

Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais

Jônia Lacerda Felício
Leo Pessini

Resumo Neste trabalho são delineadas as práticas da Saúde Mental que trazem impasses bioéticos na abordagem de pessoas com transtornos mentais. São situações que exigem uma análise bioética cuidadosa, considerando a realidade da vulnerabilidade e competência à autonomia de pessoas com transtornos mentais. Em relação à competência, foram considerados os grandes grupos de funcionamento mental do ponto de vista da nosografia de abordagem psicanalítica, enfatizando a qualidade do comprometimento na relação com a realidade externa e interna. Estas noções e as situações levantadas amparam um posicionamento diferenciado quanto ao paternalismo no cuidado em Saúde Mental. O artigo distancia-se de uma possível polarização no debate autonomia *versus* paternalismo, tendo como referência fundamental a realidade das pessoas vulneráveis e os parâmetros ampliados da ética da proteção.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Bioética. Psiquiatria. Psicanálise. Vulnerabilidade. Paternalismo.



Jônia Lacerda Felício
Doutora em Psicologia Clínica,
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo (USP),
coordenadora do curso de
Psicologia do Centro Universitário
São Camilo, diretora do Serviço de
Psicologia e Neuropsicologia do
Instituto de Psiquiatria do Hospital
das Clínicas da USP, São Paulo,
Brasil

As modernas práticas no atendimento em Saúde revisaram antigas posições de respeito absoluto ao saber técnico do profissional, que garantiam a este maior poder nas decisões terapêuticas. Hoje, o pêndulo entre o paternalismo do profissional e o respeito à autonomia do paciente privilegia a consideração pela liberdade, responsabilidade e capacidade do paciente em julgar e escolher ativamente junto aos clínicos quais são as práticas terapêuticas mais coerentes com suas prioridades.

Assim, o parâmetro ético mais valorizado nas práticas da Saúde é, agora, a autonomia do paciente, embora este valor sempre envolva a reflexão sobre vulnerabilidade. Entretanto, no atendimento clínico de pacientes com transtornos mentais ou neuropsiquiátricos, o posicionamento mais moderno, de contar com atitude ativa e responsável do paciente, é bem menos enfático, dadas as específicas condições desses pacientes, no que concerne à vulnerabilidade emocional e cognitiva. Desconsiderar os prejuízos e perturbações na capacidade de julgamento e auto-determinação desta população, quando a pessoa se



Leo Pessini

Professor doutor do Programa de Mestrado Stricto Sensu em Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil

encontra, por exemplo, muito deprimida, maníaca, dependente química ou esquizofrênica, pode ser caracterizado como uma postura profissional omissa e até negligente, se pensarmos no risco à sua integridade e bem estar. A estes pacientes pode estar sendo atribuída uma responsabilidade que, naquele momento, lhes é difícil de ser atingida.

Nos consultórios, centros de atenção psicossocial e hospitais são diários os questionamentos “tenho ou não este direito?”. A resposta é sempre muito complexa, como, por exemplo, quando se ouve “porque não tenho o direito de dizer basta e me matar?”. Por isto, embora os dilemas sobre o avanço da biotecnologia e o cuidado no início e final da vida sejam os temas mais problematizados pela Bioética, também na saúde mental há que se repensar certezas e priorizar valores.

A reflexão bioética se presta para clarificar as ações empreendidas, no sentido de que fortaleçam o mais possível a dignidade de pacientes e familiares e de qualquer um que se encontre mais fragilizado por dificuldades emocionais. A análise bioética também deve estender-se às discussões e deliberações sobre os direitos de pessoas em sofrimento mental, inclusive nas instâncias políticas e comunitárias, nas quais se organizam usuários, profissionais e familiares.

Mas os debates sobre a bioética na saúde mental e na psiquiatria são tão particulares que uma importante bioeticista estadunidense chamou a psiquiatria de *o patinho feio da bioética*¹. Como outras especialidades médicas, a psiquiatria é submetida aos parâmetros da bioética na clínica, que norteiam o bem-fazer na saúde. Também nessa área são investigados os conceitos de autonomia, vulnerabilidade, beneficência e confiabilidade, para garantir a proeminência dos valores humanos nas práticas profissionais; entretanto, características próprias ao fazer psiquiátrico e à inserção social das práticas na saúde mental exigem uma reflexão bioética ainda mais cuidadosa.

