

OS DIREITOS DO DOENTE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA¹

Alan Índio Serrano²

Sumário: Introdução; 1. De gente e de direitos: Pequena história; 2. Dos princípios da Constituição e da saúde legislada; 3. Dos obstáculos históricos e dos concebíveis; Considerações finais; Referências bibliográficas.

Introdução

Há doentes mentais sem apoio de suas famílias e do Estado para seguir o tratamento ambulatorial prescrito pela medicina. Muitos destes pioram sensivelmente seus sintomas, sendo, então, freqüentemente, levados aos grandes hospitais psiquiátricos, em busca de asilo. Lá chegam sem portar um pedido de internação feito por um médico que tenha atendido o doente e constatado a necessidade de tratamento hospitalar. Muitas vezes, a demanda da família é a de internação por vários meses, se não por anos. Os médicos de plantão se sentem constrangidos em receber pessoas trazidas desta forma, não só por familiares de doentes, mas por policiais, políticos e assistentes sociais de diversos órgãos públicos e privados. Maior constrangimento ocorre quando o encaminhamento é feito por juizes, que determinam o internamento compulsório, sem qualquer avaliação clínica prévia. Neste contexto surgem questões sobre a natureza dos direitos do doente mental, do poder que a família e os magistrados têm sobre ele e sobre a instituição hospitalar, e dos conflitos de visão entre o poder jurídico e o saber clínico.

¹ Texto apresentado na mesa-redonda “Direitos humanos e saúde mental”, promovida pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, Colônia Santana, São José, Santa Catarina, por ocasião da comemoração do 58.º aniversário do hospital, em 2 de dezembro de 1999.

² Médico, Especialista em Psiquiatria, Mestre em Psicologia. Aluno do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ex-Deputado Estadual Constituinte de Santa Catarina. Professor Adjunto de Psiquiatria da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

1. De gente e de direitos: Pequena história

Não há como pensar sobre direitos sem pensar a existência e a ação dos estados. No que diz respeito aos direitos do doente mental, é interessante lembrar que na Europa, antes da Revolução Burguesa, já o poder da monarquia se apoiava em dois instrumentos:

a) o instrumento *judiciário* clássico, composto nos parlamentos e nas cortes de justiça;

b) um instrumento *para-judiciário*, a polícia, dotada de prédios especiais que davam conta de abrigar as pessoas rejeitadas e incômodas.

Assim, dissidentes políticos, bêbados, loucos, retardados mentais, pessoas senis e mendigos incômodos, na França, eram caçados pela polícia, recolhidos das ruas ou levados pelas próprias famílias a grandes estruturas arquitetônicas, como a da Bastilha, a do Bicêtre e a da Salpêtrière. Estas casas não eram nem prisões comuns, para criminosos, nem hospícios, nem asilos, mas uma mescla de todos estes.

O rei freqüentemente emitia uma ordem, dando poderes a um procurador, denominada *lettre de cachet*. A pessoa atingida pela *lettre* ficava à mercê do procurador, que a podia fazer casar, ser punida, abandonar o trabalho, ou mesmo ficar presa ou asilada pelo tempo que o procurador determinasse. Maridos traídos, pais de filhos esbanjadores de dinheiro, familiares de psicóticos pediam, com freqüência, ao rei, uma destas *lettres de cachet*.

Elas não eram apenas o exercício de uma arbitrariedade por parte do rei, mas eram uma espécie de contra-poder, “de poder que vinha de baixo, e que permitia a grupos, comunidades, famílias ou indivíduos exercerem algum poder sobre alguém” (FOUCAULT: 1999;96). Tornaram-se, pois, instrumentos de controle, de certa forma espontâneos, que a comunidade exercia sobre si mesma, regulamentando a moralidade cotidiana da vida social.

O pedido destas *lettres de cachet* ao rei visava controlar as condutas de imoralidade ou de dissidência religiosa — devassidão, adultério, sodomia, bebedeira, feitiçaria — além de conflitos entre patrões e empregados.

