flávia Piovesan. Curitiba: Juruá, 2004, pp 155-170.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e justiça internacional**. São Paulo, SP: Saraiva, 2006.

PIOVESAN, F. Direitos sociais, proteção no sistema internacional e regional interamericano. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**, *[S. l.]*, n. 5, p. 67–80, 2009.

PIVETTA, S. L. **Direito Fundamental à saúde.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014, 272 p.

PRODNOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2013, 277p.

RASANATHAN, K.; NORENHAG, J.; VALENTINE, N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. **Health and human rights**, *[S. l.]*, v. 12, n. 2, p. 49–59, 2010. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178189.

REIS, R.R. O futuro do Sistema Interamericano de Direitos Humanos: atuação da CIDH diante de processos de ruptura democrática. **Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, vol.8, n.2, 207, pp. 1577-1602.

ROCHA, V. A. O Direito à Saúde no Brasil e a Violação ao Estado Democrático de Direito pelo abuso no Exercício do Controle de Constitucionalidade. **Publicações da Escola da AGU: Curso Cortes Internacionais e Constituições: princípios, modelos e estudo comparado.** Brasília: Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal, v. 9, n. 1, p. 357-384, jan./mar. 2017.

ROSS, S. E.; LIN, C. T. The effects of promoting patient access to medical records: a review. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 10, n. 2, p. 129-138, mar./abr. 2003.

SACARDO, D. P. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional**. 2009. - Universidade de São Paulo, *[s. l.]*, 2009.

SACHS, I. O Desenvolvimento enquanto apropriação dos direitos humanos. In: **Estudos Avançados,** v. 12, n. 33, 1998.

SANTOS, K. M. M. Não venha me falar de mamatas: a análise do princípio da propriedade e da discriminação como expressão de direitos econômicos e sociais à luz da crise grega. **Publicações da Escola da AGU: Curso Cortes Internacionais e Constituições: princípios, modelos e estudo comparado**. Brasília: Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal, v. 9, n. 1, p. 09-30, jan./mar. 2017.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. I, n. I, 2009.

SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? **The Lancet Psychiatry,** [S.l.], v. 1, n. 2, p. 113-115, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70256-9

SCHNEIDER, S.; SCHIMITT, C. J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**, *[S. l.]*, v. 9, p. 49–87, 1998.

SCHWETHER, N. D.; OLIVEIRA, R. Perfil das sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos: um estudo exploratório do caso brasileiro. **Estudos Internacionais,** v. 10, n. 1, p. 41-60, 2022.

SHEN, N.; SEQUEIRA, L.; SILVER, M. P.; CARTER-LANGFORD, A; STRAUSS, J.; WILJER, D. Patient privacy perspectives on health information exchange in a mental health context: qualitative study. **JMIR Mental Health**, v. 6, n. 11, e13306, p. 1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.2196/13306.

SINGLA, D. R. *et al.* Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. **Annual Review of Clinical Psychology**, *[S. l.]*, v. 13, n. 1, p. 149–181, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, *[S. l.]*, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ije/dyu038.

SZMUKLER, G.; BACH, M. Mental health disabilities and human rights protections. **Global Mental Health**, v. 2, e20, p. 1-9, 2015. DOI: 10.1017/gmh.2015.18.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; ROSE, D.; SARTORIUS, N.; LEESE, M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. **Lancet,** v. 373, p. 408-415, 2009.

TRINDADE, A. A. C. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos.** Porto Alegre: Sergio Fabris, 1999, 640 p.

TRINDADE, A. A. C.; ROBLES, M. E. V. **El Futuro de la Corte Interamericana de Derechos Humanos**. San José, C.R.: Corte Interamericana de Derechos Humanos, Alto Comissionado de Naciones Unidas para los Refugiados, 2003. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/futuro-corteidh.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.

TRINDADE, A. A. C. **A visão humanista do Direito Internacional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

UNITED NATIONS, UN. **United Nations Human Rights Council Resolution on Mental Health and Human Rights.** Geneva, 2017.

VENTURA, C. A. A. Health and human development: nursing and the human right to health in Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 137-142, mar. 2008.

VENTURA, C. A. A *et al.* Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. **Nursing Ethics**, *[S. l.]*, v. 23, n. 3, p. 318–327, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0969733014562991.

VENTURA, C. A. A. **Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

VENTURA, M. **Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios**. In: BESSERMAN, H. *Saúde e Direitos Humanos*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. n. 7, ano 7, p. 87-100.

WEIS, C. **Direitos Humanos Contemporâneos**. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. 148p.
WELLER, P. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the social model of health: new perspectives. **Journal of Mental Health Law**. 2011. p. 74-83.

WHITEFORD, H. A. *et al*. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLOS ONE**, *[S. l.]*, v. 10, n. 2, p. e0116820, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820.

WHO, World Health Organization. **LIVRO DE RECURSOS DA OMS SOBRE SAÚDE MENTAL, DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO Cuidar, sim - Excluir, não**. Genebra: *[s. n.]*, 2005. *E-book*.

WHO, World Health Organization, Office of the High Commissioner for Human Rights. **A human rights-based approach to health. 2009**. Disponível em: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/hrba/en/.

WHO, World Health Organization. **Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group**. Genebra: *[s. n.]*, 2010. *E-book*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44257.

WHO, World Health Organization. **Mental health action plan 2013−2020.** Geneva: World Health Organization, 2013. *E-book*. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.

WHO, World Health Organization. **Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: *[s. n.]*, 2015. *E-book*. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/.

WHO, World Health Organization. **Astana Declaration: Global Conference on Primary Health Care**. 2018. Disponível em: https://www.who.int/primary-health/conference-phc.

WHO, World Health Organization. **World Mental Health Report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Oganization, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338.

WHO, World Health Organization. **Mental health, human rights and legislation – Guidance and practice**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737.

WILDEMAN, S. Protecting Rights and Building Capacities: Challenges to Global Mental Health Policy in Light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, *[S. l.]*, v. 41, n. 1, p. 48–73, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jlme.12005.

WITTMANN, L.; JÖRNS-PRESENTATI, A.; GROEN, G. How do police officers experience interactions with people with mental illness? *Journal of Police and Criminal Psychology*, v. 36, p. 220–226, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11896-020-09398-8.

YAMIN, A. E. The right to health under international law and its relevance to the United States. **American Journal of Public Health**, v. 95, p. 1156-1161, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.055111.

YAMIN, A. E.; FILHO, L. B.; MALCA, C. G. Analysing governments' progress on the right to health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 102, p. 307–313, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.23.290184.