

TRATAMENTO COMPLEMENTAR PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA: GARANTIA A DIREITOS PREVISTOS NA LEI Nº 10.216/2001¹

*COMPLEMENTARY TREATMENT FOR PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA: GUARANTEE OF
RIGHTS PROVIDED FOR IN LAW NO. 10,216/2001*

Vitória Padilha ZANON²

Maria Rafaela Junqueira Bruno RODRIGUES³

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de demonstrar a possibilidade de implementação — no sistema de saúde brasileiro — de uma psicoterapia adaptada à realidade das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Para isso, o atual estudo: a) expõe os entendimentos da Psiquiatria contemporânea sobre a esquizofrenia e aborda o contexto de descaso perante pacientes psiquiátricos no Brasil; b) desenvolve proposta de tratamento complementar direcionado às pessoas com esquizofrenia, com devido detalhamento metodológico e respaldo teórico em idôneos referenciais; c) compreende a aplicabilidade dessa inovação psicoterápica no sistema de saúde brasileiro, com análise de seu potencial como garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

Palavras-chave: Direito à saúde. Direitos das pessoas com esquizofrenia. Saúde psiquiátrica. Psiquiatria no Brasil.

¹ O presente artigo sintetiza a monografia de conclusão da pesquisa, realizada para o Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2020-2021) da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP.

² Discente da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP. Bolsista do Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2020-2021).

³ Professora Titular da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP. Orientadora do Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Doutora em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, com Especialização em Psicanálise Contemporânea pela Universidade de Franca, Pós-Doutorado em Direito e Saúde na Università Degli Studi Di Messina - Itália, Aperfeiçoamento em Bioética Aplicada às Pesquisas em Seres Humanos (ENSP/FIOCRUZ), Aperfeiçoamento em Direito à Saúde baseado em evidências (Hospital Sírio-Libanês) e Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde (UFRJ).

ABSTRACT

This article aims to demonstrate the possibility of implementing — in the Brazilian health system — a psychotherapy adapted to the reality of people diagnosed with schizophrenia. To this end, the current study: a) exposes the understandings of contemporary Psychiatry about schizophrenia and addresses the context of neglect towards psychiatric patients in Brazil; b) develops a proposal for a complementary treatment aimed at people with schizophrenia, with due methodological details and theoretical support in reputable references; c) understands the applicability of this psychotherapeutic innovation in the Brazilian health system, analyzing its potential as a guarantee of rights provided for in Law No. 10,216/2001.

Keywords: *Right to health. Rights of people with schizophrenia. Psychiatric health. Psychiatry in Brazil.*

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes questionamentos enfrentados nos últimos séculos da História, a partir das concepções fundamentadas no respeito aos Direitos Humanos, é a maneira como se devem promover tratamentos efetivos às pessoas com transtornos mentais.

A Psiquiatria brasileira, contemporaneamente, respalda-se na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas *portadoras*⁴ de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Apesar de existirem divergências a respeito da eficácia da referida lei, ela é considerada, em sentido majoritário, como “[...] marco inegável para a consolidação do atendimento psiquiátrico comunitário.” (BARROSO; SILVA, 2011, p. 66).

Ao analisar o conteúdo da lei em questão, vale destacar o artigo 2º (cujo *caput* é: “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”), seu parágrafo único (“São direitos da pessoa *portadora*⁵ de transtorno

⁴ É válido ressaltar que a nomenclatura utilizada no texto legal está ultrapassada, em desconformidade com a Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (da Organização das Nações Unidas). Assim, faz-se relevante a explicação formulada pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul: “A palavra *portador* não deve ser usada, porque [...] Pessoas não carregam suas deficiências nas costas, necessariamente, como um fardo e, de vez em quando, descansam delas [...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Dessa forma, a expressão adequada ao contexto seria “pessoas *com* transtornos mentais”.

⁵ Idem. A expressão adequada ao contexto seria “pessoa *com* transtorno mental”.

mental”) e seu inciso I (“ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”). (BRASIL, 2001).

Referente à expressão “melhor tratamento do sistema de saúde”, é plausível o levantamento da seguinte questão: como o sistema de saúde brasileiro poderia abarcar um novo tratamento que, em tese, seja enquadrado como “consentâneo às necessidades” de uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia?

Uma vez que esta pesquisa visa à resposta a essa pergunta, é relevante destacar, assim, o presente entendimento de esquizofrenia: “Atualmente, a 11^a Classificação Internacional de Doenças⁶ torna o conceito de esquizofrenia novamente amplo, tendo, em sua descrição sintomatológica a presença de SPO — sintomas de primeira ordem — e distúrbios do pensamento e embotamento afetivo, associados a delírios e alucinações.” (BORGES, 2019).