A idéia de aprisionar nas grandes instituições as vítimas das *lettres* era com o objetivo de privá-las de liberdade até que se corrigissem. Não se tratava de uma idéia jurídica, de punição por um crime. Não nascia da teoria jurí-

dica do crime: era uma idéia policial, nascida fora da justiça, visando ao controle social. Fazia-se possível pela troca entre a demanda de alguém, ou de um grupo social, e o poder estatal: os incomodados pediam à monarquia um poder extra, para controlar a pessoa que incomodava. Trata-se, portanto, de uma prática extra-penal. Vinda de um admirado modelo francês de sociedade, desenvolveu-se paralelamente ao direito e teve repercussões evidentes sobre o asilamento de pacientes psiquiátricos. Observa-se que tais repercussões se prolongaram, no espírito dos povos ocidentais, por toda a extensão dos séculos XIX e XX. Nem o esforço de Phillippe Pinel, durante a Revolução Francesa, de desacorrentar os loucos da Salpêtrière e de separá-los dos mendigos e outros desviantes, por considerá-los doentes, conseguiu apagar seqüelas que se imprimiram na forma de pensar da sociedade, até hoje.

Durante o Império e a Velha República do Brasil, não se colocava qualquer discussão sobre direitos de doentes mentais.

O moderno, para o imperador do Brasil, no fim da primeira metade do século XIX, era construir hospícios nos principais pólos do país. O primeiro deles levou o nome do próprio governante: Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Santa Catarina foi um dos últimos estados do Brasil a cumprir a meta do imperador, já no fim da ditadura de Getúlio Vargas.

Não se tem notícias do destino dado ao doentes mentais catarinenses antes da metade do século XIX. A cadeia de Desterro, antigo nome de Florianópolis, ficava no térreo do prédio da atual Câmara de Vereadores. Ali, abaixo das varas judiciárias, ficava o fétido presídio, local em que recolhiam “os loucos, os escravos mal-comportados (...) e os paus-d’água” (CABRAL: 1979;66). Um missionário italiano, vindo a Santa Catarina descreve, em 1903, a inexistência da psiquiatria e de qualquer estabelecimento especial: “se um infeliz enlouquece e não tem quem pense por ele, é fechado no cárcere, à mercê dos guardas de polícia. Depois, entre um ataque e outro, é deixado em liberdade e novamente preso. Finalmente, exaurida a paciência, é embarcado para o Rio de Janeiro e de lá nunca mais chegam notícias dele” (MARZANO: [1903] 1985;180). Religiosos católicos montaram o hospício de Azambuja, em Brusque, patrocinado pelo bispo D. João Becker, em 1909. A filantropia de Joinville criou, em 1923, o Hospício Oscar Schneider. Nereu Ramos, em 1941, extinguiu estes dois asilos

para criar a Colônia Santana. Apesar de inspirada numa visão médica, em 1949 havia só três médicos para 534 internos.

Com a criação da Colônia Santana confirma-se um conhecido corolário da administração de serviços de saúde mental: criando-se a oferta, cria-se a demanda. Se temos algo que, nas representações sociais, é parecido com uma Salpêtrière, temos o direito a alguma coisa parecida com uma *lettre de cachet*, ou seu correspondente. Os membros da sociedade sentem-se no direito de usar esta instalação pública para as finalidades que presumem serem de seu direito.

Ainda hoje, boa parte dos pacientes trazidos pelas famílias ou pela polícia à porta do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, instituição sucedânea do Hospital Colônia Santana, é apresentada ao plantonista sem um encaminhamento médico, ou seja, sem o pedido de internação por um médico que tenha atendido o doente e constatado a adequação do tratamento hospitalar. Alguns destes ali chegam por ordem judicial, como também ocorre na Casa de Saúde Rio Maina, de Criciúma, o único outro hospital psiquiátrico catarinense fora da Grande Florianópolis.

Isto significa que parcelas da sociedade sentem-se portadoras de um poder de internar, que presumem ser autorizado pelo Estado. É, para as famílias, uma espécie de direito primitivo, originado no poder do pai e da mãe, de definir o que deve acontecer ao filho ou ao membro dependente da família: um exercício de *pátrio poder*. Este pátrio poder, hoje, em certos momentos, parece ser delegado a autoridades não familiares — ou mesmo assumido por elas — que julgam e deliberam em nome do pai: assistentes sociais de diversos órgãos públicos ou de organizações não-governamentais, líderes religiosos, policiais e delegados de polícia, vereadores e pessoas ligadas a órgãos do poder judiciário.

Como entender, então, neste contexto, a questão dos direitos das famílias de pacientes psicóticos ou dependentes químicos, e a questão dos direitos individuais dos pacientes?

Por ocasião do descobrimento da América houve debates em torno de os índios terem ou não terem alma, serem ou não serem gente. O Padre Antônio Vieira precisou argumentar ao rei de Portugal para que o índio fosse considerado humano. Neste sentido, o louco, em certos momentos,

repetidamente tem sua humanidade contestada. É popularmente conclamado a “ser mais gente”, a “não se comportar como um animal”, e descrito como alguém que fica “tomado de uma força não-humana”, ou que “parece um bicho”.

