



IPUB-UFRJ – foto retirada de <https://www.facebook.com/ipub.ufrj/>

“Minha saúde mental é perfeita, eu não evito o amor nunca”. Leila Diniz

NOTAS SOBRE O IV FÓRUM INTERNACIONAL DE NOVAS ABORDAGENS EM SAÚDE MENTAL

1. Apresentação. O que é? Quem promove?

Este evento propõe-se a “promover um espaço de debates e trocas de experiências entre pessoas e organizações que vêm construindo práticas bem-sucedidas no desenvolvimento da boa qualidade dos serviços de saúde mental comunitária”¹. Foi iniciativa dos profissionais em saúde mental do Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT), que oferece consultoria na área de saúde mental e educação inclusiva e o IPUB/UFRJ, usuários do sistema e suas famílias.

2. Data e local do Fórum

Data: De 07 a 09 de junho de 2018.

Local: Auditório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), Rio de Janeiro.

3. Quais os objetivos do IV fórum?

- α) Discutir Práticas alternativas em Saúde Mental.
- β) Debater a medicalização da vida.
- χ) Divulgar e debater abordagens para trabalhar com usuários e suas famílias.
- δ) Provocar profissionais e trabalhadores da saúde a fim de que despertem para a importância de construir novas estratégias no cuidado em saúde mental em conjunto com usuários dos serviços e seus familiares.²

¹ Fonte:

https://www.sympla.com.br/iv-forum-internacional-novas-abordagens-em-saude-mental-rio-de-janeiro_233267 . Neste site podem ser encontrados também os nomes e currículos dos palestrantes.

²Ver site indicado anteriormente.

4. Temas apresentados no evento

Dia 07/06/2018

Workshop:

- *Introdução Abordagem Open Dialogue*
- *Projeto SUMA*

Mesa redonda comemorativa dos 80 anos do IPUB

- Práticas inovadoras de Saúde Mental no IPUB
- O ensino da psicopatologia a partir dos usuários
- Entrelaços
- Ambulatório de Primeira Crise
- Ensinando Psiquiatria e Saúde Mental no cenário da Atenção Primária em saúde
- Projeto enfermarias

Dia 08/06/2018

- Elementos chave das intervenções alternativas em Saúde Mental
- O Clube do Projeto Suma de Buenos Aires (Dr. Gustavo Lipovetsky)
- Práticas alternativas a medicalização
- Reflexões e experiências na abordagem da inclusão dos usuários em saúde mental no mercado de trabalho. Dr. Martín Nemirovsky
- O Futuro da Saúde Mental

Dia 09/06/2018

- Sexualidade e Saúde Mental

Mesa redonda - Práticas alternativas em Saúde Mental:

- Inclusão de usuários de SM pelo trabalho na obra de restauração do palácio universitário
- Mindfulness
- O trabalho do agente territorial no CAPS Magal
- Rodas de conversa sobre experiências clínicas

II - RELATO

Heliene da Silva Bezerra, integrante do Grupo “É possível!”, esteve presente ao Fórum. A partir do seu testemunho, das notas que enviou ao grupo, algumas gravadas e outras por escrito, da sua apresentação e comentários na reunião do dia 30 de junho, sistematizamos o relato que se segue³. Não é exaustivo. Toca nos pontos considerados fundamentais pela participante. O seu testemunho foi complementado por informações em sites e textos aos quais tivemos acesso, todos indicados no decorrer do texto.

1 Pré-evento: Workshop Introdução Abordagem *Open Dialogue*⁴

1.1 O que é?

É um método desenvolvido na década de 1980, na Finlândia com o intuito de enfrentamento de crises psicóticas. Foi desenvolvido como terapia sistêmica por Jaakko Seikkula e sua equipe, na região do oeste da Lapônia. O nome *Diálogo Aberto* foi usado pela primeira vez em 1995. O *Diálogo Aberto* apresenta uma filosofia e um conjunto de práticas diferentes das tradicionais e contribui para a desinstitucionalização nesse país. São sete os seus princípios:

- a) Ajuda imediata em domicílio por equipe de atenção à crise, com disponibilidade para atuar nas primeiras 24 horas após o primeiro contato;
- b) Inclusão da família, amigos e todos os que com mantém vínculos significativos com o paciente, em todas as reuniões do tratamento;
- c) Flexibilidade, isto é, adaptação do tratamento às necessidades de cada caso;
- d) Responsabilidade do técnico que faz o primeiro atendimento em organizar as sucessivas reuniões;
- e) Tolerância à incerteza, isto é, encontros frequentes são realizados nos dez a doze dias do tratamento com o empenho de evitar decisões precipitadas (Ex.: adia-se o uso de neurolépticos pelo menos em três encontros antes da sua adoção);
- f) Continuidade psicológica garantida em todas as etapas do tratamento;
- g) Diálogo presente em todas as reuniões, valorizando a construção conjunta de entendimentos de alternativas de decisões a serem tomadas.

A crítica que vem se ampliando ao uso de psicofármacos, não apenas pelos efeitos colaterais que provocam, mas também pela ampliação de gastos com medicação psiquiátrica pelo Estado, e os bons resultados do *Open Dialogue*, chamou a atenção para essa iniciativa, embora ainda seja escassa a reprodução desse modelo em outros contextos. O contato mais efetivo com o tema do *Diálogo Aberto* ocorreu quando um dos seus autores acompanhou a implantação desse projeto em oito departamentos de saúde italianos, a partir de 2015.

³O relato escrito é de responsabilidade de Clarice Nunes, coordenadora do Grupo “É Possível!”. Agradecemos a Heliene da Silva Bezerra. Além de fornecer as informações, leu o texto e fez sugestões de melhoria que foram incorporadas.

⁴As informações contidas nesse item foram retiradas de Luciane Prado Kantorski e Mario Cardano. “Diálogo Aberto: a experiência filandesa e suas contribuições”. In: *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, pp. 23-32, janeiro/março de 2017. Pode ser baixado em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0023.pdf>

A filosofia desse movimento é desenvolver as relações entre as pessoas que estão enfrentando problemas em vez do foco nas instituições e locais de reabilitação, dando importância às vozes de todos os participantes, em reuniões polifônicas⁵. As reuniões ocorrem a partir de perguntas que se sucedem umas as outras a partir das tentativas de respostas formuladas para cada uma. Ao final dos encontros é realizada uma síntese que inclui o que foi discutido e as decisões tomadas. Essa abordagem dialógica confere ao paciente um papel mais importante no que diz respeito à escolha dos procedimentos de tratamento. A equipe do *Diálogo Aberto* procura oferecer segurança ao paciente e membros da rede para criar e desenvolver habilidade de sustentar a conversa sobre os mais difíceis temas, conferindo ao processo o cuidado com as trocas emocionais. Os elementos-chave a serem considerados no diálogo são:

- a) Participação de dois ou mais terapeutas na reunião;
- b) Envolvimento da família e rede social do paciente;
- c) Uso de perguntas abertas;
- d) Respostas às perguntas formuladas pelo paciente;
- e) Ênfase no momento;
- f) Solicitação de múltiplos pontos de vista;
- g) Uso do foco relacional no diálogo;
- h) Resposta aos problemas do diálogo e de comportamento com estilo concreto e atento aos significados;
- i) Ênfase nas palavras usadas pelo paciente e sua história e não nos sintomas;
- j) Transparência nas conversas profissionais que devem ocorrer nas reuniões;
- k) Tolerância à incerteza