Sabendo-se que: “De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, 23 milhões de pessoas no mundo são *portadoras*⁷ de esquizofrenia. Somente no Brasil, dois milhões de brasileiros apresentam o distúrbio.” (SECRETARIA DA SAÚDE, 2019), percebe-se, nitidamente, a pertinência do tema apresentado pela presente pesquisa científica.

Nota-se, sobre a justificativa da necessidade deste estudo, que a aplicabilidade de um tratamento complementar — favorecedor à qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia — representa uma garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001 e, por consequência, um avanço na defesa do princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, com o intuito de ensejar um ensaio clínico randomizado, ético e responsável, o presente trabalho desenvolve uma proposta de tratamento complementar para o acompanhamento psicoterápico de pessoas com esquizofrenia.

Para tanto, utiliza-se o método hipotético-dedutivo, uma vez que se parte de aspectos gerais do Direito, da Psiquiatria e da Psicologia, para apresentar uma hipótese potencialmente solucionadora quanto a um aspecto específico — que é o tratamento complementar para pessoas com esquizofrenia —. Dessa forma, a pesquisa é baseada em idôneos

⁶ CID-11, lançada pela Organização Mundial de Saúde em 2018; seu conteúdo entrará em vigor em 2022.

⁷ Idem à primeira nota de rodapé —. Logo, o referido trecho deveria ter sido redigido da seguinte maneira: “23 milhões de pessoas no mundo *têm* esquizofrenia”.

referenciais bibliográficos e documentos legais, aptos a fundamentar os argumentos expostos.

Tratando-se de psicoterapia, é indispensável enfatizar que a pesquisa tem respaldo teórico na obra de Carl Gustav Jung, psiquiatra e psicoterapeuta que fundou a Psicologia Analítica: “Verdade é que toda psicoterapia moderna que pretende ser responsável do ponto de vista médico, e respeitada por sua seriedade científica, já não pode ser de massas, mas depende do interesse amplo e sem reservas dispensado a cada paciente individualmente.” (JUNG, 1981, p. 35).

Cabe salientar que este artigo, a partir do diálogo entre o Direito, a Psiquiatria e a Psicologia, não tem por escopo exaurir as possibilidades de lidar com a proteção e os direitos das pessoas com esquizofrenia. Em vez disso, amplia-se a discussão sobre o modelo de assistência em saúde mental, que precisa e pode ser aprimorado por meio de inovações como o tratamento complementar em foco.

2 ESQUIZOFRENIA

2.1 ENTENDIMENTOS DA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

Primeiramente, faz-se necessário frisar que o presente subcapítulo tem respaldo na CID-11 — já apresentada na introdução desta pesquisa — e na quinta edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*, cuja versão em português é denominada “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”). Ao tempo de publicação deste artigo, trata-se da edição mais recente do referido compilado (2013), feito pela *American Psychiatric Association*⁸.

Acerca da definição de esquizofrenia, é pertinente a descrição proposta pela mais recente Classificação Internacional de Doenças (sob o código 6A20 da CID-11, que corresponde ao F20 da CID-10). Observa-se, porém, que tal edição ainda não dispõe de versão em português, desse modo, o respectivo conteúdo é uma tradução autônoma da descrição formulada pela CID-11:

⁸ APA - Associação Americana de Psiquiatria: organização de psiquiatras e estudantes de Psiquiatria, com sede em Virgínia (EUA), existente desde 1844.

A esquizofrenia é caracterizada por distúrbios em várias modalidades mentais, incluindo pensamento (por exemplo, delírios, desorganização na forma de pensamento), percepção (por exemplo, alucinações), experiência própria (por exemplo, a experiência de que os sentimentos, impulsos, pensamentos ou comportamento de alguém estão sob o controle de uma força externa), cognição (por exemplo, atenção prejudicada, memória verbal e cognição social), volição (por exemplo, perda de motivação), afeto (por exemplo, expressão emocional embotada) e comportamento (por exemplo, comportamento que parece bizarro ou sem propósito, respostas emocionais imprevisíveis ou inadequadas que interferem na organização do comportamento). Podem estar presentes distúrbios psicomotores, incluindo catatonia. Delírios persistentes, alucinações persistentes, distúrbios de pensamento e experiências de influência, passividade ou controle são considerados sintomas essenciais. Os sintomas devem ter persistido por pelo menos um mês para que um diagnóstico de esquizofrenia seja atribuído. Os sintomas não são manifestações de outra condição de saúde (por exemplo, um tumor cerebral) e não são devidos ao efeito de uma substância ou medicamento no sistema nervoso central (por exemplo, corticosteroides), incluindo abstinência (por exemplo, abstinência de álcool). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Logo, a fim de que seja explanado o atual entendimento de esquizofrenia, mostra-se indispensável a apresentação dos “Destaques das Modificações do DSM-4 para o DSM-5” concernentes à seção denominada “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”:

