

5

Tratamento hospitalar, acesso a medicamentos e doença mental no Brasil: uma minoria esquecida *Hospital therapy, access to medicines and mental disease in Brazil: a forgotten minority*

GISELI VALEZI RAYMUNDO

Graduada em Direito, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR; especialista em Direito Aplicado, pela Escola da Magistratura do Paraná – Emap; advogada em Curitiba; mestranda em Direito Econômico e Social, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR. E-mail para correspondência: falegigi@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A doença mental ainda é assunto com o qual muitas pessoas preferem não ter contato, seja por preconceito, seja, mesmo, por medo. A existência de patologias desta espécie, contudo, não pode ser ignorada, haja vista que existem sinais cada vez mais aparentes de que algo não vai bem nesta área, a exemplo das reiteradas notícias de mortes trágicas decorrentes de atos de pacientes não tratados adequadamente.

A fim de contribuir com o debate acerca da matéria sob o prisma jurídico e atendendo à seriedade com que o tema deve ser tratado, o presente estudo destina-se a conhecer as assistências hospitalar e farmacêutica brasileiras na esfera da saúde mental. A escolha de tais espécies de assistência justifica-se pela importância que estas assumem no tratamento dos pacientes, constituindo o centro da atenção que o Estado deveria, pelo menos em tese, ter quanto à questão.

Para verificar se efetivamente há políticas públicas (in)eficientes para o tratamento de pacientes, inicia-se a reflexão pelo significado e pela perspectiva histórica do transtorno mental. Após, serão objeto de análise a evolução legislativa e

dados estatísticos acerca das doenças psiquiátricas, seguindo-se uma reflexão sobre as assistências farmacêuticas prestadas ou não pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao final, observando as constatações feitas sobre os temas há pouco explanados, a reflexão proposta concluirá pela constatação ou não de se estar falando sobre uma minoria verdadeiramente esquecida e segregada.

2. DOENÇA MENTAL: SIGNIFICADO E PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os seres humanos falam, andam, sentem, experimentam momentos de lucidez, desenvolvem atividades motoras e intelectuais, graças ao funcionamento químico do sistema nervoso. As células de tal sistema – os neurônios – têm como característica a emissão entre si dos sinais químicos responsáveis pelos diversos comandos dirigidos a todo o corpo humano para que este funcione adequadamente.

Se há alguma falha no processo de trocas químicas, a exemplo da falta de produção pelo sistema nervoso de uma determinada substância ou de defeitos em seus receptores neurais, dentre outros problemas, uma das consequências possíveis é a manifestação de algum tipo de doença mental.

A causa do defeito é genética, mas pode ser desencadeada, mesmo em indivíduos com baixa predisposição hereditária para tanto, por fatores externos, tais como *stress*, uso de álcool ou de drogas. A doença mental provoca, primordialmente, dentre outros sintomas, desconforto emocional, distúrbios de conduta e desordem de pensamentos, cujas consequências são devastadoras na vida do paciente, que, muitas vezes, resta incapacitado de viver com dignidade¹.

Em que pese ainda não haver cura conhecida pela medicina, a maior parte de tais doenças, se diagnosticadas no tempo certo, podem ser controladas por meio de

¹ Exemplo disso pode ser extraído da seguinte análise: “Na Inglaterra, o Rei George III era visto de camisolas nos corredores do palácio, com a cabeça envolvida numa fronha e um travesseiro nos braços, enrolado na forma de um bebê recém-nascido, que afirmava ser um príncipe chamado Octavius. Em Portugal, a Rainha Maria I era perseguida por demônios. Seus gritos de terror ecoavam nas madrugadas frias e enevoadas do Palácio de Queluz. [...] dizia ver a imagem do pai, D. José I, morto em 1777, como ‘uma massa de cinzas sobre um pedestal de ferro derretido, negro e horrível, que uma legião fantasmagórica tentava derrubar’, segundo a descrição de um de seus ministros, o Marquês de Angeja. [...] os dois soberanos sofriam de transtornos mentais [...]. Pesquisas recentes sugerem que ambos fossem vítimas de um mal chamado *porfíria variegata*, doença hereditária de sintomas semelhantes aos da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva, atualmente conhecida como transtorno bipolar. [...] George III passou os últimos anos de sua vida prisioneiro numa ala isolada do palácio, em Londres, em meio a acessos de demência cada vez mais profundos. Maria I foi igualmente considerada incapaz de tomar decisões a partir de 1799 [...]” (GOMES, Laurentino. 1808. 6ª reimpressão. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007. p. 36 e 37).

diversas espécies de tratamento, em especial o medicamentoso, que proporcionam ao paciente uma vida digna. A compreensão histórica dos fenômenos pertinentes às desordens mentais, contudo, não evoluiu acompanhada do que hoje a medicina já descobriu a respeito do assunto.