1.2 Como vem sendo avaliado?

Pacientes que participam do *Diálogo Aberto* ficam menos dias internados, o uso de psicofármacos é menor e a maioria dos avaliados não tinha sintomas psicóticos residuais em dois anos. Após cinco anos estes pacientes retomaram estudos ou empregos em tempo integral. Houve recaídas nos anos que se seguiram, mas o número de novos pacientes esquizofrênicos de longa permanência caiu para zero no contexto estudado. Observou-se também que a intervenção imediata durante a primeira crise diminuiu consideravelmente a cronicidade dos sintomas. Concluiu-se que o trabalho do *Diálogo Aberto* tem se mostrado potente no enfrentamento das crises psicóticas, propiciado um manejo mais adequado de psicofármacos e contribuído para a inserção social dos vulneráveis.

Diálogo aberto tem sido acompanhado por pesquisadores de outras partes do mundo como EEUU, Reino Unido, Itália, Polônia, Noruega, Bélgica, Austrália e para alguns deles esta experiência é

⁵Nota-se nesse ponto uma influência dos escritos de Bakhtin (1997). Mikhail Mikhailovich Bakhtin (1895-1975) foi importante pesquisador da linguagem humana. Para ele, toda e qualquer análise linguística deveria tratar também de outros fatores, como a relação do emissor com o receptor, o contexto social, histórico, cultural, ideológico e de fala, por exemplo. Segundo ele, se não fosse dessa forma, não haveria compreensão.

Cf.: <http://www.editoracontexto.com.br/blog/quem-foi-mikhail-bakhtin/>

um desafio às crenças e tradições de psicoterapia e abordagens nucleares à psicose. O questionamento que aparece na transferência de um modelo como esse para outros países é a necessidade de uma consistente mudança da organização e estruturação de serviços de saúde mental com equipes disponíveis para atenção à crise 24 horas, garantia de continuidade psicológica, tolerância à incerteza, protelamento do uso de neurolépticos e criterioso processo de capacitação de equipes.

Para quem tiver interesse em maiores informações um e-book pode ser baixado gratuitamente no seguinte endereço:

<http://materiais.cenatcursos.com.br/introducao-open-dialogue>

1.3 Quem facilitou o workshop no IV Fórum Internacional?

Olga Runciman, psicóloga e enfermeira psiquiátrica, dinamarquesa, e que se autodenomina uma sobrevivente da Psiquiatria, facilitou o workshop. Ela tem uma biografia que desmente o senso comum científico de que pacientes esquizofrênicos não tem recuperação. Diagnosticada como 'esquizofrênica', ficou internada por 10 anos em um hospital psiquiátrico em Copenhague. Tentou suicídio várias vezes. Foi considerada caso perdido e esse prognóstico foi apresentado à família. Vivia dopada. Apresentava dificuldade de equilíbrio e cialorréia (excesso de salivação). Não conseguia ficar com o corpo ereto. Certo dia teve um *insight*. Decidiu abolir a medicação, fazendo o desmame aos poucos. Contou com o apoio familiar. Emocionou-se ao verificar que, nesse processo, suas sensações e emoções voltavam. Como era agradável, diz ela, sentir o sol na sua pele, ver as flores. A apatia ficava para trás.

Pela experiência vivida, ela tornou-se militante contra o modelo biomédico da psiquiatria e hoje é psicoterapeuta especializada em tratamento das psicoses. As vozes não a incomodam mais. Pelo contrário, são úteis pois dão conselhos e a orientam. Veja o vídeo em que ela se apresenta, denominado *Psicofármacos, riesgos y alternativas*, com legendas em espanhol:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=61&v=Tq0mFU3AxKE

Olga convidou as pessoas do auditório a participar do “aquário”, um grupo que dialoga junto, enquanto outros observam. Cada um falava por si próprio e sobre o que estava sentindo no momento. Cada um ofereceu seu ponto de vista no que diz respeito ao uso de medicação. Como ela enfatizou, cada um é dono do seu tratamento. Nos grupos que forma, ela e sua equipe não proíbem o uso da medicação, mas também não a estimulam.

1.4 Projeto Entrelaços

Dentre as diversas falas do fórum, destacamos a de Alexandre Keuzen, que apresentou o *Projeto Entrelaços*, citando os grupos de familiares já criados e outros em processo de formação. Fez referência à importância do ambiente na deterioração ou recuperação do vulnerável mentalmente. Ressaltou que um ambiente com alto nível de estresse eleva a agudização das crises psicóticas e que o tempo de convívio no mesmo ambiente também interfere nas recidivas. Argumentou que há uma influência cultural nessas recidivas a ser considerada.

O princípio pelo qual o projeto Entrelaços é regido é de que a Esquizofrenia é um estado de vulnerabilidade psicossocial ao estresse. A partir desse princípio é que foi criado o programa de apoio às famílias com pacientes vulneráveis que possui quatro fases. Após conhecer a história do paciente e das famílias inscritas, são oferecidos oito seminários com conteúdo teórico, no qual se discute o que é Esquizofrenia, seu histórico, causas, prognósticos, tratamento, de que modo a família pode ajudar no

tratamento, etc... Segue-se no relacionamento da família com o paciente o Método Leap (Ouvir para criar empatia, para concordar em discordar, realizar parcerias). Veja o ppt que foi apresentado no Grupo “É Possível”, sobre o Método Leap e o resumo do livro ao qual o ppt faz referência, no encontro datado de 27/05/17:

<http://www.grupoepossivel.com.br/Epossivel/encontros.php>

Os grupos são formados, após os seminários, por região geográfica na cidade do Rio de Janeiro. Neles, as famílias se reúnem com o objetivo da busca da solução de diversos assuntos relacionados a doença mental, aos pacientes e aos próprios familiares. Os grupos em funcionamento até o momento são: “Abra sua mente” (Tijuca); “É Possível” (Catete); “Mentes em ação” (Centro); “Construindo horizontes” (Botafogo); “Trilhando caminhos”.

1.5 Projeto SUMA. Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental, Asociación Civil.

O projeto Suma ofereceu um workshop na parte da manhã e elementos da sua equipe participaram de uma mesa redonda à tarde. Para dar uma ideia da sua proposta não faremos distinção entre esses dois momentos. No workshop foram exibidos vários vídeos com histórias reais de pacientes participantes, que foram entrevistados.