Foram feitas duas modificações no Critério A para esquizofrenia: 1) a eliminação da atribuição especial a delírios bizarros e alucinações auditivas de primeira linha de Schneider (p. ex., duas ou mais vozes conversando entre si), levando à necessidade de pelo menos dois sintomas do Critério A para um diagnóstico de esquizofrenia, e 2) inclusão da exigência de que pelo menos um dos sintomas do Critério A deva ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Os subtipos de esquizofrenia do DSM-IV foram eliminados devido a sua estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e pouca validade. Em vez disso, é inclusa uma abordagem dimensional para classificar a gravidade dos sintomas centrais da esquizofrenia na Seção III do DSM-5 para

capturar a importante heterogeneidade no tipo de sintoma e gravidade que se manifesta entre os indivíduos com transtornos psicóticos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 854).

Entre os pontos constantes no citado trecho, a alteração mais significativa para este capítulo é a eliminação dos subtipos da esquizofrenia, com a justificativa de que demonstravam “estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e pouca validade” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 854).

Primordialmente, os subtipos listados eram referidos como *esquizofrenia paranoide*, *esquizofrenia desorganizada* (também denominada *hebrefrênica*), *esquizofrenia catatônica*, *esquizofrenia residual* e *esquizofrenia indiferenciada*.

Vale ressaltar que a referida modificação foi incorporada pela CID-11, já que, em vez de distinguir subtipos da esquizofrenia, a nova classificação delimita especificadores a serem usados de parâmetro nas avaliações feitas pelo psiquiatra: “número de episódios (primeiro episódio, episódios múltiplos ou esquizofrenia contínua)”, “remissão (parcial ou completa, em resposta à medicação e/ou outro tratamento)”, “sintomas (positivos, negativos, depressivos, maníacos, psicotores e/ou cognitivos)” e “gravidade (caso leve, moderado ou grave).” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Tais parâmetros são significativos, principalmente, no momento da anamnese, para que sejam indicados os tratamentos mais adequados ao quadro clínico identificado. Logo, os tratamentos viáveis são demonstrados através de evidências clínicas, expostas e reafirmadas nas características individuais apresentadas no momento da consulta perante o psiquiatra.

2.2 CONTEXTO DE DESCASO PERANTE PACIENTES PSQUIÁTRICOS NO BRASIL

Embora a Lei nº 10.216/2001 tenha o propósito de assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil, a violação de tais direitos é persistente na concretude do país.

Por meio do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018) — iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

(MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) —, constata-se a remanescência de uma série de abusos perpetrada contra os cidadãos considerados *pacientes psiquiátricos* nas cinco regiões do Brasil.

Entre as diversas violações observadas, é possível identificar um padrão: não há acompanhamento psicológico básico a tais cidadãos. Num contexto de descaso recorrente, as pessoas com esquizofrenia são as que mais sofrem, pois são as que apresentam os sintomas mais estigmatizados pela sociedade e, em via de regra, não lhes são ofertados tratamentos complementares à medicação.

Conforme as considerações de João Guilherme Biehl — antropólogo e professor de Antropologia na Universidade de Princeton (EUA) — em seu livro intitulado *Vita: life in a zone of social abandonment* (cuja tradução para o Português é “Vita: vida em uma zona de abandono social”): “Medicação, em vez de cuidados médicos, é a norma [...]. Em suma, não há interesse em manter lúcidos os pacientes, em respeitá-los, ou em tratá-los como cidadãos que têm uma vida.” (BIEHL, 2005, p. 275).

Em consonância com a análise antropológica de Biehl, faz-se imprescindível elencar as palavras do Walter Melo, doutor em Psicologia Social pela UERJ: “A Psiquiatria clássica não se interessa pelo drama vivido pelas pessoas que passam por situações de desestruturação psíquica, atendo-se somente ao estereótipo de louco, causado pelos sintomas mais aparentes.” (MELO, 2010, p. 638).

Com base em tais constatações, o presente trabalho científico propõe a reflexão de que, enquanto não houver, nas cinco regiões do Brasil — como regra, em vez de exceção —, o cuidado digno e individualizado à psique⁹ das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, não será possível afirmar que a Lei nº 10.216/2001 tenha sido incorporada à realidade do país.

Ao tempo em que o tratamento das pessoas com transtornos mentais — e, em especial, das pessoas com esquizofrenia —, majoritariamente, resume-se à medicação, negligencia-se a possibilidade de uma psicoterapia especializada como tratamento complementar em atenção aos quadros clínicos e, por conseguinte, como garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

⁹ Na Psicologia, psique é sinônimo de *mente humana*. Para Jung, a psique é formada por três níveis: consciente, inconsciente pessoal e inconsciente coletivo.