2. Dos princípios da Constituição e da saúde legislada

Onde não estiver claro que o doente mental é gente, o *pátrio poder* triunfará. O problema criado pelo doente mental não mais será sentido como uma questão de direitos, e sim como uma questão de polícia. A idéia de submeter o louco é sentida como um poder autorizado pelo estado.

Em certos contextos, não há como sentir e agir diferentemente. A questão que se coloca, pois, é a de como criar contextos novos.

Consideremos uma dúzia de premissas imprescindíveis neste tema:

1. Os direitos humanos dos doentes mentais não vêm de Deus e nem da natureza. São uma construção histórica, lenta, teórica e prática, trabalhosa e trabalhada. Quem pode dizer que isto ou aquilo é direito? Qual é o fundamento de validade dos direitos humanos?

2. Aquilo que chamamos de “direitos humanos” apareceu primeiro em forma de postulados jusnaturalistas, precariamente explicado como algo natural do ser humano. Depois apareceu como declaração das revoluções americana e francesa. Neste século tornou-se declaração da Organização das Nações Unidas. Por fim, foi positivado como direitos fundamentais, nas constituições particulares das nações.

3. Se não são naturais e nem de ordem divina, os direitos humanos são uma “declaração” humana. “Declarar” significa tornar clara a coisa que ali gestava. O fundamento da validade do direito é, pois, o consenso dos povos civilizados. Os povos foram representados na ONU, em 1948, declarando-se, aí, a tábua de direitos hoje em vigor.

4. Os direitos humanos são princípios, não são verdades absolutas. Precisam, pois, ser entendidos em seu contexto, caso a caso. Quem postula o direito à eutanásia ou o direito ao aborto entrará em choque com a postulação do direito à vida, por exemplo. Por isso a lei civil prevê certos

abertos que a moral religiosa, caudatária do direito à vida, rejeita. No caso do doente mental, o direito individual à liberdade muitas vezes é contrariado pelo direito da sociedade do qual se deriva a noção de tratamento sanitário obrigatório. Algumas vezes, pois, quando prepondera um direito, diminui-se outro. No jogo das prioridades estatais e comunitárias, alguém ganha e alguém perde.

5. Ainda hoje não está claro, de forma universal, se os direitos humanos pertencem a todas as pessoas ou apenas àquelas que são cidadãs. Algumas nações, incluindo-se aí algumas das mais ricas e poderosas do planeta, consideram alguns direitos humanos apanágio apenas dos cidadãos. O imigrante ilegal, por exemplo, mesmo sendo pessoa, não é considerado cidadão em vários países.

6. Se podemos, hoje, dizer que os direitos do doente mental fazem parte de sua natureza humana, é porque assim os doentes mentais são considerados, num consenso moderno dos povos civilizados. Esta visão coloca o direito num lugar no qual ele não só é poder: é também limitação de poder.

7. O positivismo jurídico separa a lei da moral. A lei não precisa da moral, pois é um ato de vontade. Na visão hegeliana, o direito insere-se na moral e passa a representá-la. Logo, direitos humanos fundamentais são valores que o constituinte erigiu como sendo tão grandes que não se os pode tocar.

8. O direito deriva-se de regras e princípios que estão na constituição. Ele pode ser, inclusive, um direito subjetivo, como o direito de ter crédito, ou o direito de ter saúde, por exemplo. É neste sentido que o direito é limitação de poder. Ele conforma o poder do pai, da família, do estado. O direito pode existir até contra o Estado. Ou pode existir num ambiente em que o Estado não esteja ainda preparado para facilitar sua concretização. Este preparo e esta concretização são também construções sociais, históricas.

9. A Constituição brasileira de 1988 elencou, dentre os principais fundamentos da República, a promoção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminação. Assegurou a *saúde* como um direito social. Declarou-a como direito de todos e dever do Estado. Declarou-a como sendo não apenas o acesso às ações e serviços públicos de assistência, mas como resultado de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de

outros agravos. Nas constituições anteriores ela se conceituava apenas como o acesso ao atendimento sanitário-hospitalar e à assistência médico-preventiva e restringia-se aos contribuintes da Previdência Social. Na Constituição de 1988, a ordem social tem primazia sobre a ordem econômica, e isto dá uma posição relevante à saúde.