O projeto Suma é realizado na capital da Argentina, em Buenos Aires, no bairro de Palermo, por uma instituição sem fins lucrativos, que trabalha junto a pessoas portadoras de padecimentos mentais para melhorar sua qualidade de vida. É formado por um grupo interdisciplinar de profissionais, ou uma equipe multiprofissional, e busca criar espaços de participação social e trabalho com o intuito de consolidar e potencializar os resultados de diferentes instâncias terapêuticas. Seu propósito é consolidar-se como uma instituição de referência em saúde mental. Para maiores e mais detalhadas informações, consultar o site: <http://www.proyectosuma.org.ar/2014/>

O projeto Suma trabalha com o paciente, seu entorno e os profissionais envolvidos para identificar potencialidades, necessidades e objetivos pessoais, elaborando estratégias individuais e familiares para cada paciente do projeto. Não atende nos momentos de crise, mas oferece suporte pós-crise, visando a estabilização dos sintomas, funcionando então de modo semelhante a um hospital-dia. Sua atuação não se limita ao tratamento do paciente. É mais abrangente, porque realiza campanhas contra o estigma em relação à doença mental, visita escolas oferecendo informações, organiza cursos gratuitos aos interessados, como por exemplo: *Presentaciones actuales de las psicosis - Aportes de la psiquiatría clásica y del psicoanálisis*, entre agosto e outubro deste ano. Defende e colabora na formação contínua dos profissionais de saúde mental.

No trato com os pacientes, o projeto aproxima as teorias atuais do tratamento em saúde mental com a prática, visando evitar recidivas e proporcionar uma melhor qualidade de vida. O projeto pretende irradiar-se da capital para comunidades pequenas.

Dr. Martín Nemirovsky fez uma reflexão sobre a abordagem do Projeto Suma na inclusão de usuários em saúde mental no mercado de trabalho, através de oficinas, de profissionalização e acompanhamento do exercício profissional. Esta prática é denominada de emprego assistido. Examinou as dificuldades intrínsecas e extrínsecas a ela, o medo da perda do benefício social pelos pacientes que se empregam. Relatou a aceitação dos seus participantes em empresas sociais da Argentina, tal como ocorre na Itália. Citou o exemplo de uma empresa de produtos lácteos bem conhecida, competitiva, e que recebe nos seus quadros profissionais, pacientes portadores de transtornos mentais.

Não é fácil resolver o problema da empregabilidade. A instituição tem um setor de *coaching* no qual são orientados os participantes que fazem a experiência de trabalho. Num dos vídeos apresentados na parte da manhã houve o depoimento do paciente Pablo, que trabalha na área de computação. Seu depoimento chamou a atenção por revelar o nível da sua adaptação ao emprego, com uma carga horária de quatro horas no período da tarde. A ampliação da sua autoestima e a saída do isolamento para uma maior comunicação com todos ao seu redor foi fator de destaque, além da aceitação da participação de usuários de serviços de saúde mental pelos demais trabalhadores. Dentre os participantes do projeto, 10% dependem do suporte familiar. O vídeo mencionado pode ser acessado no link:

<https://vimeo.com/86624513>

Algumas modalidades de trabalho estão sendo experimentadas dentro do esquema de cooperativas de usuários em saúde mental.

Outra atividade importante do Projeto Suma é o Clube, que é um espaço de encontro, visto como um caminho para a superação da exclusão social. Sua proposta é ajudar as pessoas a realizarem atividades de lazer, criando lugares de saúde, independência, socialização, integração na comunidade e qualidade de vida. O clube está destinado a todos, aos que tem dificuldade de relacionar-se, àqueles que sofrem de padecimentos mentais. A admissão dos interessados é feita através de uma entrevista na qual precisam levar junto um familiar. Para assistir ao trabalho do clube acessar o link:

https://www.youtube.com/watch?v=QkVrgAo_evw

O clube é mantido com uma parcela de recursos provenientes do próprio projeto SUMA. A decisão da aplicação do dinheiro passa pelo próprio grupo, que pode empregar o dinheiro recebido em qualquer tipo de evento, inclusive viagens.

A instituição, por ser uma organização civil, se autofinancia. Realiza alguns convênios com o Estado, principalmente para receber profissionais da área da saúde. Os recursos pagos pelos pacientes podem ser provenientes da seguridade social. O projeto conta atualmente com 10.000 usuários. O objetivo é realizar a sua integração social o mais rápido possível, de preferência no bairro da sua moradia.

O Projeto Suma também se abre para a docência, investigação e cursos profissionais voltados para o tratamento em saúde mental. Na docência, o projeto pretende inovar as formas de pensar e formalizar práticas institucionais em saúde mental, abrindo-se para intercâmbios clínicos-acadêmicos com instituições de renome e experiência em saúde mental. Oferece também capacitação e formação permanente no interior da instituição, conferências com especialistas, grupos de estudo, apresentações de pacientes, além de jornadas abertas à comunidade. O trabalho interdisciplinar é prioridade, favorecendo a transmissão e a troca de experiências.

No que diz respeito à investigação, uma equipe de pesquisadores acompanha desde o início o Projeto Suma. As linhas de investigação abrangem: a recuperação dos usuários; a eficácia dos dispositivos para dar apoio à sua inserção profissional; o estigma percebido, antecipado ou internalizado; as narrativas de recuperação. Uma linha constante de pesquisa é a avaliação do cotidiano das práticas ali desenvolvidas. Os resultados dessas investigações são apresentados em congressos nacionais, internacionais e revistas especializadas nacionais e internacionais. Os cursos profissionais escolhem temas de interesse que aprofundam o conhecimento em várias áreas dentro do campo da saúde mental. Como exemplo, dois temas de cursos oferecidos são: *Psicofarmacologia para psicólogos e outros profissionais em saúde mental* e *Enfermagem em saúde mental: um outro*

olhar.

O projeto também promove campanhas exaltando a necessidade de quebra de estigmas em relação as doenças mentais nos diversos segmentos da sociedade. O vídeo “Mensaje antiestigma de Proyecto Suma” pode ser acompanhado no link:

<https://www.youtube.com/watch?v=Q2o7QRHCMN0>

1.6 Elementos chaves de alternativas em Saúde Mental

Esse tema foi trabalhado pelo Dr. Peter Stastny, psiquiatra de Nova York, com grande experiência no Sistema de Assistência Mental americana, da Inglaterra e de outros países. Também é consultor da área de saúde comunitária de Nova York.

O discurso do Dr. Peter teve grande afinidade com o de Olga Huciman. Ambos defendem a redução progressiva da medicação, podendo chegar até a sua retirada parcial ou total de acordo com cada caso. Reconhece que nem todas as sugestões que ele e outros pesquisadores trazem ao Fórum são aplicadas, mas observa que a tendência das políticas de recursos humanos é disseminar a ideia de não obrigar a pessoa a aderir a um tratamento do qual ela não quer participar.

Para ele, os novos modelos de assistência psiquiátrica devem pensar na inclusão de todos no tratamento, respeitando o poder decisório do paciente e de sua família. Um movimento que cresce em todo o mundo é o da formação de grupos de autoajuda, também chamado de grupo “inter pares”, nos quais usuários do sistema de saúde cuidam de outros usuários. A tendência, ressaltou Dr. Peter, é de uma assistência sistêmica e democrática oferecida aos usuários dos serviços de saúde mental.