3 PROPOSTA DE TRATAMENTO COMPLEMENTAR PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Em 2019, a professora-orientadora desta pesquisa científica propôs aos seus alunos uma atividade, com o incentivo de que cada estudante formulasse um projeto inovador — consistente na elaboração de um modelo de negócios, a partir do Canvas¹⁰, com a forma de uma *statup* —, de acordo com os parâmetros de sua disciplina de Direito Empresarial I na Faculdade de Direito de Franca.

Para o cumprimento da atividade, além da procura por respaldo teórico, a presente aluna-pesquisadora inspirou-se nos 19 anos de convivência diária com sua avó, que viveu com esquizofrenia desde os 25 anos de idade. Assim, a presente estudante propôs um modelo de negócios que visa a atender à necessidade de implementação de um tratamento complementar para pessoas com esquizofrenia, contemplando os critérios de inovação tecnológica.

Cumprindo, portanto, o intuito proposto no presente trabalho científico — que é o de dar embasamento à futura implementação do tratamento complementar para pessoas com esquizofrenia —, apresenta-se a descrição da metodologia do tratamento com o seu respectivo respaldo teórico.

3.1 METODOLOGIA DO TRATAMENTO

A maneira como se inicia o tratamento é variável, a depender das individualidades do quadro clínico do paciente. Em via de regra, por intermédio de representante legal, familiar ou amigo próximo da pessoa com esquizofrenia, esta receberá, no local onde mora, um pacote. Ao abri-lo (ou pedir para que alguém o abra), verá um bilhete e um par de fones de ouvido sem fio.

Sabendo que o conteúdo do pacote é para ela, a curiosidade da pessoa estará desperta, o que a fará ter vontade de ler o bilhete ou pedir para que alguém o leia em voz alta (caso não saiba ler ou não consiga).

O texto do bilhete será este: “Olá, ‘nome do destinatário’, ouvi muito sobre sua história de vida! Pelo que me contaram, temos muitas coisas em comum. Temos muitos assuntos para colocar em dia, por isso

¹⁰ Ferramenta que permite o desenvolvimento de modelos de negócios inovadores.

enviei fones de ouvido a você. Assim, poderemos conversar melhor, caso você queira.”.

Quem estiver por perto deve dar a liberdade de escolha à pessoa com esquizofrenia (sem pressão). Então, no momento em que ela decidir por colocar os fones de ouvido (podendo receber ajuda, caso aceite), os referidos fones devem estar previamente conectados (via bluetooth) a um celular que esteja em chamada de voz com um psicoterapeuta, cuja responsabilidade é a de iniciar a comunicação como remetente do pacote.

A conversa deve ter tom informal e personalizado, encaminhando-se de modo que o psicoterapeuta crie laço de empatia com o paciente. O diálogo deve ser compreensivo e trazer falas que rompam com o padrão de pensamentos/vozes de cunho autodepreciativo da pessoa com esquizofrenia.

As conversas ocorrerão conforme o que for convencionado entre psicoterapeuta e paciente e, sobretudo, de acordo com a avaliação do psicoterapeuta perante o quadro clínico, com cuidado individualizado e adaptado à personalidade do paciente. O ideal é que haja uma frequência diária entre as sessões de psicoterapia, a fim de que a constância das sessões proporcione uma rotina de cuidado com a saúde mental do paciente.

3.2 RESPALDO TEÓRICO

Em primeiro lugar, é preciso ressaltar o posicionamento — já mencionado na introdução deste artigo — do psiquiatra e psicoterapeuta Carl Gustav Jung:

Verdade é que toda psicoterapia moderna que pretende ser responsável do ponto de vista médico, e respeitada por sua seriedade científica, já não pode ser de massas, mas depende do interesse amplo e sem reservas dispensado a cada paciente individualmente. (JUNG, 1981, p. 35).

Diante dessa citação, percebe-se que a presente proposta de tratamento complementar está em consonância com o referido entendimento de Jung sobre a psicoterapia responsável.

Sabendo-se que o tratamento em estudo prioriza a linha de pensamento da pessoa com esquizofrenia de modo individual e personalizado — como principal fator de empatia entre psicoterapeuta e

paciente —, a metodologia descrita anteriormente está em notória conformidade com as palavras do psiquiatra sobre “o interesse amplo e sem reservas dispensado a cada paciente individualmente.” (JUNG, 1981, p. 35).