A espécie de atenção para com pessoas que ouviam vozes ou tinham quaisquer outros comportamentos aberrantes variava em função do contexto histórico que definia o que era normalidade ou anormalidade, o qual influenciava a descrição e a definição de tratamento. Antes de os fenômenos relacionados a comportamentos estranhos, que até então não eram passíveis de explicação ou compreensão, passarem a ser estudados pela medicina, pessoas com estas manifestações foram tidas como possuídas por espíritos ou demônios, lunáticas, loucas, dementes ou, mesmo, instrumentos de manifestação dos deuses.

Na Antiguidade, havia quem se preocupasse com a análise da natureza da alma e de seus transtornos, a exemplo de Platão e Aristóteles, que elaboraram teorias sobre o assunto. Hipócrates contribuiu somando às teses já existentes alguns conceitos, de forma que o estudo sobre estas espécies de moléstia apresentava noções como melancolia, histeria, paranoia e mania.

Na Idade Média, indivíduos tidos como loucos eram queimados na fogueira, exorcizados, em virtude da presunção de que estavam possuídos por demônios, havendo retrocesso quanto ao pensamento científico existente até então.

Com o advento do Renascimento, retomou-se a reflexão direcionada a conhecer as causas dos transtornos mentais, tendo em vista o restabelecimento de valores humanistas greco-romanos. Nesta época, surgiram as primeiras entidades destinadas a abrigar pessoas com comportamentos considerados aberrantes, tendo sido a primeira delas fundada no ano de 1410, em Valência, na Espanha.

O pretense tratamento, contudo, consistia na privação de convivência do doente com os demais membros da sociedade, concepção esta decorrente da noção de que o transtorno da mente retirava do homem o substrato da razão, razão esta muito prestigiada no período renascentista.

Além do isolamento, as referidas entidades satisfaziam o objetivo de controlar aqueles que, sob o ponto de vista da burguesia que aos poucos nascia, não eram mão de obra produtiva e que, presos, não poderiam contribuir para a ocorrência de revoltas. Tais instituições serviam tanto como depósito para os indivíduos indesejados socialmente como locais em que, em tese, poderia haver a possibilidade de sanar problemas que ameaçavam a primazia da razão e a produtividade no sistema de produção da época. Assim, passaram a abrigar todos os indivíduos inoportunos à sociedade, a exemplo de prostitutas, pobres e delinquentes.

A Igreja até então acolhia, alimentava e cuidava dos que a procuravam espontaneamente ou a ela eram encaminhados, mas, com a intervenção política quanto ao destino dos seres humanos indesejados socialmente, foi aos poucos tendo seu poder eclesiástico substituído em suas ações.

O declínio da intervenção eclesiástica fomentou a atenção dada à razão, motivo pelo qual houve progressos na esfera de estudos dos quais resultaram teorias neurofuncionais e anatômicas mais específicas, o que acarretou, no século XVIII, o surgimento da psiquiatria, que substituiu paulatinamente o poder do Estado e da Igreja nas instituições psiquiátricas².

Na transição do século XVIII para o século XIX, o desenvolvimento da anatomia patológica marcou a busca dos profissionais pelas causas orgânicas da loucura, desenvolvendo espécies terapêuticas físicas e medicamentosas. Desde então, os estudos foram progredindo aos poucos, tendo sido experimentados diversos métodos, a exemplo da castração, da lobotomia, da sangria e da cura pela hipnose³.

Nos primórdios da colonização do Brasil, as Ordenações disciplinavam as questões jurídicas. As Ordenações Filipinas, por exemplo, continham disposições sobre os curadores dos então denominados pródigos e mentecaptos. No Código Criminal do Império (1830), os doentes mentais receberam a denominação “loucos de todo o gênero”, termo mantido no Código Civil de 1916.

Até a Proclamação da República, o atendimento aos que apresentavam algum sinal de transtorno mental era prestado primordialmente pelas irmandades de misericórdias (Santa Casa). Por meio do Decreto n. 82, de 1841, Dom Pedro II estabeleceu a existência do Hospício Pedro II, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte. Com a mesma feição, foram criadas e construídas, a partir de verbas públicas, donativos e loterias, entidades que abrigariam os doentes em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Ceará.