É preciso, segundo ele, criar abordagens nos momentos de crise. A tendência alternativa é não oferecer medicação imediatamente num momento de surto. Se realmente forem necessários remédios, que as dosagens sejam mínimas. É preciso que se escute a vontade do paciente e da família. Em caso de uso da medicação é preciso criar um plano para não permanecer com a medicação por um longo tempo. Todo o cuidado deve ser tomado com os procedimentos que podem ocasionar trauma, o que dificulta o processo de recuperação. As alternativas de tratamento, como a terapia psicossocial e a meditação podem ser utilizadas e cabe ao paciente escolher aquela com a qual tenha maior afinidade. A tendência é caminhar sempre para resguardar a autonomia do paciente.

A palavra de ordem que conduz diversas propostas alternativas é a da inclusão, com foco em abordagens não coercitivas de gerenciamento de crises. Estratégias de desinstitucionalização vem ocorrendo em vários países, sempre acompanhadas de novas formas de organização e estruturação do atendimento em saúde mental.

Na Inglaterra, os usuários do sistema de saúde recebem tratamento em casa, seja voluntário ou não. Eles são visitados e inúmeras vezes as entrevistas consistem numa checagem, sem muita pressão, para ver se o paciente tomou os remédios, escovou os dentes, visitou a mãe, etc... Existe um projeto chamado “*Estar com a pessoa*” que proporciona visitas e interações de até 3 horas entre pacientes e sua rede social.

Na Itália, desde 1978, todos os manicômios foram fechados. Esse país conta com projetos como o *Diálogo Aberto* em algumas instituições. A França também criou projetos de atendimento diário para pessoas com distúrbios psiquiátricos. Esses pacientes são procurados de casa em casa pelo programa “*Batendo de casa em casa*”. Também está em vigor o “*Projeto Fusquinha*”, que leva os usuários para passeios demorados, durante os quais se dá o tratamento via diálogo terapêutico. O

passeio não tem hora para acabar.

Na Alemanha, os que se autodenominam sobreviventes do sistema manicomial mantêm diálogos intensivos com outros pacientes, sobretudo nas primeiras duas horas de crise, com o objetivo de superá-la sem internação ou remédios. O processo de acompanhamento continua com a mesma pessoa que ofereceu o atendimento inicial. Busca-se também o envolvimento dos “pares” (outros pacientes) na recuperação do usuário com transtorno mental.

Os movimentos que primam pelo diálogo para contornar as crises propõem que a medicação não seja dada num primeiro momento ou seja oferecida uma medicação mais leve em dosagens mínimas. Esse processo, evidentemente, é flexível. Se a medicação for aplicada, o ideal é que permaneça por um prazo curto, aproximadamente uma semana. É necessário, consideram esses movimentos, discutir a toxicidade dos medicamentos. Dentre deles, os benzodiazepínicos não são os mais tóxicos.

No período de transição do usuário dos serviços de saúde da clínica na qual se internou ou da rua para a casa, garante-se pelo menos a continuidade de nove meses de acompanhamento com a mesma equipe que o atendeu na clínica. Salienta o Dr. Peter que é importante a permanência no atendimento de profissionais que já conhecem o caso e que têm a oportunidade de criar certo vínculo nos processos de atendimento. O diálogo com o paciente, familiares, amigos ou demais pessoas da sua rede social precisa incluir o debate sobre a descontinuidade da medicação, mas não evidentemente nos momentos de crise.

Na continuidade do tratamento devem-se evitar os hospitais, já que é difícil que incluam métodos alternativos, mas as terapias podem, no caso do Brasil, por exemplo, serem realizadas nos CAPs. Essa transição de um tratamento à base de medicação para um alternativo é mais complicada e difícil quando a internação foi agressiva e usou métodos de tratamento violentos, como a contenção, por exemplo.

A questão que mais preocupa a todos quando se discute a retirada da medicação são os riscos que podem gerar tal medida. É preciso lembrar, no entanto, que existem limites de intervenção dos psiquiatras e de suas equipes. Não é possível, humanamente falando, remover todos os riscos possíveis, até porque inúmeras vezes não há como prevê-los. Os efeitos dos traumas sobre a pessoa surtada precisam ser discutidos e o modo de lidar com a internação repensado. As crises são motivadas por alguma situação negativa. Elas podem ser aliviadas e/ou reduzidas utilizando-se a iniciativa da ajuda entre os pares.

O tratamento do paciente em crise pode ser realizado fora do hospital, num lugar agradável, no qual possa ficar até três semanas. Não há necessidade de um local construído especificamente para esse fim. Pode até ser na casa do paciente. O que realmente importa é a qualidade das relações aí vividas e a segurança do paciente e da equipe. A política de redução de danos vem sendo aplicada na Psiquiatria e a medicação continuada vem sendo reduzida, sobretudo nos casos de pacientes medicalizados por longo prazo.

Segundo a Organização das Nações Unidas, em 2011, um bilhão de pessoas vivia com alguma deficiência. Seu alerta é o de que 80% dessas pessoas estão nos países em desenvolvimento. Os direitos e necessidades das pessoas com deficiência tem sido prioridade da agenda das Nações Unidas, por pelo menos três décadas. Após anos de esforços, a Convenção das Nações Unidas sobre os *Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo* foi adotada em 2006 (Anexo 1) e entrou em vigor em 3 de maio de 2008. A ONU possui um Comitê em Genebra para acompanhar o cumprimento da Convenção e seu Protocolo. O Brasil é um país signatário e incorporou a convenção

desde 2009, contando com um estatuto federal sobre o tema desde 2015⁶.

1.7 Projeto Enfermarias do IPUB

O Projeto Enfermarias foi apresentado pelo Dr. Julio Verztman e tem o propósito de humanizar o atendimento nas enfermarias hospitalares do IPUB a partir do modelo do cuidado. Dentro dessa perspectiva, algumas medidas ainda estão em estudo e outras já estão sendo aplicadas. Por exemplo, já estão em vigor: o horário flexível de circulação dos pacientes internados, dependendo do seu estado clínico; jogo de futebol fora do IPUB; criação do programa “A voz do usuário”, realizado através de assembléias nas quais as reivindicações dos pacientes psiquiátricos são apresentadas. Eles também têm um grupo de balé e um coral do qual participam pacientes e funcionários. Durante o fórum, os participantes foram convidados a assistirem após o almoço, uma apresentação bem interessante e agradável do coral e do grupo de dança do Instituto, que foi filmada e fotografada com o intuito desse material ser postado no facebook do IPUB.

Dr. Júlio acrescentou que as sugestões de ampliação do processo de empoderamento e de recuperação exige novos espaços, mais dinâmicos, menos descaracterizados. Considera importante que haja a revisão do trabalho das equipes de enfermaria, hotelaria e limpeza. De fato, estas últimas medidas são fundamentais, uma vez que esses funcionários podem interferir positiva ou negativamente na organização do trabalho. Comentou que as enfermarias têm se apresentado como um local de certa invisibilidade, hierarquização do atendimento e equipes de enfermagem que se revezam e não mantêm, portanto, a continuidade da presença. Considera que os espaços onde circulam os internos são pouco coloridos e não expõem a sua produção. Sugere para humanização do espaço da internação que o programa desenvolva trabalhos de oficinas, inclusive fora do hospital, e que se renomeiem espaços existentes, como por exemplo: o Posto de Enfermagem poderia ser denominado Posto de Cuidados.