10. O salto quantitativo e qualitativo que o conceito de saúde deu, na constituição vigente, coloca-a como direito subjetivo do ser humano a ser regulamentado em leis ordinárias. A lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n.º 8.182, de 28 de dezembro de 1990, chamada de “lei orgânica da saúde” (LOS), apesar de não ser exemplo de boa técnica legislativa e de ter a marca dos embates doutrinários e das incompatibilidades de orientação política da época (CARVALHO; SANTOS, 1992;20), é o primeiro esforço para colocar em lei ordinária os princípios da Constituição.

11. As portarias n.º 189/91 e 224/92, do Ministério da Saúde, normatizam de forma detalhada as formas de assistência pública para os transtornos mentais, através de centros e núcleos de atenção psicossocial e de ambulatórios de saúde mental em unidades sanitárias. No espírito destas portarias, os casos agudos a internar seriam encaminhados a alas psiquiátricas em hospitais gerais e a pequenos hospitais especializados em psiquiatria, com leitos rotativos. O Projeto de Lei da Reforma de Saúde Mental, que está no Congresso Nacional, segue a linha destas portarias.

12. A construção de uma rede ambulatorial pública, gratuita, gerenciada pelos municípios, é a base da pirâmide que, uma vez construída, comporia o Sistema Único de Saúde. Aquilo que Gofman (GOFMAN: 1978) chamou de instituição-total seria, então substituído por uma rede de serviços diversificada, regionalizada e hierarquizada, voltada não só à redução de sintomas, mas a uma recontextualização do paciente na vida social.

Nesta estrutura estatal o paciente encontraria meios para poder concretizar ou facilitar o exercício de seus direitos como doente. Ter um ritmo próprio, individual, de trabalho; não participar do mundo produtivo, se for o caso; não viver segregado, ter locais de convívio social nos quais não seja discriminado; poder participar de programas de reabilitação; ter acesso aos remédios que lhe dão qualidade de vida; poder marcar consultas com seu psiquiatra conforme a gravidade do quadro clínico: eis aí alguns dos mo-

dos pelos quais o doente mental acede a um patamar de direitos humanos compatíveis com a avançada Constituição que nos rege.

O grande direito a ser concretizado pelos doentes mentais no Brasil, hoje, portanto, é o de ver a lei cumprida, de ver os princípios da Constituição aplicados pelos três níveis de governo:

- a) o federal garantindo verbas e diretrizes;
- b) o estadual, garantindo verbas, fiscalização, supervisão e harmonização do sistema;
- c) o municipal, garantindo verbas, contratação de profissionais, construção e manutenção de serviços.

3. Dos obstáculos históricos e dos concebíveis

Contudo, na verdade, inúmeros obstáculos têm sido colocados para a implementação do Sistema Único de Saúde e para o cumprimento da Constituição. Nossa Constituição tem uma inspiração liberal no tocante à ordem social. Até socialista, no tocante à saúde. Esta concepção da Carta Magna busca ajustar-se a uma sociedade patrimonialista e paternalista, sem tradições liberais.

O fim da Guerra Fria, simbolizada pela queda do muro de Berlim, lançou dúvidas contundentes em relação à validade dos princípios que não dão primazia à ordem econômica capitalista e à livre iniciativa. O grande crescimento da população, a baixa velocidade do crescimento econômico, o aumento do desemprego e do exército de reserva em todo o mundo industrial vêm somar-se às idéias dos defensores do Estado mínimo. Governos que privatizam serviços de relevância pública e menosprezam o acúmulo de capitais nacionais lavam as mãos diante do aparecimento de novas massas marginalizadas. Em nosso caso nacional, esta influência afasta o Estado das obrigações para com a saúde estabelecidas na Constituição.

A chegada do Século XXI apresenta-nos dois desafios filosóficos e políticos, neste terreno. Um, que tem a ver com o não cumprimento dos princípios constitucionais e da lei. Outro, que tem a ver com o destino da assistência ao doente mental, mesmo no caso de ocorrer tal cumprimento.

O primeiro instiga a autenticação da privatização dos serviços para quem tem dinheiro e a falta de serviços para os mais carentes. Não havendo reconhecimento da necessidade econômica de absorver na produção as minorias marginalizadas, a intervenção que tornaria possível a reabilitação seguirá sendo uma possibilidade irrealizável no plano prático. A própria questão da equidade tem a ver com a construção de um estado inclusor. Coloca em discussão a miséria da psiquiatria e da psicologia públicas, vítimas de poderes que desconsideram os direitos dos doentes, em termos de “menos Estado, mais mercado”.