Na saúde mental, a maior vulnerabilidade dos pacientes implica em uma atitude terapêutica de mais autoridade na relação com o paciente, o paternalismo, que restringe sua liberdade e responsabilidade para decidir sobre a própria vida. Os exames e considerações acerca da racionalidade do paciente com problemas mentais são imprescindíveis para que sua conduta não afronte severamente os interesses coletivos e, é aqui, que nos deparamos com um sério impasse bioético. Isto porque estes questionamentos sobre a competência do paciente nunca podem se guiar apenas pelos interesses da comunidade, pois para qualquer pessoa os interesses coletivos sempre se opõem, em um ou outro ponto, às verdades individuais ¹.

Apresentação de vinheta clínica

Apresentamos breve análise sobre um momento do atendimento psicológico a uma família, na qual uma filha era portadora de transtornos mentais, vivenciado por um dos autores. Trata-se do ponto em que a paciente discute um tema comum e frequente a todos os que trabalham no campo da saúde mental.

A família conversava com a psicóloga sobre os problemas da filha, jovem estudante de ensino superior, que havia passado por uma internação de duas semanas, meio ano antes, em decorrência de severa e longa “crise nervosa”: ameaçava matar o ex-namorado, telefonava-lhe cerca de cinquenta vezes por dia, gritava e tentava dirigir o carro contra a porta de sua casa, agredia familiares, não

conseguia mais estudar ou levar adiante qualquer meta vital mais consequente. A polícia era chamada, se instauravam processos legais, e os próprios policiais orientaram a família a procurar atendimento médico e psicológico, o qual, inicialmente, culminou em breve internação.

O seguimento terapêutico desta internação, na qual foi diagnosticado transtorno de personalidade instável (*borderline*), incluiu medicação, psicoterapia individual e orientação familiar. A paciente vinha respondendo bem a estas intervenções, tendo inclusive voltado a estudar. Mas ressentia-se pelas restrições de um estilo de vida mais contido; as exigências de maior responsabilidade na maneira de dirigir e de controlar seus gastos, bem como a restrição a sair à noite. Nesta fase, passou a negar a seriedade do que tinha lhe acontecido em protestos de “já passou, não foi nada grave”.

No encontro relatado aqui, a paciente enfatizava à sua família e à psicoterapeuta: “Eu que mando em mim! Não quero mais saber de remédios nem terapias!”. E perguntava: “Tenho ou não este direito?”. As reflexões de todo o grupo familiar levaram a profissional a responder: “Você tem sim este direito, mas nós, profissional e família, temos o dever de nos certificarmos de que você compreende o quanto isto pode levá-la a estados e ações tão confusas, que levarão à perda de sua autonomia. Internada ou presa, muito dos direitos que você tem hoje estarão comprometidos. Qual é a sua escolha? Você se arriscará a ter menos autonomia do que

agora, quando consegue pensar e se controlar mais, amparada pelas terapias e medicamentos?”.

Escutando isto, a paciente se detém em seus protestos e posterga novas tentativas de recusa ao tratamento. A discussão no grupo familiar seguiu outros caminhos; reflexões sobre as dificuldades em ser independente e sobre as sensações de separação e solidão da própria paciente e mesmo de seus familiares, que por vezes se associam ao processo de crescimento dela como ser humano e cidadã.

A análise deste momento clínico deixa claro que a vivência de graves dificuldades emocionais e mentais, em algum ponto do crescimento humano, denota a interface entre direito e bioética. No trecho exposto, as pessoas falavam de *direito e autonomia*, tendo como foco a compreensão da informação sobre o diagnóstico e as terapias indicadas. Naquela situação a psicóloga estava em pleno processo de certificar-se da condição de *consentimento informado* da paciente sobre a indicação de continuidade da medicação e terapias.

E, como se verá adiante, as considerações éticas nas decisões práticas sobre a vida dos pacientes acontecem não apenas frente à resistência ao tratamento ou internação, mas também quando pessoas muito perturbadas estão cuidando sozinhas de filhos menores e de seus bens ou quando pessoas deprimidas, impulsivas ou delirantes, clamam pelo direito de atacarem a própria integridade e a de outras pessoas. Ainda,

quando drogadictos preferem a solidão da escravidão química à dor do esforço à abstinência e à existência sem a dependência. Finalmente, há a questão do segredo terapêutico e seus limites na área da saúde mental. Nestas situações, a autonomia do paciente deve ser plenamente respeitada?