O trabalho aí desenvolvido envolve uma equipe multidisciplinar e a proposta para recrutamento dos estagiários é a de que esses também se incluam, independente da profissão para a qual se preparam, como os residentes da “equipe multi”⁷. A reclamação de um grupo de estudantes presente ao encontro foi a de que nessa equipe o médico residente está fora do projeto, fragmentando o modelo de atendimento. Pacientes que participaram do evento ofereceram depoimentos e opiniões de como o paciente pode ser atendido nas suas expectativas e interagir de maneira dinâmica com o processo de tratamento.

1.8 O sujeito: a formação de um paradigma moderno

Dentre as contribuições de Carlos Parada à mesa de debate, estão os diferentes tratamentos em saúde mental, considerando o choque insulínico; a lobotomia 15 a 20 L; a hospitalização; as teorias psicanalíticas; experiências com substâncias psicoativas; pesquisas com moléculas endógenas e os neuropeptídeos.

Ainda não foi possível produzir alguma medicação que restabeleça as condições mentais dos pacientes esquizofrênicos, mas muitos progressos foram realizados ultimamente. Graças à nova geração de medicações, muitos esquizofrênicos estão sendo liberados dos hospitais.

Há muita discussão em torno da eficácia e dos efeitos colaterais dos antipsicóticos. Segundo

⁶Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

⁷ A equipe “multi” do IPUB é formado por todos os profissionais da saúde: psicólogos, enfermeiros, dentre outros, exceto médico.

a psiquiatra Angela Terzian, há dois tipos de medicamentos: os típicos, que agem no cérebro inclusive em áreas não atingidas pela doença e provocam a perda da mobilidade física, salivação excessiva e alterações de pressão sanguínea e hormonais; e os atípicos, que são mais específicos e “limpos” e cujos efeitos colaterais são mais reduzidos. As medicações antigas ainda são usadas porque funcionam bem em alguns casos. Há também que considerar o preço das medicações. A Ampectina vem sendo usada no lugar da Olanzapina com efeitos semelhantes a esta, só que a um custo bem menor⁸.

Tem havido um aumento do uso dos neurolépticos. Antes de 1950 a terapia era invasiva em relação à personalidade. Depois dessa data o foco passou a ser a estruturação da personalidade. Temos assistido ultimamente à consolidação da psicofarmacologia, que se desenvolveu a partir da década de sessenta.

1.9 Práticas alternativas à medicalização: *Diálogo Aberto*

A Dra. Olga Ruciman fez a apresentação do projeto criado na Finlândia, discutindo essa nova forma de abordagem no tratamento do paciente mental, sempre enfatizando a relevância da decisão do paciente na opção do seu tratamento. Após a sua explanação, ela reunia voluntários presentes na platéia (“os peixinhos”) formando um pequeno grupo de aproximadamente cinco pessoas, reunidos em círculos, (“os aquários”). Nesses grupos, os participantes debatiam sobre o assunto apresentado anteriormente pela palestrante, os temas da discussão foram o direito do paciente exercitar a sua vontade de aderir ou não ao sistema psiquiátrico tradicional e a possibilidade de danos, incluindo-se o suicídio. No “aquário” cada membro era livre para expressar o seu ponto de vista e debater com os demais.

Na maioria dos países, qualquer diagnóstico de doença mental exige tratamento. Porém, o trabalho do *Diálogo Aberto* é uma corrente que acredita na redução da medicação ou abolição total das drogas psicotrópicas sem a intervenção da psiquiatria convencional. A Dra. Olga relatou sua experiência pessoal e falou que já testemunhou casos diagnosticados como “impossíveis” saírem do sistema tradicional e serem recuperados com sucesso pelas vias alternativas, dentro do modelo terapêutico do *Diálogo Aberto*.

Entretanto a Dra. Olga alertou sobre a necessidade de um acompanhamento de desmame das drogas e que existem cursos específicos para orientar os interessados nesse procedimento. Essa abordagem segue à proposta dos Ouvidores de Vozes, possibilitando às pessoas em tratamento decidir sobre esse processo⁹. Aliás, ela participa tanto do *Diálogo Aberto*, quanto dos Ouvidores de vozes.

Os grupos que trabalham com o *Diálogo Aberto* atuam sempre respeitando a individualidade de cada caso. Nessa direção, as reuniões de diálogo não têm horário definido, mas geralmente têm a duração de uma a duas horas. A duração é determinada pela necessidade do paciente. A ideia é que o paciente explicita, na conversa do grupo, sua vivência dentro e/ou fora da família, os problemas que está enfrentando, respostas que tem dado ou pode vir a dar para lidar com situações de desconforto. Além da família, a rede de amigos e pessoas de confiança do paciente são incorporadas ao diálogo. O profissional que conduz o trabalho geralmente evita usar o sistema psiquiátrico que poderia obrigar a pessoa à internação ou forçá-la a tomar remédios, mesmo que condutas impostas desta maneira

⁸Fonte: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=90979>

⁹Para maiores informações, baixar gratuitamente os e-books: Guia prático para trabalhar com ouvidores de vozes; Esquizofrenia: do pesadelo aos sonhos e Manual como montar um grupo de ouvidores de vozes: <http://materiais.cenatcursos.com.br/guia-pessoas-ouvem-vozes>; <http://materiais.cenatcursos.com.br/esquizofrenia-pesadelo-para-sonhos>; <http://materiais.cenatcursos.com.br/manual-montar-grupo-ouvidores>.

infilijam os direitos humanos.

Na época em que Olga esteve internada não havia informação que orientasse a interrupção do uso das drogas psiquiátricas. Hoje, o desmame é vagaroso e os medicamentos são substituídos por diversos tipos de terapia. As medicações psiquiátricas aliviam o desconforto que o paciente sente, mas também amortecem suas emoções. Com a abolição das drogas, as emoções retornam. Hoje já existe na Finlândia um Instituto Nacional que cuida da retirada das drogas.

1.10 Pensando ainda o futuro da saúde mental

Dr. Eduardo Mourão apresentou uma reflexão sobre o futuro da saúde mental em nosso país. Comentou o cenário negativo vivido atualmente no Brasil em relação a assistência à saúde mental, enfatizando sua deterioração, o desinvestimento crescente dos recursos financeiros, o sucateamento das condições de saúde e de trabalho dos profissionais da saúde, a forma como os recursos são aplicados, dentre outros fatores pessimistas que fatalmente afetam a eficaz execução das determinações da Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais no Brasil (Lei 10.216/01 de 2001) e do conjunto de portarias que a sucederam. Falou sobre a importância da “Plataforma eleitoral antimanicomial”, grupo politicamente organizado para direcionar a política de saúde mental no Brasil.

Comentou que o processo da reforma psiquiátrica será o de continuidade de fechamento dos leitos de internação e que as melhorias dos CAPS e da criação das moradias assistidas estarão na lista de prioridades do movimento.

Em continuidade, Dr. Peter Stastny comentou outros métodos de tratamento, chamando a atenção para o sucesso da estimulação intracraniana em pesquisas recentes que mostram grande melhora nos pacientes que participam do estudo.