O segundo é a possibilidade de aparecimento de novas formas de discriminação e de repressão social mascarada, através de um modelo panóptico de alta tecnologia penetrando nas individualidades. Assim, velhos vícios dos antigos hospícios e da sociedade segregadora que os criou poderão reaparecer disseminados pelo território extra-hospitalar:

- a) em alas psiquiátricas de hospitais gerais de baixa qualidade;
- b) em pequenas colônias agrícolas para toxicômanos, onde líderes repressores e fanáticos aliam a cura moral por pregações de tom puritano à manutenção através de verbas públicas reivindicadas ou negociadas;
- c) em casas de reclusão e repressão para menores, apresentadas como modernas por terem um psiquiatra e um psicólogo na equipe, que lá comparecem eventualmente em troca de um salário aviltante.
- d) em ambulatórios precários que consigam apenas anestésiar a subjetividade dos pacientes, quer seja pelo emprego único e abusivo de drogas, quer seja por hipноses ideológicas e paternalísticas.
- e) em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais nos quais pacientes possam ser mantidos por meses e meses, por ordem de juizes, por serem um problema social (em geral mais social do que clínico).

Contra isto, a psiquiatria e as outras disciplinas da saúde mental, como mostra Pitta (1998;24), podem propor uma assistência organizada em ambulatórios acolhedores, nos seus centros de atenção diária, oficinas reabilitadoras, clubes e grupos terapêuticos, e enfermarias de crise. Para tanto, ela pode se ancorar na teoria da subjetividade, na psicopatologia articulada aos processos de vida e de trabalho, nas neuro-

ciências que respaldam o uso eficaz dos psicofármacos, e nos paradigmas da atenção psicossocial.

Neste novo quadro, caberá aos juizes usar os instrumentos legais para orientar suas indicações, reconhecendo a “transitoriedade das alterações psiquiátricas, não invadindo a competência médica” (Pitta: 1996;106), mas colaborando para garantir as condições de tratamento, vigiando o seu desenvolvimento e estabelecendo as avaliações adequadas.

Considerações finais

Historicamente a moralidade cotidiana tem sido regulada por instrumentos de controle, alguns deles reconhecidos juridicamente. Isto se reflete sobre o controle do doente mental.

Ocorrem, ainda hoje, por ordens judiciais, internações compulsórias de doentes mentais sem periculosidade constatada ou presumida e sem processo cível ou criminal instalado. Tais ordens visam aliviar situações sociais desagradáveis. Provêm de juizes que encaram a instituição hospitalar psiquiátrica como um asilo para problemas sociais, e não como local de exercício da arte e da ciência médicas.

A internação, por ordem judicial, sem avaliação, indicação e respaldo prévios do médico é um reflexo e um resquício da mentalidade da *lettre de cachet*, instrumento jurídico hoje discutível.

Uma melhor organização do atendimento ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diminuiria o volume de encaminhamentos de pacientes psiquiátricos aos hospitais. O tratamento, seqüencial e bem feito, diminui a necessidade de internações.

No contexto da aplicação da Constituição brasileira há problemas ainda não resolvidos quanto à montagem do Sistema Único de Saúde. Isto faz com que o direito à assistência ambulatorial, a ser implementado na prática pelas prefeituras municipais, seja protelado. A noção de equidade do sistema, que propiciaria um atendimento permanente e preventivo às crises mais graves e temporárias do doente mental, vem sendo abalada pela contestação de bem-estar social hoje feita ao Estado (*welfare state*) e pelas dificuldades de viabilização de novas formas de Estado mais inclusoras.

Referências bibliográfias

CABRAL, O. R. **Nossa Senhora do Desterro**. Florianópolis: Lunardelli, 1979.

CARVALHO, G. I., Santos, L. **Sistema Único de Saúde**. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil. In: BEZERRA JÚNIOR, B. et alii. **Cidadania e Loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau/PUC, 1999.

GOFMAN, E. **Asylums**. Le Istituzione Totali: i Meccanismi dell'Esclusione e della Violenza. 6. ed.. Turim: Einaudi, 1978.

MARZANO, L. **Colonos e Missionários Italianos nas Florestas do Brasil**. Florianópolis: UFSC, 1985.

PITTA, A. M. F. Ética e Assistência em Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C., SILVA FILHO, J.F. (orgs.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

_____. Bem feito o que Foi Feito! **Cadernos IPUB**. N.º Especial. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

SERRANO, A. I. **O que fica além da Questão Legal**: Reflexões que a Legislação Psiquiátrica Italiana traz ao Brasil. Florianópolis: Mimeo, 1997.