² A psiquiatria nasceu ao se conferir ao médico a incumbência de cuidar da parcela da população excluída do meio social, reclusa em instituições onde eram colocadas todas as espécies de indivíduos cujas condutas não se coadunavam com a moral da época. A psiquiatria surgiu como uma especialização dentro da higiene pública, não como ramo da medicina: “Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou.” (FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997).

³ Os métodos de tratamento e legislação brasileira atuais serão analisados oportunamente no presente trabalho.

Quando da Proclamação da República, criaram-se entidades em Alagoas, Paraíba, Minas Gerais e no Paraná. Os médicos, contudo, somente assumiram efetivamente a administração dos asilos psiquiátricos e passaram a ter atuação significativa dentro das referidas instituições com o advento da República.

A partir de então, podem ser estudadas algumas leis específicas sobre a saúde mental, quais sejam: Decreto n. 1.132/1903, Decreto n. 24.559/1934 e Lei n. 10.216/2001, os quais serão objeto de apreciação no tópico que segue a este. Do exposto até o momento, extrai-se que, durante séculos, portanto, pessoas que manifestavam alguma condição que afetasse a mente eram afastadas do convívio com os demais membros da sociedade, tendo sido algumas vezes encarceradas em condições precárias e submetidas a tratamentos desumanos e degradantes.

Atualmente, no entanto, apesar de haver um pouco mais de conhecimento científico sobre a questão, o comportamento social que tenta afastar os doentes da sociedade ainda está presente, e os meios de segregação, mesmo que quase imperceptíveis, continuam sendo eficientes em seu propósito.

Além disso, a estas pessoas, que representam cerca de 3% da população brasileira, segundo o Ministério da Saúde, não se está dando a oportunidade de ter o tratamento adequado, em especial o direito à internação e ao acesso gratuito a medicamentos ministrados por profissional que efetivamente conheça seu quadro clínico e dele possa tratar continuamente.

Daí o porquê da importância do estudo da condição dos indivíduos que manifestam qualquer transtorno mental enquanto uma minoria a ser protegida, pois a informação sobre a realidade dos fatos é o único meio de evitar a perpetuação de mitos que em nada auxiliam o tratamento de tais doenças e que acabam prejudicando o indivíduo doente e a sociedade como um todo.

3. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E ESPÉCIES DE TRATAMENTO

Ao longo da História, e posteriormente ao Decreto n. 82, de 1941, a legislação brasileira que deve ser objeto de análise em se tratando de saúde mental corresponde primordialmente aos seguintes diplomas normativos: Decreto n. 1.132/1903, Decreto n. 24.559/1934 e Lei n. 10.216/2001. O Decreto n. 1.132/1903 trazia regime de internação nos hospitais públicos e privados, por meio de requisição de autoridade pública ou algum particular, sendo exigidos documentos de identificação e atestados médicos recentes que declarassem o estado nele denominado como “alienação”.

Seu modelo assistencial era centralizado (em nível nacional ou estadual) e tinha como referência o “hospício” e a atuação médica, havendo isolamento necessário

ao tratamento. Havia o direito do paciente à internação provisória até que se provasse existir qualquer transtorno mental, direito de reclamar exame de sanidade e solicitar sua alta, bem como se estabelecia que uma comissão governamental deveria fiscalizar as instituições psiquiátricas.

O Decreto n. 24.559/1934 previa um modelo assistencial centrado no “hospício” e centralizado, sem que a reinserção do paciente na sociedade constituísse prioridade, uma vez que presente enorme preocupação com o controle médico e social dos então tidos como loucos e perigosos.

Quanto ao regime de internação, esta poderia ser realizada por ordem judicial ou requisição de autoridade policial, a pedido do próprio paciente⁴, solicitação de seu cônjuge, pai, filho ou demais familiares com até quarto grau de parentesco, bem como por autoridade em geral. A alta poderia ser concedida se requerida pelo paciente, pela família ou por quem o houvesse internado, desde que não implicasse alguma espécie de perigo.

Para tanto, deveria haver atestado médico ou guia de internação de médico do respectivo hospital, sendo proibida a presença de doentes mentais em hospitais gerais, exceto em seções especiais. Os regimes de internação eram os seguintes: aberto (pacientes que não recusavam a internação); fechado (internados por determinação judicial, ou perigosos ou com risco de fuga); misto e seções especiais (em havendo somente suspeita da existência de doença mental antes da internação definitiva).