Pedro Gabriel Delgado destacou o papel do Estado como responsável e/ou provedor de políticas públicas de saúde mental e Martine colocou seu foco na importância da sociedade civil influenciar os governantes para as mudanças necessárias na área da saúde comunitária mental, sobretudo na inclusão de pacientes psiquiátricos no trabalho em empresas sociais, ressaltando a motivação, a comunicação e a valorização que sente o paciente incluído.

Após a apresentação da fala dos membros da mesa foi aberta a oportunidade dos participantes apresentarem perguntas. Neste momento, Heliene fez algumas considerações dirigidas ao Dr. Eduardo Mourão sobre a problema da implantação da reforma que, segundo ela, está muito concentrada no fechamento de leitos de internação, sem a devida compensação da formação da rede substitutiva e de moradia assistida, fato que vem gerando vários problemas às famílias e aos pacientes, que sentem o efeito da lacuna de uma rede integral e de qualidade de atendimento, principalmente durante as crises.

As “brechas” na Lei 10.216 de 2001 cerceiam os direitos dos pacientes terem uma assistência qualificada e democrática. Limita a concessão de moradias basicamente aos moradores de rua e sem familiares, não oferecendo aos demais o devido amparo. As famílias que enfrentam os percalços deste adoecimento em algum de seus membros têm arcado sozinhas com o ônus financeiro e emocional devido à omissão do Estado. Em seguida, houve o questionamento em torno do planejamento de medidas para a implantação da reforma de acordo com o que evidenciam os modelos internacionais. Dr. Eduardo reconheceu a deficiência e o desfinanciamento da moradia assistida, chamando a atenção para o fato de que este item é prioridade na pauta das discussões da referida reforma.

1.11 Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e AIDS (PRISSMA) – a vivência da sexualidade

Claudio Gruber Mann¹⁰, coordenador do projeto PRISSMA da UFRJ, falou sobre o grave estigma que se imprime em relação à vivência da sexualidade do paciente portador de transtorno mental. O projeto trabalha no sentido de esclarecimento, apoio, criando espaços de sensibilização, orientação através de cursos de esclarecimento realizados pelos profissionais ligados ao projeto, distribuição de preservativos, conversas com familiares.

Segundo o Dr. Claudio, aspectos relacionados à sexualidade são negligenciados frequentemente na atenção psiquiátrica, apesar da discussão sobre o direito à sexualidade ser demanda recorrente entre os usuários. Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica as questões relacionadas à sexualidade e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS estiveram ausentes das reflexões, aumentando a vulnerabilidade dos pacientes a essas doenças. A vulnerabilidade está relacionada à dificuldade em estabelecer uniões estáveis, às desvantagens sociais e econômicas, à frequência de abuso sexual e ao juízo crítico prejudicado, impulsividade e baixa autoestima, somada à dificuldade dos Profissionais de Saúde Mental (PSM) no trato da questão. Tal lacuna tem privado estes sujeitos do acesso às informações e ações sobre direitos sexuais.

O palestrante trouxe a proposta de discutir sobre a temática para que a sexualidade do paciente psiquiátrico seja melhor assistida e compreendida pelos profissionais da área e pela sociedade. Propõe a discussão de condutas que permitam ao paciente, mesmo quando internado, manifestar a sua sexualidade.

No Centro Universitário de Brasília, foi pensado esse assunto como campo de atuação multiprofissional, considerando as demandas tanto do campo de saúde mental, quanto da formação dos seus alunos. Realizam-se atividades práticas e conjuntas que possam permitir o desenvolvimento, por parte dos alunos dos cursos de Psicologia, Direito, Enfermagem e Educação Física, de um pensamento crítico-reflexivo sobre o campo da saúde mental, através de uma atuação interdisciplinar.

Tem sido um desafio compreender a sexualidade do vulnerável como parte do seu cotidiano, uma vez que os sentidos de doença mental ainda estão intimamente ligados às suas incapacidades (especialmente de gerir a própria vida e de relacionar-se). A experiência sexual, seja no plano apenas do desejo, como da sua realização, precisa ser comentada. É preciso cuidado para não infantilizar essa experiência. Sem espaço para falar sobre o assunto e sem orientação, os vulneráveis cultivam dúvidas, podem parar de tomar o remédio para ter um melhor desempenho sexual, podem contrair doenças sexualmente transmissíveis, ou até mesmo descompensar psiquiatricamente.

O Estatuto da Deficiência garante o direito dos vulneráveis exercerem sua sexualidade. Isso não significa que todas as pessoas com transtornos mentais queiram namorar, transar, casar..., mas para aquelas que queiram, este direito deve estar garantido. Assim, uma das funções dos profissionais de saúde é trabalhar estas questões não apenas com os vulneráveis, mas com a comunidade e com a equipe de trabalho, considerando a história de cada um.

Para ampliar a compreensão deste tema pode-se acessar:

(PDF) Sexualidades e Saúde Mental.

https://www.researchgate.net/publication/284731825_Sexualidades_e_Saude_Mental

¹⁰Atualmente é Coordenador do PRISSMA, em parceria com o IPUB/UFRJ, ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) e a Universidade de Columbia, Nova Iorque, com financiamento do National Institute of Mental Health (NIMH), EUA.

1.12 Meditação: abordagem alternativa em saúde mental¹¹

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça¹² fez referência ao *Mindfulness* como técnica de meditação empregada em vários tipos de problemas de saúde, como depressão, estresse, fibromialgia, dependência química, câncer. A meditação estimula o tônus vagal e proporciona uma ampliação na capacidade de relaxamento. Estimula o autocuidado na promoção da saúde e tem impacto positivo no tratamento.

Atualmente a abordagem meditativa vem sendo usada em grupos na Rocinha; em três frentes de trabalho ligadas ao Sistema Único de Saúde, pelo Grupo Semear, na Gávea, em parceria com o Jardim Botânico e com um grupo de pacientes portadores de fibromialgia na Policlínica Piquet Carneiro (UERJ).

1.13 Projeto Feito com as mãos: inclusão de usuários de saúde mental na obra de restauração do Palácio Universitário.

O projeto *Feito com as mãos* inclui usuários de saúde mental em trabalhos de restauração do Palácio UFRJ. Quatro dos cinquenta operários encarregados da restauração são pacientes psiquiátricos. Contratados como serventes, os quatro — duas mulheres e dois homens — têm trabalhado recebendo remuneração nos serviços de pintura, lavagem de telhas, decapagem de gradil e recuperação da cantaria (pedras usadas no revestimento). Eles estão aprendendo o ofício de restauração no canteiro de obras da Biapó, empresa especializada em obras em prédios históricos e tombados.

Na avaliação da psicóloga Catarina Dahl, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, um dos maiores benefícios está sendo o resgate da cidadania. Afinal, eles passaram a ter direitos trabalhistas e adquiriram poder aquisitivo, chegando até a ajudar na renda familiar. Um dos efeitos dessa mudança é que começam a cuidar mais de si sob vários aspectos, desde a saúde até a aparência. Ampliaram sua circulação para outros circuitos da cidade, estão dando um novo significado à sua história, muitas vezes marcada pela estigmatização, violação de direitos humanos e exclusão social. Passam a viver com mais esperança¹³.