Mesmo que se releve a centralidade desse questionamento para a discussão da bioética na clínica não se pode desconsiderar as grandes mudanças nesse sentido que ocorreram nas políticas em saúde mental. Estas mudanças dirigiram-se contra antigas concepções e práticas extremamente paternalistas, por entenderem o sofrimento mental como um empecilho à liberdade e ao direito individual, até o ponto de justificar execráveis internações asilares, de caráter mais prisional que terapêutico.

Portanto, não caberia retroceder aos séculos anteriores à luta pelos direitos dos doentes mentais, base dos avanços sociais na direção de uma sociedade mais tolerante, que respeite as diferenças e *minusvalias* individuais. Desconsiderar em absoluto o direito à autonomia do paciente com transtornos mentais seria apostar em uma sociedade mais fechada e desumana. Mas, conforme discutido adiante, permanece o impasse e risco de lançar estes pacientes em maiores perdas e incapacidades, caso não se considere para além de seu legítimo direito à autonomia, os contornos de suas vulnerabilidades.

Por isto, na vinheta clínica apresentada, a paciente participa da decisão sobre abando-

nar ou não à terapêutica, mas conta com a firme presença de sua família e terapeuta no esclarecimento da ilusão de que o abandono ao tratamento se daria sem grandes custos vitais.

Considerações sobre o conceito de vulnerabilidade

Vulnerabilidade é uma palavra latina, derivando de *vulnus* (eris) que significa *ferida*. Pode ser definida como a possibilidade de ser ferido. No âmbito da bioética, hoje se tem três sentidos para este conceito ², sinteticamente apresentados a seguir.

Vulnerabilidade como condição humana universal

O ser humano é vulnerável, como todo ser vivo. O animal é vulnerável em sua biologia, enquanto o ser humano o é não somente em seu organismo e em fenômenos vitais, mas também na construção de sua vida, no seu projeto existencial. Além disso, o ser humano sabe de sua vulnerabilidade, que compartilha com todos os viventes. Kottow considera que caráter antropológico da vulnerabilidade foi muito bem captado por Ricoeur ao descrever a existência humana como uma *síntese frágil* ³.

Vulnerabilidade como característica particular de pessoas e grupos

Especialmente no âmbito da pesquisa biomédica envolvendo seres humanos, a qualificação de pessoas como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética de sua defesa e proteção para que não sejam maltratadas, abusa-

das, feridas. As *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos* do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Cioms) definem indivíduos vulneráveis como *aqueles com capacidade ou liberdade diminuída para consentir ou abster-se de consentir* ⁴. Incluem-se dentre estes as crianças (Diretriz 14) e as pessoas que, em decorrência de transtornos mentais ou de comportamento, sejam incapazes de dar o adequado consentimento informado (Diretriz 15) ⁴.

Vulnerabilidade como princípio ético internacional

Na recente *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* da Unesco o artigo 8, enuncia a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal. Afirma que a *vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração, o que corresponde a reconhecê-la como traço indelével da condição humana, na sua irreduzível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser ferida, não podendo jamais ser suprimida* ⁵. Acrescenta que *indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos* sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontra agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos ⁵. A vulnerabilidade, elevada a condição de princípio, visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifestam insuficientes.

Esta reflexão aponta para os dilemas inerentes ao resgate da autonomia e autodetermi-

nação das pessoas em meio a vulnerabilidades e assume a perspectiva de proteção dos vulneráveis, cujos transtornos mentais os tornam incapazes de dar o consentimento livre e esclarecido no contexto de cuidados no âmbito da saúde.

Saúde mental: ausência de distúrbios ou direito à alteridade?

A concepção mais simples de saúde é a de que seria a ausência de sinais de sofrimento e desajuste. Ser saudável consistiria em não portar dor e incapacidades, nas esferas mental ou física. Mesmo entre os clínicos, por vezes impera este pragmatismo: deve-se tratar apenas o que não funciona, sem maiores considerações filosóficas.

Já nos anos 1970, Uchôa resenhava sobre esta ideia apressada de saúde, mostrando que se traduziria em expressões como *a saúde é o silêncio dos órgãos*, ou *a ausência de sofrimento nas esferas física e psíquica* ⁶. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) também enfatiza esta relação entre saúde e plenitude, se referindo ao ideal de bem estar físico, mental e social.