Esse é um explícito diferencial em contraposição com a frequente postura de psiquiatras perante seus pacientes com esquizofrenia, conforme apuraram pesquisadores do Departamento e Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em parceria com pesquisadores da Psychiatric University Hospital Zurich (Departamento de Psiquiatria Geral e Social, Zurich, Switzerland) e da Collegium Helveticum, a joint Research Institute between the University of Zurich and the Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, Switzerland:

Lauber et al. observaram que a estereotipagem de indivíduos com distúrbios psiquiátricos era comum entre os psiquiatras na prática privada e que as atitudes estigmatizantes destes não diferia daquelas da população geral. Em outro estudo de profissionais de saúde mental que trabalhavam em hospitais, esses autores demonstraram que, quando comparados com a população geral, os profissionais demonstraram maior distância social de indivíduos com esquizofrenia. Magliano et al. observaram que as sanções feitas pelos profissionais aos direitos civis de pessoas com esquizofrenia eram iguais ou maiores em comparação àquelas feitas pela população geral. Na Austrália, profissionais de saúde mental acreditavam mais em um curso deteriorante da doença esquizofrênica e tinham atitudes mais negativas para com as pessoas com esquizofrenia do que o público em geral. Da perspectiva do usuário, segundo Schulze e Angermeyer, familiares e pacientes relataram o contato com profissionais de saúde mental como sendo uma das experiências mais estigmatizantes. Os pacientes sentiram-se estigmatizados pela falta de interesse geral dos profissionais e pelo foco predominante destes no tratamento farmacológico. (LOCH et al, 2011, p. 173).

Vale enfatizar que o tratamento complementar em questão não tem o condão de substituir consultas ou tratamentos medicamentosos a pessoas com esquizofrenia, e sim servir de complemento a estes. Por conta de sua metodologia, ele tem o propósito de fazer com que o paciente se sinta compreendido e mentalmente acolhido, ou seja,

sentimentos opostos aos que os estigmas proporcionam à autoestima do paciente.

Outro aspecto primordial do tratamento é fundamentado na teoria de que as crenças pessoais são construídas ou desconstruídas de forma paulatina. Conforme a preconização de Maria Lourdes Motter, doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo (USP): “A construção de conceitos se processa paulatinamente e de forma concreta, favorecendo sua compreensão e recuperação quando tratados de forma abstrata, ou tematicamente.” (MOTTER, 2000, p. 78).

Nesse sentido, o tratamento em pauta proporciona ao paciente o paulatino estímulo à construção de conceitos positivos, em concomitância à desconstrução de conceitos negativos. Uma vez que a pessoa com esquizofrenia sofre muitos preconceitos e isolamento social, deve haver, inclusive, o objetivo de preservar sua autoestima ou tentar resgatá-la.

Com a psicoterapia aplicada ao dia a dia, de modo cômodo e de fácil adaptação ao cotidiano, o psicoterapeuta fomenta o contínuo processo de empatia com o paciente e, assim, propicia a melhora dos padrões de pensamentos que derivam da esquizofrenia.

Em continuação aos estudos de Carl Gustav Jung:

O procedimento [de psicoterapia] é necessariamente muito trabalhoso e demorado. É certo que se fazem muitas tentativas no sentido de abreviar ao máximo a duração do tratamento, mas não se pode afirmar que os resultados tenham sido animadores. Porque quase sempre as neuroses são produto de uma evolução defeituosa, que demorou anos e anos para se formar, e não existe processo curto e intenso que a corrija. O tempo é, por conseguinte, um fator insubstituível na cura. (JUNG, 1981, p. 35).

Concernente à crítica de Jung sobre processos curtos e intensivos, mostra-se a importância das sessões de psicoterapia realizadas de modo paulatino e rotineiro. Embora ainda não se tenha descoberto a cura para a esquizofrenia — e este trabalho não tem o intento de fazê-lo —, constata-se que a psicoterapia, a longo prazo, é contribuinte para a melhora dos sintomas decorrentes dessa doença, que, até hoje, é considerada crônica.

Ademais, é de suma importância a compreensão de Márcia Helena Zanini, médica psiquiatra do centro da UNIFESP:

Os pacientes esquizofrênicos geralmente apresentam pouca condição de suportar altos níveis de tensão. Por isso, o terapeuta deve ser ativo e monitorar a expressão dos afetos no encontro terapêutico, criando, assim, um clima de compreensão, respeito e empatia. Podem-se sugerir temas, estimular a participação e organizar a conversa, ou seja, coordenar ativamente a sessão. Sua fala deve ser concreta e de fácil entendimento, aproximando-se ao máximo do universo e da linguagem dos pacientes. Algumas intervenções possíveis do terapeuta são: afirmação, conselho, validação, encorajamento, reforço, clarificação, confrontação, elaboração e atribuição de significado. (ZANINI, 2000, p. 47).

Ao possibilitar a psicoterapia de modo cômodo à pessoa com esquizofrenia, em local onde ela se sinta confortável, a proposta de tratamento do atual trabalho científico viabiliza menores níveis de tensão às sessões. Percebe-se que, assim, esse é mais um fator que pode melhorar a qualidade de vida do paciente, fazendo-o estar mais suscetível a ideias construtivas para sua saúde mental.