Previo-se, ainda, a condição de absoluta ou relativa incapacidade destas pessoas, denominada como administração provisória ou curatela. Havia o direito de ter alta na internação voluntária, salvo em havendo qualquer risco, o direito a novo exame para averiguação da existência ou não de qualquer doença, e uma comissão governamental para assegurar direitos, não sendo permitida a violação de correspondência dirigida a quaisquer autoridades.

A Lei n. 10.216/2001, por sua vez, decorreu do contexto de discussões iniciadas na década de 1970, na Itália (Psiquiatria Democrática Italiana⁵), época em que passaram a ser defendidos tratamentos alternativos à mera hospitalização. Por esta razão, a lei em apreço prevê que a internação⁶, qualquer que seja sua modalidade,

⁴ O decreto definiu que poderiam ser internados os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais.

⁵ Franco Basaglia encabeçou o desmonte da estrutura manicomial. Propôs a extinção dos tratamentos violentos, a destruição de muros e a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura.

⁶ Lei n. 10.216/2001: “Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de

somente será permitida quando os recursos não hospitalares não se mostrarem eficientes, visando à reinserção social do paciente, bem como apenas será realizada por meio de laudo médico fundamentado.

Estão previstos, também, diversos direitos do doente mental, por exemplo, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; obter proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, direitos estes que devem ser informados aos pacientes e a seus familiares ou seu responsável nos respectivos atendimentos.

Os atos legislativos mencionados ao longo deste tópico resultam de condições históricas do momento em que surgiram, especialmente quanto à concepção que se tinha sobre o conceito de doença mental. Em tese, a atual legislação resulta de debates acerca da necessidade do que se denominou “reforma psiquiátrica”, cujo objetivo deveria ser o de preservar a dignidade dos pacientes, por meio de medidas o mais antipsiquiátricas possível, no sentido de se evitar a internação e fomentar a ressocialização do enfermo.

Assim, pela letra literal do ato normativo em apreço, há a impressão de que a reforma psiquiátrica teria alcançado o ideal de tratamento da doença mental, afastando o passado supostamente encarcerador e desumano. Ocorre que a reforma psiquiátrica parte de premissas equivocadas, da mesma forma que, na prática, a Lei n. 10.216/2001 ainda é letra morta na maior parte de seus dispositivos.

Uma das falsas premissas para incentivar o tratamento não hospitalar de internação é aquela consoante a qual as entidades psiquiátricas serviam de “depósito” de pessoas maltratadas a todo tempo. De fato, havia locais em que os pacientes não

terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Art. 7º. A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Art. 8º. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. § 1º. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. § 2º. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.”

eram tratados de forma digna, os ditos manicômios, mas essa realidade há muito tempo deixou de existir, bem como não há indicativo de que esta era a regra e de que os motivos para tanto decorriam somente da maldade e do descaso de um ser humano para com o outro.

São notórios os registros em hospitais psiquiátricos de familiares que forneceram dados falsos sobre sua procedência para que nunca mais fossem localizados quando o respectivo paciente recebesse alta. A esse respeito, é preciso perceber que esta atitude tinha e ainda tem como causa não uma eventual falha no sistema de tratamento hospitalar de internação, mas o preconceito decorrente da mais profunda e preocupante falta de informação da sociedade em geral com referência ao tema, já que nem mesmo tradicionalmente nas escolas se ensina qualquer noção acerca do que significa a doença mental.

Não bastasse isso, é imprescindível registrar que, antes da descoberta de métodos medicamentosos de tratamento, os quais são mais eficientes e menos invasivos, preservando o paciente, os profissionais que cuidavam dos doentes efetivamente não sabiam como lidar com eles quando em surto com reações incontroláveis. Não restavam outras alternativas senão o uso da camisa de força, o isolamento em cela com grades e outras proteções, choques elétricos (hoje utilizados excepcionalissimamente), até que o estado patológico agudo chegasse ao fim.

Mesmo com o tratamento realizado com remédios, a internação pode ser necessária e isto não significa que se esteja privando o paciente de se reinserir na sociedade ou de se ressocializar. Ao contrário, pacientes em condições extremas podem colocar fim à própria vida ou colocar em risco a vida de muitas outras pessoas. Num momento destes, a internação lhes é benéfica, porque fora de instituições para ser tratado ou ele estará solto nas ruas, ou estará preso e sem tratamento dentro de sua própria casa, fazendo com que a doença se agrave.