Entretanto, os avanços da medicina e da psicologia, especialmente em seu aporte psicanalítico, tornaram mais complexa a ideia do que seria saúde mental. Na medicina psicossomática, por exemplo, existem quadros em que a sensação de sofrimento subjetivo é aguda, mesmo quando os achados orgânicos não justificam tal grau de incômodo. Ou seja, existe plenitude orgânica, sem *deficit*

concreto, mas não há bem estar. Na verdade, saúde mental supõe um conceito mutável, em constante diálogo com as práticas de cuidado e com entorno social, político e cultural que as sustentam.

Ribeiro ⁷ aponta que o entendimento do que seja saúde mental emerge da prática multidisciplinar. Decorreria do trabalho conjunto de psiquiatras, neurologistas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e pedagogos, em equipes que trabalham prioritariamente nas ações voltadas à promoção da saúde e à inclusão psicossocial da pessoa diferente. Não caberia mais como parâmetro a busca idealizada de uma ausência de distúrbios. Mesmo o tratamento medicamentoso seria muito mais um dos instrumentos de reabilitação social do que a “química mágica”, que garantiria uma sociedade sem pessoas diferentes do ponto de vista comportamental.

Assim, do diagnóstico à terapêutica, o *cuidar* em saúde mental passou a ser conotado como uma ação social, voltada a possibilitar a melhor inserção social possível. Nesse âmbito o cuidar busca a compreensão e luta contra condições e ideologias de vida por si mesmas enlouquecedoras, reconhecendo que em alguns subsistemas sociais poder-se-ia considerar condutas desajustadas como soluções possíveis de vida e sobrevivência. Tem-se, então, o cuidar como prática de comprometimento ético com a cidadania e os direitos humanos, de reflexão sobre o sofrimento inerente às normas e valores sociais excludentes.

Foi esta concepção inclusiva que amparou as mudanças nos modelos assistenciais em saúde mental ao longo da história da loucura na sociedade ocidental. As formas de tratamento vigentes nas instituições psiquiátricas, antes de enfoque exclusivamente curativo e asilar, se voltaram à atuação preventiva e interdisciplinar. Devido a tais mudanças os espaços e recursos dos grupos e comunidades humanas passaram a ser focados na integralidade da condição de vida do sujeito, e não, como é o caso da exclusiva medicalização, no sintoma de desajuste mental ⁸.

A concretização destes novos parâmetros de cuidado na saúde mental exige o exame das forças econômicas e da formação profissional, consideradas eixos principais da persistência de atendimentos focados exclusivamente no medicamento. Instituições sociais como o Conselho de Psicologia ⁹, discutem este aspecto prático da implantação do modelo social de Saúde, sugerindo ações como as apontadas a seguir:

- Compreender e tratar o ser humano em suas dimensões psicológica, social, cultural e espiritual, além da dimensão biológica;
- Ressaltar os vínculos e a proximidade humana entre profissionais de saúde e usuários;
- Atuar em equipes multidisciplinares e interdisciplinares, que utilizam conhecimento de áreas não exclusivamente biológicas, desde a pesquisa até as ações institucionais;
- Respeitar o conhecimento e representações dos usuários sobre o próprio corpo e

saúde em ações que não sigam só o modelo do consultório individual, mas que se dirijam às comunidades, associações e instituições de assistência social, justiça e educação;

- Intervir nas condições que contribuem para o adoecimento em ações que promovam a qualidade de vida, a atenuação do sofrimento psíquico, a integração social, o prazer e realização nas realidades cotidianas.

Impasses bioéticos na saúde mental

Algumas situações-problema em saúde mental exigem discussões éticas muito diretas, pois dizem respeito à maior vulnerabilidade dos pacientes. Trata-se de uma limitação na competência em responder plenamente pelas consequências de suas escolhas vitais, o que exige apoio de caráter mais benéfico do profissional, para que o paciente realmente usufrua de seus direitos e de sua autonomia.

O paciente não consente a intervenção terapêutica

Às vezes o paciente recusa o tratamento, medicações ou encaminhamentos terapêuticos propostos, sendo estas intervenções que lhe garantiriam um funcionamento mais ajustado. Também é complexa a situação daqueles que não concordam com a recomendação para internação ou para serem submetidos a procedimentos de caráter mais invasivo, pois estas indicações são feitas quando sua condição mental envolve riscos muito severos à sua integridade.