4 POSSIBILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DO NOVO TRATAMENTO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 assegura o direito à saúde em seu artigo 6º, no capítulo II, “dos direitos sociais”: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988).

Logo, com a noção de que o direito à saúde é um direito fundamental, vê-se que ele recebeu abordagem específica no artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Percebe-se, então, que a Constituição Federal proporciona fundamento de validade à Lei nº 10.216/2001 — que é um dos pilares de estudo desta pesquisa —, uma vez que o direito fundamental à saúde abarca, por lógica, o direito à saúde mental. Em corroboração a esse apontamento, vale destacar que a OMS (Organização Mundial de Saúde) define saúde como o equilíbrio entre o biológico, o psíquico e o social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Conforme estabelecem Maria Cláudia Crespo Brauner — doutora em Direito pela Université de Rennes I (França) — e Luciano Roberto Gulart Cabral Júnior — mestre em Direito e Justiça Social pela FURG — em artigo publicado pela Revista da Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul: “A saúde psicológica (ou saúde mental) é um direito fundamental bioético.” (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017, p. 227).

Dessa maneira, é essencial o entendimento da aplicabilidade da inovação proposta por este trabalho científico e, conseqüentemente, a compreensão sobre seu papel de garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

4.1 APLICABILIDADE DA INOVAÇÃO

De início, é relevante destacar que o artigo 200, inciso V, da Constituição Federal, dispõe que “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação” (BRASIL, 1988).

Com coerência, a Fundação Oswaldo Cruz expõe explicação com alinhamento ao texto constitucional:

Ao estabelecer as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Federal de 1988 incluiu o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Para isso, desenvolveu-se, dentro da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), visando a fortalecer a produção e a partilha de conhecimentos essenciais da área e uma maior articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde. (FIOCRUZ, 2013).

Em prol do desenvolvimento científico e da inovação, por conseguinte, o presente estudo traz embasamento teórico capaz de ensinar um ensaio clínico randomizado (ECR), a fim de que se demonstre a aplicabilidade da inovação proposta por este trabalho, ou seja, para que seja possibilitada sua implementação na psicoterapia contemporânea.

Assim, é de suma importância destacar que “Os ensaios clínicos randomizados (ECRs) são considerados o mais alto nível de evidência para estabelecer associações causais em pesquisas clínicas.” (ZABOR et al., 2020).

Também chamado de *padrão-ouro* pelos pesquisadores na avaliação de intervenções em saúde, o ensaio clínico randomizado apresenta diretrizes definidas por Consolidated Standards of Reporting Trials¹¹ (CONSORT, 2010).

Nesse sentido, a fim de avaliar a metodologia do tratamento complementar apresentado por este trabalho científico, vê-se que um ensaio clínico randomizado é a forma mais plausível de aferir sua viabilidade.

Devendo ser realizado com padrões rígidos de qualidade analítica de resultados, de forma ética e responsável, o ensaio clínico abrangerá dois grupos de pessoas com esquizofrenia: *grupo controle* (que receberá o tratamento controle, ou seja, medicamentos psicotrópicos e psicoterapia convencional) e *grupo experimental* (que receberá, em complemento ao tratamento controle, o tratamento experimental proposto pelo presente estudo).

Na triagem de pacientes para ambos os grupos, um programa computacional sorteará os integrantes de cada um deles e, entre um grupo e outro, garantirá que os examinados apresentem quadros clínicos semelhantes, para que os resultados comparativos sejam fidedignos e realmente decorrentes do tratamento complementar proposto — e não frutos de quadros clínicos previamente mais atenuados de quaisquer dos pacientes com esquizofrenia.

Com o intuito de preservar a imparcialidade do estudo durante seu andamento, ele será duplo-cego. Isso significa que os examinados e os pesquisadores-examinadores do ensaio clínico randomizado não saberão quais as pessoas submetidas ao tratamento experimental em complemento ao tratamento controle.

Desse modo, nas análises periódicas perante o quadro clínico dos examinados, os pesquisadores-examinadores não correrão o risco de

¹¹ Em tradução para o Português: “Padrões Consolidados de Relatórios de Ensaio”.

enviesamento, ou seja, não serão influenciados pelo viés de que toda melhora seja decorrente do tratamento experimental. Será preservada, então, a imparcialidade da pesquisa científica.

Após a coleta dos resultados pelo período de um ano, os pesquisadores-examinadores descobrirão quais foram os pacientes que receberam tratamento complementar durante o período pretérito. Por consequência, poderão verificar a correspondência dos grupos aos resultados obtidos (previamente registrados, antes da ciência sobre quais os pacientes submetidos ao tratamento experimental).

Por meio desse procedimento, será possível realizar uma análise crítica, ética e criteriosa diante dos resultados obtidos, que poderão abranger os benefícios propostos pelo embasamento teórico disposto neste trabalho. Caso a aplicabilidade da inovação seja constatada, haverá um meio de credibilidade para a comunidade científica e, portanto, respaldo para implementação do tratamento em larga escala.