Não são incomuns os relatos de pais, mães e demais familiares que, sem saber o que fazer e não tendo para onde levar seus doentes, trancam e amarram seus filhos em mobiliários. Recentemente, sem ter como se defender, uma mãe colocou fim à vida do próprio filho. Por outro lado, mesmo que não se trate de casos extremos, nem sempre existe a disciplina para a ingestão nos horários, dias e doses corretas de medicamentos, do que decorre a utilidade da internação para normalizar quanto a este aspecto o quadro clínico do paciente, fazendo com que ele possa retornar ao convívio social.

Sobre a eficácia da legislação em vigor, na prática, foram restringidos os leitos psiquiátricos, posto que a internação deve ser a exceção, o que, somado à omissão e à incompetência estatal na atuação em problemas de saúde mental, gera

consequências catastróficas, facilmente perceptíveis pelas chamadas jornalísticas atuais sobre assassinatos, suicídios e crimes por ciúme patológico, dentre outras.

Segundo dados publicados na imprensa e retransmitidos pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)⁷, milhares de leitos foram cortados (de 51.393, em 2002, a 36.797, atualmente); as unidades de atendimento comunitário priorizadas pela reforma (Centro de Atenção Psicossocial – Caps), estrutura que representaria uma das formas de substituir as internações, não estavam presentes, até fevereiro de 2009, em 16 Estados brasileiros em sua modalidade de atendimento 24 horas⁸. No Estado do Amazonas, há apenas um Caps para cada um milhão de pessoas.

Na prática, os pacientes com melhores recursos financeiros para tratamento, quando possível, conseguem ser internados em clínicas particulares. Os que não detêm qualquer capacidade econômica ficam desamparados. A lei transparece ter havido boa intenção do legislador em querer ajudar, mas, na realidade, o sofrimento dos doentes mentais sem recursos para tratamento aumenta cada vez mais.

Por tais motivos, a ABP, no último dia 07 de abril de 2009, comunicou, por meio de petição com natureza de representação ao Ministério Público Federal, o não cumprimento, pela Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, da Lei n. 10.216/2001, da Portaria n. 1.101/2002⁹ e da Portaria n. 1.899/2008¹⁰, requerendo que o *parquet* tome as providências necessárias à sua implementação.

Seu conteúdo reforça a constatação de que o modo como a reforma na esfera da assistência mental traz prejuízos ao atendimento dos pacientes que necessitam do SUS, em virtude do baixo número de leitos hospitalares e da insuficiência de instrumentos terapêuticos adequados. Faz parte deste processo, segundo a ABP, a falta de cumprimento de prazos e metas, pelo Ministério da Saúde, estabelecidos nos atos normativos referidos nos dois parágrafos precedentes.

⁷ Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/>>. Acesso em: 01 de maio de 2009.

⁸ Os hospitais seriam substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), divididos em três níveis, variáveis entre atendimento diurno em cidades com até 70 mil habitantes e atendimento 24 horas em cidades maiores.

⁹ Estabelece índice de 0,45 leitos para cada mil habitantes, a fim de atender à demanda por internação psiquiátrica no Brasil. A proporção de leitos no Brasil, atualmente, é de 0,23 para cada mil habitantes. Relatou a ABP que o índice brasileiro está atrás de países como Israel (0,88), Uruguai (0,54) e Argentina (0,68).

¹⁰ Criou o grupo de trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais. Isso decorre da possibilidade, em tese, de que hospitais não psiquiátricos, como os de clínicas, recebam pacientes. Na prática, há a recusa para tanto, por falta de interesse e necessidade de estrutura adequada e isolada, grades nas janelas, ausência de objetos cortantes ou potencialmente utilizáveis e perigosos para qualquer fim por pacientes em surto (exemplo: perfume para pacientes vítimas do alcoolismo), além de mão de obra especializada, dentre outros.

Ressalta a representação, ainda, o fato de que, aparentemente, a sociedade acredita que é possível mudar o modelo de assistência com o simples fechamento de leitos hospitalares, sem acompanhar o encaminhamento dado aos pacientes que residam nessas instituições ou avaliar a qualidade dos poucos serviços substitutivos que foram criados, o que é um equívoco.

Informa-se, também, acerca da possibilidade de suprir a deficiência de leitos por meio do incentivo de criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, ideia que já foi submetida à apreciação do Ministério da Saúde, por meio do documento denominado “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental”, sem respostas em ações concretas e efetivas até o presente momento.