Possibilidade de interdição dos direitos civis do paciente

Em algumas situações, o comportamento do paciente pode ser tão danoso para ele ou para os outros, que se procede a pedido de interdição judicial. Isto pode significar, por exemplo, que o paciente nessa situação não possa mais exercer plenamente o pátrio poder, decidir sobre o destino de seus bens, vida financeira e até o lugar e as condições onde mora.

O paciente persiste em comportamentos e estilos de vida danosos à sua integridade

Há que se refletir também sobre o direito do paciente engajar-se em comportamentos e estilos de vida extremamente destrutivos, como quando reivindica o direito de se suicidar, se drogar, ou manter outros padrões de vida relacionados à adicção e grave descontrole de impulsos.

Efeitos colaterais da intervenção psicofarmacológica

Na saúde mental, o uso de medicamentos que trazem consideráveis efeitos adversos é justificável quando estes efeitos não sejam maiores que o dano decorrente de doenças muito incapacitantes, como ocorre na esquizofrenia e na depressão grave. Mas quando tais medicamentos são prescritos a pacientes com desajustes que não são tão amplos e comprometedores, há que se atentar para a existência de forte possibilidade disto inibir o desenvolvimento de novas habilidades intra e interpessoais, que não dependem de apoio psicofarmacológico.

Responsabilidade ética frente a inovações psicofarmacológicas de alto custo

Como consequência do desenvolvimento constante das pesquisas em neuropsiquiatria, a indústria farmacêutica oferece contínuas inovações em seu arsenal medicamentoso. Entretanto, se tratam de produtos concebidos por empresas privadas, que devem garantir sua própria sustentabilidade e excelência por meio dos recursos que o lucro financeiro possibilita. Por isto, os medicamentos mais novos são bem mais caros que seus congêneres mais antigos e cabe aos profissionais e instituições de saúde mental pesquisar, caso a caso, se as inovações, agressivamente anunciadas como imprescindíveis pela indústria farmacêutica, trazem diferenciais que efetivamente compensem o sacrifício financeiro, bancado por familiares e pela sociedade como um todo.

Dilemas éticos na pesquisa científica sobre o sofrimento mental

As pesquisas científicas em saúde mental também trazem questões éticas, já que certas medicações têm efeitos colaterais consideráveis. Há que se ponderar, então, o quanto o dano advindo das medicações se justifica em relação aos benefícios que trazem ao paciente. Na pesquisa científica, os efeitos colaterais dos novos fármacos ainda estão sendo pesquisados e, por isto, essas investigações não se fazem sem riscos. Além disto, muitas destas pesquisas podem enfatizar sobremaneira o *deficit* que apenas secundariamente se tornaria fator de exclusão social. Nesses casos, a medicação tenderia a acentuar incapacitações que,

por sua vez, propiciam a continuidade de realidades sociais e familiares abusivas e excludentes.

Exemplifica tal discussão uma pesquisa que pretendesse diagnosticar a ocorrência de *deficit* de atenção em escolares. Nesse caso, deveria considerar as falhas na estrutura escolar, especialmente nas instituições mais utilizadas pelas classes populares, que ressaltam as dificuldades de atenção que uma criança possa ter. Portanto, as pesquisas sobre este tipo de problema deveriam levantar também as condições em que se dá a relação ensino-aprendizagem, como: a relação número de professores para número de alunos nestas classes é higiênica? Estes alunos têm boas condições ambientais para estudarem em casa? A omissão dos fatores ambientais pode levar à culpabilização e a uma visão superdimensionada da existência de patologias nas classes sociais mais vulneráveis, em favor de interesses de grupos farmacêuticos.

O segredo em psicoterapia e em outras práticas assistenciais

Um dos norteadores fundamentais da psicoterapia, tanto no aspecto ético quanto técnico, é a garantia de segredo das informações que o profissional obtém sob o compromisso de sigilo. O Código de Ética do Psicólogo explicita em seu artigo 9: *é dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confiabilidade, a intimidade das pessoas, grupos e organizações a que tenham acesso no exercício profissional*¹⁰. Mas a exigência de sigilo deve ser adaptada à necessidade do psicólogo orientar outros profissionais que façam parte da

equipe de saúde. Nas situações em que o sigilo profissional pode contribuir para o dano do próprio paciente ou de outras pessoas em posição de clara vulnerabilidade, se exige uma consulta aos pares e à legislação vigente, para que os termos do sigilo sejam renegociados com o paciente.