1.14 O suporte interpares em saúde mental

O suporte interpares é uma abordagem inovadora em saúde mental ainda pouco usada no contexto brasileiro. Baseia-se na crença de que pessoas com problemas de saúde mental, que passaram por situações de crise ou adoecimento e conseguiram superá-las em sua jornada de recuperação, podem estabelecer uma relação de ajuda, respeito mútuo e suporte social com outras pessoas que estejam passando por situações similares¹⁴.

Na perspectiva dos participantes, o suporte interpares revelou-se como uma abordagem potencialmente benéfica, tanto para quem recebe o cuidado, quanto para o próprio parceiro em seu processo de restabelecimento. Apesar disso, dificuldades e desafios também se fazem presentes,

¹¹ Para saber mais: <https://www.youtube.com/watch?v=BXuZy5VnOOE>

¹² Realizou estágio clínico em Psiquiatria e Medicina Psicossomática na Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (2011), Alemanha. Possui graduação em Medicina pela UFRJ (2013). Residência em Psiquiatria na UERJ (2017). Atualmente, é mestranda do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial da UFRJ. Contato: joanamoscoso@yahoo.com.br

¹³ Ler mais em: <https://oglobo.globo.com/rio/pacientes-psiquiatricos-sao-contratados-para-reforma-de-palacio-universitario-da-ufrj-21726266>

¹⁴ Para saber mais ler: Catarina Magalhães Dahal et alii. Suporte interpares no contexto de uma pesquisa clínica: dificuldades, facilitadores e experiências significativas no ambiente de trabalho. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, vol. 9, n. 21, pp. 179-198, 2017.

embora a experiência como um todo seja significativa. Dentre as principais dificuldades para esse tipo de intervenção, destacam-se aquelas relacionadas à organização do trabalho; aos problemas do território (mobilidade urbana, violência, condições sócio-sanitárias); às condições de vida e saúde dos usuários acompanhados e às próprias dificuldades pessoais dos parceiros - como falta de autonomia, dependência em relação à equipe, além de aspectos psíquicos, emocionais e comportamentais, como o medo, ansiedade, desorganização, audição de vozes.

1.15 O trabalho do agente territorial no CAPs

Fabiana Lima e Gisele Nunes fizeram a apresentação deste tema. O termo território e seus derivados se tornaram correntes no campo da saúde mental desde a reforma psiquiátrica, marco de ideário antimanicomial e potencialmente emancipatório. A apresentação relatou a organização do trabalho, os problemas do território, as condições de vida e saúde dos pacientes psiquiátricos acompanhados, dentre outros aspectos.

Os CAPs oferecem ao usuário de saúde mental acompanhamento num ambiente dialógico. Existem experiências em outros países que convergem com as dos CAPs, como a experiência francesa das unidades abertas nas quais os pacientes psiquiátricos podem sair e retornar segundo sua vontade. A questão da liberdade de ir e vir e sua relação com os riscos psiquiátricos é fundamental numa política de cuidado¹⁵.

O CAPs de Cabo Frio desenvolve projeto de Ouvidores de Vozes com pacientes esquizofrênicos; de redução da medicação e outros projetos que visam a socialização prazerosa dos participantes como a celebração do aniversariante do mês com discoteca e outras atividades que dinamizam a vida social. O encaminhamento para o Caps pode ser realizado através de demanda espontânea, por intermédio de uma unidade de atenção primária ou especializada, após uma internação clínica/psiquiátrica, ou ainda por indicação da assistência social ou por ordem judicial. O tratamento pode ser feito de forma individualizada ou coletiva, através de oficinas e grupos terapêuticos.

Finalmente, a discussão avançou para além do manicômio, através das provocações de Daniel Goulart, de Brasília, que focalizou a questão da relação entre subjetividade, trabalho, educação e desenvolvimento humano. Ele chamou a atenção para a importância de discutir as políticas públicas e de financiamento para a saúde mental; a medicalização da doença mental e seus sintomas; o incremento do diálogo com todos (sistemas, equipes, sujeitos); o planejamento das mudanças e o uso do CAPs como espaço de discussão, de irradiação de ideias e práticas que promovam a autonomia e a cidadania do paciente de saúde mental.

Uma experiência, dentre as citadas, foi a do CAPscine que vem congregando usuários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II da Asa Norte, além de professores e alunos do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), para assistirem filmes, cuja programação mensal é definida pelos envolvidos. O projeto é uma parceria entre o Caps e o Uniceub, pois há alunos da universidade atuando no centro. É uma oportunidade para articular saúde mental, universidade, alunos, professores, pesquisadores, usuários, familiares e profissionais de saúde. Após a sessão de cinema, há debate sobre a temática do filme¹⁶.

¹⁵ Ver Francis Proteau. *Psychiatrie ouverte ou fermée? "Le syndrome de la cheminée"*. Université Paris-Est Marne-la-Vallée. En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP Master de Philosophie Pratique. Spécialité « éthique médicale et hospitalière ». Paris, 2010.

¹⁶ Fonte: <http://www.saude.df.gov.br/caps-ii-da-asa-norte-oferecera-sessoes-de-cinema-mensalmente/>

ANEXO 1

PROTOCOLO FACULTATIVO À CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA¹⁷.

Os Estados Partes do presente Protocolo acordaram o seguinte:

Artigo 1

1. Qualquer Estado Parte do presente Protocolo (“Estado Parte”) reconhece a competência do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (“Comitê”) para receber e considerar comunicações submetidas por pessoas ou grupos de pessoas, ou em nome deles, sujeitos à sua jurisdição, alegando serem vítimas de violação das disposições da Convenção pelo referido Estado Parte.

2. O Comitê não receberá comunicação referente a qualquer Estado Parte que não seja signatário do presente Protocolo.

Artigo 2

O Comitê considerará inadmissível a comunicação quando:

- a) A comunicação for anônima;
- b) A comunicação constituir abuso do direito de submeter tais comunicações ou for incompatível com as disposições da Convenção;
- c) A mesma matéria já tenha sido examinada pelo Comitê ou tenha sido ou estiver sendo examinada sob outro procedimento de investigação ou resolução internacional;
- d) Não tenham sido esgotados todos os recursos internos disponíveis, salvo no caso em que a tramitação desses recursos se prolongue injustificadamente, ou seja improvável que se obtenha com eles solução efetiva;
- e) A comunicação estiver precariamente fundamentada ou não for suficientemente substanciada; ou
- f) Os fatos que motivaram a comunicação tenham ocorrido antes da entrada em vigor do presente Protocolo para o Estado Parte em apreço, salvo se os fatos continuaram ocorrendo após aquela data.

Artigo 3

Sujeito ao disposto no Artigo 2 do presente Protocolo, o Comitê levará confidencialmente ao conhecimento do Estado Parte concernente qualquer comunicação submetida ao Comitê. Dentro do período de seis meses, o Estado concernente submeterá ao Comitê explicações ou declarações por escrito, esclarecendo a matéria e a eventual solução adotada pelo referido Estado.