Considerando todo o exposto, depreende-se que o modelo atual de assistência à saúde mental quanto ao atendimento hospitalar afronta os direitos constitucionais à saúde, a dignidade da pessoa humana e sua honra, bem como a própria Lei n. 10.216/2001¹¹. A assistência à saúde mental, contudo, não é falha apenas quanto à atenção hospitalar. A assistência farmacêutica é igualmente precária e, por isso, produz efeitos jurídicos, de acordo com as observações que seguem no próximo tópico.

¹¹ “Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, **consentâneo às suas necessidades**; [...]” (grifos da autora). Ferreira Gullar sintetizou a solidez dos fundamentos expostos até o presente momento: “A campanha contra a internação de doentes mentais foi inspirada por um médico italiano de Bolonha. Lá resultou num desastre e, mesmo assim, insistiu-se em repeti-la aqui, e o resultado foi exatamente o mesmo. Isso começou por causa do uso intensivo de drogas a partir dos anos 70. Veio no bojo de uma rebelião contra a ordem social, que era definida como sinônimo de cerceamento da liberdade individual, repressão ‘burguesa’ para defender os valores do capitalismo. A classe média, em geral, sempre aberta a ideias ‘avançadas’ ou ‘libertárias’, quase nunca se detém para examinar as questões, pesar os argumentos, confrontá-los com a realidade. Não, adere sem refletir. Havia, naquela época, um deputado petista que aderiu à proposta, passou a defendê-la e apresentou um projeto de lei no Congresso. Certa vez, declarou a um jornal que ‘as famílias dos doentes mentais os internavam para se livrar deles’. E eu, que lidava com o problema de dois filhos nesse estado, disse a mim mesmo: ‘Esse sujeito é um cretino. Não sabe o que é conviver com pessoas esquizofrênicas, que muitas vezes ameacem se matar ou matar alguém. Não imagina o quanto dói a um pai ter que internar um filho, para salvá-lo e salvar a família. Esse idiota tem a audácia de fingir que ama mais a meus filhos do que eu’. [...] Pois bem, aquela campanha, que visava a salvar os doentes de ‘repressão burguesa’, resultou numa lei que praticamente acabou com os hospitais psiquiátricos mantidos pelo governo. Em seu lugar, instituiu-se o tratamento ambulatorial (hospital-dia), que só resulta para os casos menos graves, enquanto os mais graves, que necessitam de internação, não têm quem os atenda. As famílias de posses continuam a pôr seus doentes em clínicas particulares, enquanto as pobres não têm onde interná-los. Os doentes terminam nas ruas como mendigos, dormindo sob viadutos. É hora de revogar essa lei idiota que provocou tamanho desastre.” (Disponível em: <<http://arquivoetc.blogspot.com/2009/04/ferreira-gullar-uma-lei-errada.html>>. Acesso em: 01 de maio de 2009).

4. ACESSO A MEDICAMENTOS

Em se tratando da atenção à saúde mental, mesmo que algum dia se alcance um modelo menos merecedor de críticas e mais eficiente no que diz respeito ao cumprimento dos direitos e diretrizes previstos em lei, há outro obstáculo a ser ultrapassado, qual seja: a precária assistência farmacêutica. Sabe-se que o resgate da perspectiva da dignidade na Constituição de 1988 deve fazer parte e conduzir a interpretação decorrente do texto constitucional e demais atos normativos que compõem o ordenamento jurídico brasileiro, sob pena de negar-se a natureza democrática do Estado de direito, fomentando inconstitucionalidades.

Assim, são objetivos da República Federativa do Brasil a construção de sociedade justa e solidária e a promoção do bem de todos (artigo 3º, I, IV, da CR/88), da mesma forma que seu preâmbulo deixa claro que o Estado democrático destina-se a assegurar, por exemplo, os exercícios dos direitos sociais e individuais, o bem-estar, a justiça e a igualdade.

Não é sem razão, portanto, que o atual texto constitucional auxilia de forma inquestionável a proteção dos direitos e garantias fundamentais, fazendo com que figurem dentre as cláusulas pétreas (artigo 60, § 4º, I, da CR/88)¹², bem como que façam parte dos direitos fundamentais, os direitos sociais¹³.

No que diz respeito ao acesso a medicamentos, este direito está previsto no artigo 6º da CR/88, uma vez que decorre do reconhecimento do direito social à saúde, ou seja, a ele se aplicam as mesmas regras válidas para os direitos fundamentais, inclusive a de aplicabilidade imediata (artigo 5º, § 1º, da CR/88).

¹² Estes aspectos são defendidos com base nas noções de indivisibilidade e universalidade dos direitos humanos.