Concepção de normalidade e diferentes graus de competência

Neste trabalho, se recorrerá fundamentalmente às contribuições freudianas para discutir quem são estes pacientes com transtornos mentais, no que diz respeito às diferentes competências na relação e percepção do mundo externo e interno. Com isto, se poderá relativizar uma consideração uniforme sobre a autonomia de pessoas com transtornos mentais.

É necessário esclarecer inicialmente que existem pelo menos duas tradicionais classificações de transtornos mentais. A *classificação psicanalítica* surgiu no começo do século XX, desenvolvendo-se paralela às classificações psiquiátricas, que alcançaram a liderança nas práticas em saúde mental a partir dos anos 1970, com o ápice do desenvolvimento de uma eficaz psicofarmacologia. A classificação psicanalítica trouxe grande contribuição ao estudo dos quadros obsessivos e histéricos, assim como ao exame do desenvolvimento emocional do indivíduo em seus relacionamentos humanos na infância. A *classificação psiquiátrica*, por sua vez, cresceu no estudo das psicoses e dos fatores orgânicos nela envolvidos.

As classificações psicanalítica e psiquiátrica configuram sistemas bem diversos, já que a psicanálise aborda primariamente o sentido subjetivo do comportamento humano e a análise das relações psicoterapêuticas; já o sistema médico-psiquiátrico centra-se na descrição dos sintomas patológicos e no estudo dos determinantes orgânicos e das possibilidades de intervenção medicamentosa.

Para a psicanálise, não se concebem estruturas absolutamente normais ou patológicas, pois não haveria condição humana sem algum grau de desconforto: a vida mental e emocional corresponderia sempre a uma *luta* e a uma *angústia*, dentro de si mesmo e frente às condições externas. Como expresso em *Hamlet*, o que cabe discutir é se a pessoa aceita ou não que as frustrações ou os percalços inevitáveis à vida definam quem ela é e qual será seu destino: *Ser ou não ser, eis a questão: será mais nobre em nosso espírito sofrer as pedras e setas com que a Fortuna, enfurecida, nos alveja; ou insurgirmos contra um mar de provocações; e, em luta, pôr-lhes um fim?*¹¹.

Transpondo este conceito aos termos propostos pela psicopatologia freudiana, a estrutura psíquica reflete a força do sujeito frente às renúncias e transformações de seus aspectos mais arcaicos e instintivos (o *Id*), exigidas pela razão e pela moral (o *Ego* e o *Superego*) em favor da ordem coletiva. Este antagonismo entre a natureza primária do desejo individual e os imperativos sociais configura uma impossibilidade de saúde ou felicidade plenas. Assim, ao falar deste *pathos* destrutivo inerente à natureza humana, Freud diz que,

*inconscientemente, os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa dose de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo – homo homini lúpus*¹².

Cabendo a todos algum grau de patologia psíquica, não existiria, então, a normalidade? Na verdade, segundo o entendimento psicanalítico, a própria ideia de normalidade plena, tão diferente dos *outros*, os doentes, é um auto-engano, arrogante e excludente.

Entretanto, mesmo supondo uma continuidade entre o normal e o patológico, a clínica psicanalítica reconhece sim diferenças estruturais, relativas a sustentações psíquicas mais ou menos exitosas para a própria pessoa. Por isto se concebem dois tipos fundamentais de percepção e comprometimento com os dados da realidade externa e interna, a *neurose* e a *psicose*¹³.

Nas estruturas *neuróticas*, com sintomas como ansiedade, depressão reativa a situações específicas e fobias, entre outros, a vida emocional dá conta de conflitos predominantemente internos, impasses morais, ou da própria ambivalência dos afetos e desejos, amoro-

tos ou destrutivos. Nessas estruturas, embora haja angústia e conflito, não se têm danos relevantes no manejo e julgamento da realidade e o sujeito tem condição, portanto, de assumir variados graus de responsabilidade por escolhas e comportamentos.