¹⁷ Fonte:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Protocolo_facultativo_Convencao_direito_pessoas_deficiencia_2008.pdf?sequence=4

Artigo 4

1. A qualquer momento após receber uma comunicação e antes de decidir o mérito dessa comunicação, o Comitê poderá transmitir ao Estado Parte concernente, para sua urgente consideração, um pedido para que o Estado Parte tome as medidas de natureza cautelar que forem necessárias para evitar possíveis danos irreparáveis à vítima ou às vítimas da violação alegada.

2. O exercício pelo Comitê de suas faculdades discricionárias em virtude do parágrafo 1 do presente Artigo não implicará prejuízo algum sobre a admissibilidade ou sobre o mérito da comunicação.

Artigo 5

O Comitê realizará sessões fechadas para examinar comunicações a ele submetidas em conformidade com o presente Protocolo. Depois de examinar uma comunicação, o Comitê enviará suas sugestões e recomendações, se houver, ao Estado Parte concernente e ao requerente.

Artigo 6

1. Se receber informação confiável indicando que um Estado Parte está cometendo violação grave ou sistemática de direitos estabelecidos na Convenção, o Comitê convidará o referido Estado Parte a colaborar com a verificação da informação e, para tanto, a submeter suas observações a respeito da informação em pauta.

2. Levando em conta quaisquer observações que tenham sido submetidas pelo Estado Parte concernente, bem como quaisquer outras informações confiáveis em poder do Comitê, este poderá designar um ou mais de seus membros para realizar investigação e apresentar, em caráter de urgência, relatório ao Comitê. Caso se justifique e o Estado Parte o consinta, a investigação poderá incluir uma visita ao território desse Estado.

3. Após examinar os resultados da investigação, o Comitê os comunicará ao Estado Parte concernente, acompanhados de eventuais comentários e recomendações.

4. Dentro do período de seis meses após o recebimento dos resultados, comentários e recomendações transmitidos pelo Comitê, o Estado Parte concernente submeterá suas observações ao Comitê.

5. A referida investigação será realizada confidencialmente e a cooperação do Estado Parte será solicitada em todas as fases do processo.

Artigo 7

1. O Comitê poderá convidar o Estado Parte concernente a incluir em seu relatório, submetido em conformidade com o disposto no Artigo 35 da Convenção, pormenores a respeito das medidas tomadas em consequência da investigação realizada em conformidade com o Artigo 6 do presente Protocolo.

2. Caso necessário, o Comitê poderá, encerrado o período de seis meses a que se refere o parágrafo 4 do Artigo 6, convidar o Estado Parte concernente a informar o Comitê a respeito das medidas tomadas em consequência da referida investigação.

Artigo 8

Qualquer Estado Parte poderá, quando da assinatura ou ratificação do presente Protocolo ou de sua adesão a ele, declarar que não reconhece a competência do Comitê, a que se referem os Artigos 6 e 7.

Artigo 9

O Secretário-Geral das Nações Unidas será o depositário do presente Protocolo.

Artigo 10

O presente Protocolo será aberto à assinatura dos Estados e organizações de integração regional signatários da Convenção, na sede das Nações Unidas em Nova York, a partir de 30 de março de 2007.

Artigo 11

O presente Protocolo estará sujeito à ratificação pelos Estados signatários do presente Protocolo que tiverem ratificado a Convenção ou aderido a ela. Ele estará sujeito à confirmação formal por organizações de integração regional signatárias do presente Protocolo que tiverem formalmente confirmado a Convenção ou a ela aderido. O Protocolo ficará aberto à adesão de qualquer Estado ou organização de integração regional que tiver ratificado ou formalmente confirmado a Convenção ou a ela aderido e que não tiver assinado o Protocolo.

Artigo 12

1. “Organização de integração regional” será entendida como organização constituída por Estados soberanos de determinada região, à qual seus Estados membros tenham delegado competência sobre matéria abrangida pela Convenção e pelo presente Protocolo. Essas organizações declararão, em seus documentos de confirmação formal ou adesão, o alcance de sua competência em relação à matéria abrangida pela Convenção e pelo presente Protocolo. Subseqüentemente, as organizações informarão ao depositário qualquer alteração substancial no alcance de sua competência.

2. As referências a “Estados Partes” no presente Protocolo serão aplicáveis a essas organizações, nos limites da competência de tais organizações.

3. Para os fins do parágrafo 1 do Artigo 13 e do parágrafo 2 do Artigo 15, nenhum instrumento depositado por organização de integração regional será computado.

4. As organizações de integração regional, em matérias de sua competência, poderão exercer o direito de voto na Conferência dos Estados Partes, tendo direito ao mesmo número de votos que seus Estados membros que forem Partes do presente Protocolo. Essas organizações não exercerão seu direito de voto se qualquer de seus Estados membros exercer seu direito de voto, e vice-versa.

Artigo 13

1. Sujeito à entrada em vigor da Convenção, o presente Protocolo entrará em vigor no trigésimo dia após o depósito do décimo instrumento de ratificação ou adesão.

2. Para cada Estado ou organização de integração regional que ratificar ou formalmente

confirmar o presente Protocolo ou a ele aderir depois do depósito do décimo instrumento dessa natureza, o Protocolo entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado ou organização tenha depositado seu instrumento de ratificação, confirmação formal ou adesão.

Artigo 14

1. Não serão permitidas reservas incompatíveis com o objeto e o propósito do presente Protocolo.
2. As reservas poderão ser retiradas a qualquer momento.

Artigo 15

1. Qualquer Estado Parte poderá propor emendas ao presente Protocolo e submetê-las ao Secretário-Geral das Nações Unidas. O Secretário-Geral comunicará aos Estados Partes quaisquer emendas propostas, solicitando-lhes que o notifiquem se são favoráveis a uma Conferência dos Estados Partes para considerar as propostas e tomar decisão a respeito delas. Se, até quatro meses após a data da referida comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se manifestar favorável a essa Conferência, o Secretário-Geral das Nações Unidas convocará a Conferência, sob os auspícios das Nações Unidas. Qualquer emenda adotada por maioria de dois terços dos Estados Partes presentes e votantes será submetida pelo Secretário-Geral à aprovação da Assembléia Geral das Nações Unidas e, posteriormente, à aceitação de todos os Estados Partes.

2. Qualquer emenda adotada e aprovada conforme o disposto no parágrafo 1 do presente artigo entrará em vigor no trigésimo dia após a data na qual o número de instrumentos de aceitação tenha atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda. Posteriormente, a emenda entrará em vigor para todo Estado Parte no trigésimo dia após o depósito por esse Estado do seu instrumento de aceitação. A emenda será vinculante somente para os Estados Partes que a tiverem aceitado.

Artigo 16

Qualquer Estado Parte poderá denunciar o presente Protocolo mediante notificação por escrito ao Secretário-Geral das Nações Unidas. A denúncia tornar-se-á efetiva um ano após a data de recebimento da notificação pelo Secretário-Geral.

Artigo 17

O texto do presente Protocolo será colocado à disposição em formatos acessíveis.

Artigo 18

Os textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo e do presente Protocolo serão igualmente autênticos.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários abaixo assinados, devidamente autorizados para tanto por seus respectivos governos, firmaram o presente Protocolo.