¹³ “No que concerne ao processo de elaboração da Constituição de 1988, há que se fazer referência, por sua umbilical vinculação com a formatação do catálogo dos direitos fundamentais na nova ordem constitucional, à circunstância de que esta foi resultado de amplo processo de discussão oportunizado com redemocratização do País após mais de vinte anos de ditadura militar [...]. Três características consensualmente atribuídas à Constituição de 1988 podem ser consideradas (ao menos em parte) como extensivas ao título dos direitos fundamentais, nomeadamente seu caráter analítico, seu pluralismo e seu forte cunho programático e dirigente [...]. O pluralismo da Constituição advém basicamente do seu caráter marcadamente compromissário [...], já que o constituinte, na redação final dada ao texto, optou por acolher e conciliar posições e reivindicações nem sempre afinadas entre si, resultantes das fortes pressões políticas exercidas pelas diversas tendências envolvidas no processo constituinte. Também a marca do pluralismo se aplica ao título dos direitos fundamentais, do que dá conta a reunião de dispositivos reconhecendo uma grande gama de direitos sociais, ao lado dos clássicos, e de diversos novos direitos de liberdade, direitos políticos etc.” (SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 73-75).

Ocorre que o direito ao acesso a medicamentos de que efetivamente precisam os doentes mentais está sendo brutalmente desrespeitado, em explícita afronta ao texto constitucional e à lei infraconstitucional que prevê tratamento compatível com as necessidades do paciente psiquiátrico (artigo 2º, parágrafo único, I, da Lei n. 10.216/2001).

Em regra, esta espécie de paciente necessita de tratamento para o resto de sua vida, condição que custa aos cofres públicos montantes que os governantes evidentemente não querem pagar. Assim, medicamentos que podem ser usados para mais de uma patologia somente são fornecidos pelo SUS para uma delas¹⁴, bem como tal fornecimento encontra-se constantemente desatualizado.

Não bastasse isso, diversos outros medicamentos que auxiliam de modo considerável o tratamento de transtornos mentais sequer integram as listas do SUS para esta finalidade, ou seja, para as CIDs¹⁵ correspondentes a doenças mentais. É o que ocorre com diversas espécies de medicamentos tidos como anticonvulsivantes, originalmente prescritos para a epilepsia, mas que funcionam como estabilizadores de humor, apresentando resultados muito positivos no tratamento de patologias psiquiátricas¹⁶.

¹⁴ Para a compreensão do que se quer dizer, toma-se como exemplo o medicamento “Seroquel”, cujo conteúdo da bula determina que pode ser prescrito para as seguintes doenças: esquizofrenia e transtorno bipolar. Ocorre que a Portaria n. 2.577, de 27 de outubro de 2006, que prevê medicamentos de dispensação excepcional, determina que o medicamento “Seroquel” somente será disponibilizado para “CID-10 – F 20.0 – F 20.1 – F 20.2 – F 20.3 – F 20.4 – F 20.5 – F 20.6 – F 20.8”, as quais correspondem, respectivamente, a esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrênica, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples e outras esquizofrenias. Aqueles que não desenvolvam as patologias taxativamente descritas na referida portaria não poderão obter gratuitamente o “Seroquel”. Ou seja, apesar de a bula do referido fármaco informar sobre a possibilidade de prescrição para a esquizofrenia (em todas as suas formas de manifestação) e transtorno bipolar (também sem restrições quanto às suas espécies), estão privados de tratamento gratuito pacientes cujas patologias são as seguintes: esquizofrenia não especificada (F 20.8); transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco (F 31.0); transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos (F 31.1); transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F 32.2); transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado (F 31.3); transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos (F 31.4); transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos (F 31.5); transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto (F 31.6); transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão (F 31.7); outros transtornos afetivos bipolares (F 31.8); e transtorno afetivo bipolar não especificado (F 31.9). Sobre a desatualização dos protocolos clínicos, é exemplo a nova fórmula do medicamento “Seroquel”, lançada há pouco tempo em sua versão: “Seroquel XRO”. Sua maior eficácia se deve ao fato de agir no sistema nervoso por 24 horas, não apenas 12 horas como seu antecessor. Para pacientes com problemas no sistema nervoso, tais como os doentes mentais, a ação medicamentosa prolongada tem benefícios imensuráveis, já que eles podem ficar permanentemente sem os sintomas da doença, com proteção integral durante o dia e a noite. Uma explicação possível para tanto pode ser o preço do referido medicamento, que tem alto custo.

¹⁵ Código Internacional de Doenças.