4.2 GARANTIA A DIREITOS PREVISTOS NA LEI Nº 10.216/2001

Em continuação ao raciocínio sobre a necessidade de implementação do novo tratamento no sistema de saúde brasileiro, o que se pretende é a análise de seu potencial como garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

Primordialmente, ressalta-se a observância a dois incisos do artigo 2º, parágrafo único, da Lei nº 10.216/2001 (os quais integram o rol de direitos da pessoa com transtorno mental): “II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; [...] VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.” (BRASIL, 2001).

Com base no entendimento do capítulo prévio — quanto à metodologia e ao respaldo teórico do tratamento complementar proposto pelo presente estudo —, nota-se a plena compatibilidade entre o tratamento em foco e o conteúdo dos referidos incisos.

Referente ao disposto no inciso II, a garantia ocorre no sentido de que o tratamento proposto consiste em uma psicoterapia individualizada, empática e especializada às pessoas com esquizofrenia, zelando-se por diálogos compreensivos que rompam com o padrão de pensamentos/vozes de cunho autodepreciativo dos pacientes.

Preza-se por um acompanhamento psicológico humanizado, respeitoso e com interesse exclusivo no benefício à saúde mental, inclusive, como observância aos critérios principiológicos orientadores da Bioética. Como efeito, também é proporcionado o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Quanto ao inciso VIII (do artigo 2º, parágrafo único, da Lei nº 10.216/2001), a garantia advém da viabilização do ambiente terapêutico mais cômodo à pessoa com esquizofrenia, em local onde ela se sinta confortável. Assim, além de não caracterizar procedimento invasivo — por se tratar de psicoterapia —, o tratamento complementar oportuniza menores níveis de tensão às sessões psicoterápicas.

Em menção ao direito de “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001), previsto no artigo 2º, parágrafo único, inciso I, da Lei nº 10.216/2001, percebe-se que a metodologia do tratamento proposto amplia a oportunidade de acesso das pessoas com esquizofrenia a um acompanhamento psicológico de qualidade. Portanto, mostra-se como uma garantia ao direito de acesso à saúde e, assim, condição para que haja o respeito ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Mediante o direito à saúde e seu respaldo constitucional, faz-se importante elencar os ensinamentos de Álvaro Luís de Araújo Sales Ciarlini, doutor em Direito à Saúde pela Universidade de Brasília (UNB):

[...] A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que prescreve como fundamental o direito à saúde, confere ao Estado a atribuição de promover um conjunto de ações e serviços públicos indispensáveis à redução dos riscos de doenças, bem como garantir à população “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde”. Assim, cabe ao nosso Sistema Único, como instituição do direito sanitário brasileiro, a incumbência de integrar e organizar as ações atinentes à promoção da saúde. (CIARLINI, 2013).

Em consonância com a explicação de Ciarlini sobre o papel do Estado na promoção de saúde, o artigo 3º da Lei nº 10.216/2001 dispõe que: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde [...]” (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, percebe-se que o Estado, em prol da saúde mental das pessoas com esquizofrenia, tem o dever de implementar tratamentos inovadores que obtiverem resultados satisfatórios em ensaios clínicos randomizados.

Em suma, uma vez verificada a aplicabilidade da presente inovação na psicoterapia contemporânea, poderá ser constatada a possibilidade de implementação do tratamento complementar proposto pelo presente estudo científico, tanto no sistema privado de saúde quanto no público (por meio do SUS).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pleno desenvolvimento deste trabalho científico demandou ampla fundamentação teórica, mediante idôneos referenciais que dão luz à possibilidade de implementação de um tratamento complementar para pessoas com esquizofrenia, de modo a entendê-lo como uma garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001.

A princípio, este estudo verificou o contexto no qual insere o foco de pesquisa. Dessa maneira, foram elencados os entendimentos da Psiquiatria contemporânea sobre a esquizofrenia (com embasamento na CID-11 e no DSM-5, que são as versões mais recentes de tais manuais) e, em seguida, foi abordado o contexto de descaso perante pacientes psiquiátricos no Brasil.

Logo, apresentou-se a proposta de psicoterapia desenvolvida pelo presente trabalho. Mediante explanação sobre a metodologia do tratamento complementar em foco, mostrou-se, como prioridade, a viabilização de um acompanhamento psicoterápico acessível, empático e individualizado às pessoas diagnosticadas com esquizofrenia.

Quanto ao respaldo teórico utilizado para embasar a proposta do tratamento, foi possível notar a coerência entre a metodologia desenvolvida e os ensinamentos de Carl Gustav Jung — psiquiatra e psicoterapeuta que fundou a Psicologia Analítica — sobre a prática da psicoterapia responsável.