¹⁶ Exemplo desta circunstância é a lamotrigina.

Aqueles que dispõem de algum recurso financeiro obtêm seus medicamentos e podem se tratar adequadamente. Aos pobres, novamente, resta a desassistência total e, muitas vezes, aguardar a morte ou o cometimento de crimes em virtude do descontrole provocado pela doença não tratada.

Os exemplos destacados são pequenas partes de um todo assistencial deficitário no Brasil e reforçam a tese de que os doentes mentais estão em último plano de atenção governamental, constituindo uma minoria propositalmente esquecida e muito carente de amparo compatível com sua efetiva necessidade.

As consequências disso são drásticas e vêm sendo cada vez mais sentidas por toda a sociedade de forma brutal e traumática, além de deixarem o doente experimentando um sofrimento extremo com o avanço desenfreado de sua patologia, o que o impede de viver com dignidade.

5. CONCLUSÃO

Registrou-se, no decorrer deste trabalho, que, durante muito tempo, a doença mental foi alvo de incompreensão científica quanto às suas verdadeiras causas, tendo os indivíduos que apresentavam qualquer transtorno mental sido queimados, encarcerados sem qualquer tratamento e abandonados de diversos modos. Descoberta, contudo, uma das principais causas, a carga genética e a possibilidade de tratamento medicamentoso, o fato é o que o panorama não se modificou substancialmente.

Por meio da análise do histórico de legislações sobre doença mental, descobriu-se que, em que pese a atual legislação tentar fazer transparecer uma reforma psiquiátrica eficiente, com fulcro na internação como exceção, na prática os pacientes que necessitam de amparo do SUS continuam desassistidos, tanto na assistência hospitalar quanto na farmacêutica.

Reflexões sobre o tema apontam que, historicamente, nunca houve e ainda não há efetivo interesse estatal em resolver questões relacionadas à saúde mental, basta constatar que tradicionalmente se ensinam nas escolas a causa, o tratamento e características de diversas doenças, mas nada se fala sobre doença mental.

Apenas alguns estabelecimentos de ensino particular, por conta própria, repassam esta espécie de informação. Algumas das explicações possíveis incluem o alto custo do tratamento, da mesma forma que o fato de os doentes, por não haver cura para estas patologias, não representarem mão de obra útil, nem massa eleitoral que interesse.

Ocorre que a omissão estatal quanto à assistência à saúde mental não é algo que prejudica apenas o doente e sua família. A doença mental ultrapassa barreiras, não respeita limites sociais e atinge todos, sem exceção, pois é um grave problema de saúde pública e está sendo fomentada pela falta de política pública adequada.

Como já referido ao longo da exposição, as consequências do não atendimento ao direito à saúde, da afronta à dignidade da pessoa humana e sua honra são catastróficas e vêm sendo cada vez mais sentidas por toda a sociedade de forma, reitera-se, brutal e traumática.

Praticamente todos os dias, os meios de comunicação notificam casos de homicídios, suicídios, crimes decorrentes de ciúme patológico. Está se tornando “comum” ouvir isto, mas não é para ser tido como tal. Esses acontecimentos são sinais claros e incontestáveis de que os doentes mentais estão esquecidos, razão pela qual se deve prestar atenção a esta minoria, estudando suas características e seus principais problemas para poder ajudá-la.

É preciso enfatizar, também, que atualmente o doente mental tem de suportar os difíceis e cruéis sintomas de sua patologia, que o afastam do regular convívio social, das coisas e das pessoas de que gostam, do trabalho digno, da serenidade e da vida feliz. Não bastasse isso, são alvo de atitudes preconceituosas, desinformadas, e da total desatenção estatal para com seu estado patológico.

Se nada for feito, as doenças psiquiátricas, além de deixarem o doente experimentando sofrimento extremo com o avanço desenfreado de sua patologia, o que o impede de viver dignamente, levarão, se assim já não estiver sendo, a sociedade ao caos total.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Site* institucional. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/>>. Acesso em: 01 de maio de 2009.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. *Os anormais*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GOMES, Laurentino. *1808*. 6ª reimpressão. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

GULLAR, Ferreira. Uma lei errada. Abril de 2009. Disponível em: <<http://arquivoetc.blogspot.com/2009/04/ferreira-gullar-uma-lei-errada.html>>. Acesso em: 01 de maio de 2009.

KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria dinâmica*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

STONE, H. Michael. *A cura da mente – a história da psiquiatria da Antiguidade até o presente*. Porto Alegre: Artmed, 1999.