O caminho metodológico utilizado foi o hipotético-dedutivo, a partir do método de pesquisa a referenciais bibliográficos e documentos legais pertinentes ao tema, todos aptos a embasar os argumentos apresentados.

Diante da possibilidade de implementação do novo tratamento no sistema de saúde brasileiro, compreendeu-se a aplicabilidade dessa inovação como um complemento no acompanhamento dos sintomas da esquizofrenia. Concomitantemente, enxergou-se, em tal proposta, um caminho a enfrentar os estigmas impostos ao paciente pelas consequências da patologia que este apresenta, deixando-o menos vulnerável, em respeito à dignidade humana que lhe é inerente.

Por meio do planejamento de um ensaio clínico randomizado, estruturado de maneira ética e responsável, observou-se um ensejo concreto e imparcial para a devida apuração dos possíveis benefícios oriundos da proposta de psicoterapia em estudo. Desse modo, tal proposta poderá ser viabilizada pelas potenciais evidências clínicas obtidas como resultados das pesquisas realizadas.

Por fim, analisou-se o potencial da inovação psicoterápica como garantia a direitos previstos na Lei nº 10.216/2001. Houve enfoque nos incisos I, II e VIII do artigo 2º, parágrafo único, da referida lei — além da observância ao disposto no artigo 3º desta — e, conseqüentemente, foram contemplados o direito à saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

A essência deste estudo, portanto, baseou-se no diálogo entre o Direito, a Psiquiatria e a Psicologia. Assim, por intermédio da interdisciplinaridade adotada, ampliou-se o debate em prol da garantia aos direitos das pessoas com esquizofrenia e, com o desenvolvimento de proposta psicoterápica, incentivou-se a realização de pesquisas posteriores nesse sentido.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**: DSM-5. Washington, DC: APA, 2013.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, SP, v.12, n.1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BIEHL, João Guilherme. **Vita: life in a zone of social abandonment**; photographs by Torben Eskerod. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2005.

BORGES, Daniel Salmi Valadão. **Apontamentos sobre a esquizofrenia**. [online]: Neurociências em Debate, fev. 2019. Disponível em: <<https://cienciaecongnicao.org/neuroemdebate/arquivos/4443>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Poder Legislativo Constituinte. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 13 fev. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart. **Direito fundamental à saúde psicológica: vulnerabilidade, consentimento e cidadania sob o prisma jurídico-bioético**. [online]: Revista da Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul, v. 44, n. 142, p. 227-244, 2017. Disponível em: <<http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/698>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

CIARLINI, Alvaro Luis de Araujo Sales. **Direito à Saúde: paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição**. Série IDP – Linha de pesquisa acadêmica. São Paulo: Saraiva, 2013. E-book.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <<http://cedoc.crpsp.org.br/handle/1/2819>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FIOCRUZ. **Inovação**. [online]: Portal da Fundação Oswaldo Cruz (Pense SUS), 2013. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/inovacao>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

JUNG, Carl Gustav. **A prática da psicoterapia**. Tradução de Maria Luiza AppyEdgar Orth. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda. 1981.

LOCH, Alexandre Andrade; HENGARTNER, Michael Pascal; GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; LAWSON, Fabio Lorea; WANG, Yuan-Pang; GATTAZ, Wagner Farid; ROESSLER, Wulf. **O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia**. [online]: Revista USP, 2011. Disponível em: <<https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/23451>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MELO, Walter. **Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: política, sociedade e arte**. Psicologia USP, São Paulo, v.21, n.3, p. 633-652, jul./set., 2010.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000300011>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

MOTTER, Maria Lourdes. **A telenovela: documento histórico e lugar de memória.** [online]: Revista USP, n. 48, p. 74-87, 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/32893/35463>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Manual de Redação Inclusiva.** Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/manual_de_redacao_-_midia_inclusiva.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SCHULZ, Kenneth F.; ALTMAN, Douglas G.; MOHER, David. **CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials.** [online]: Trials, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-32>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Dia mundial da pessoa com esquizofrenia alerta sobre sintomas e tratamento da doença.** [online]: Secretaria da saúde do estado do Ceará, mai. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2019/05/23/dia-mundial-da-pessoa-com-esquizofrenia-alerta-sobre-sintomas-e-tratamento-da-doenca/>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research.** Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse10/2016/en#F20>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.** Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fent%2f1683919430>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

ZABOR, Emily Craig; KAIZER, Alexander Mark; HOBBS, Brian Paul. **Randomized controlled trials.** [online]: Chest Journal, v. 158, n. 1, p. S79-S87, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.013>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ZANINI, Márcia Helena. **Psicoterapia na esquizofrenia.** [online]: Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 47-49, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500016>>. Acesso em: 28 mar. 2021.