A estrutura *psicótica* difere da *neurótica*, porque nestes quadros refletir-se-iam seriamente suscetibilidades ambientais e/ou orgânicas. As soluções psicóticas contra o desamparo e a confusão ambiental, sentidos como demasiados por aqueles que as experimentam (inclusive como decorrência da fragilidade biológica) têm caráter bizarro. Mas, quaisquer que sejam as causas, psíquicas ou orgânicas, na psicose a fragmentação do eu e as defesas mentais contra as angústias trazem graves prejuízos às capacidades de pensar e julgar a realidade, interna e externa. Em quadros como a esquizofrenia, pelo menos quando do acometimento do *surto psicótico*, os delírios ou alucinações são proeminentes, o pensamento e o comportamento mostram-se desorganizados ou ensimesmados (catatônico), e há sempre alguma distorção na vivência dos limites do si mesmo e da realidade. Ao não partilhar a realidade com os demais, tem-se, nas psicoses, *prejuízos importantes na capacidade de atender às exigências da vida* ¹⁴.

Estas duas condições, *neurose* e *psicose*, tão claramente diferentes na capacidade de empreender o teste da realidade são parte de um eixo contínuo de muitos tipos de funcionamentos psíquicos. No meio deste *continuum*, neuróticos próximos das perturbações psicóticas, são pessoas que não têm prejuízos

claramente psicóticos, como as alucinações e delírios, mas que, por apresentarem desajustes muito graves, não têm plena posse das capacidades egóicas, como os demais neuróticos. Inicialmente, estes pacientes foram descritos como de funcionamento *borderline*, termo inglês que designa *fronteira*. Na nosografia psiquiátrica do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, DSM-IV ¹⁵, da Associação Americana de Psiquiatria, os quadros fronteirços são chamados *transtornos de personalidade*.

Do ponto de vista psicanalítico, estas organizações fronteirças de personalidade apresentam conflitos psíquicos de natureza narcísica. Ou seja, um eu ainda difuso, um *falso self*, resiste às condições da realidade que não confirmam ideais internos superficiais e estereotipados, alimentando persistentes sensações de vazio e de confusão de identidade. No paciente *borderline*, fantasias recorrentes de abandono sustentam frequentes comportamentos extremamente impulsivos; já os pacientes de personalidade esquizóide ou paranoide não superam contínuos estados de extrema desconfiança e necessidade de distanciamento emocional, que quando não são respeitados, também os levam a condutas explosivas e agressivas.

Estes e outros pacientes com diferentes tipos de *transtornos de personalidade* têm uma percepção da realidade sem graves distorções, mas como decorrência de uma inconsistência identitária básica, têm diminuída a capacidade de refletir antes de agir: a turbulência e confusão emocional interna, insuportáveis

para o próprio sujeito, são exteriorizadas nos atos inconsequentes e desajustados.

Sintetizando estas considerações, apresenta-se a seguir um quadro sobre os diferentes graus de competência e vulnerabilidade dos

pacientes na saúde mental. Considera-se neste resumo os tipos de reações ao sofrimento emocional e as capacidades de julgamento e de responsabilidade pessoal pelos próprios atos, que justificariam cuidados em saúde mais ou menos diretivos e paternalistas.

Quadro I: Diferentes tipos de comprometimento mental na relação com a realidade interna e externa.

	Estrutura psicótica	Organizações limítrofes	Estrutura neurótica
Conflito Psíquico	Ego e Id <i>versus</i> as realidades interna e externa	Ideal do Ego <i>versus</i> o Id e as realidades interna e externa	Ego e Superego <i>versus</i> o Id
Integridade na relação com a realidade interna e externa	Prejuízos significativos, devido às alterações na organização do pensamento e na percepção da realidade (alguma forma de delírios e alucinações)	Prejuízos relativos, por conta de graves dificuldades na reflexão sobre a necessidade de agir impulsivamente ou de sustentar interpretações rígidas do comportamento alheio, dependendo do tipo de transtorno da personalidade	Não há prejuízo, embora também existam sofrimento e impasses emocionais, dos quais não se é isento dada a natureza da vida psíquica

A Bioética da Proteção, autonomia e vulnerabilidade dos pacientes com transtornos mentais

Tendo em mente os diferentes graus de competência na relação com a realidade do usuário da Saúde Mental, como refletir sobre as práticas que enfatizam o mais possível os direitos do paciente? No seu extremo, se está considerando se é legítimo prover cuidado e proteção a quem é um risco para si mesmo ou para os outros, mesmo quando esta atenção é indesejada. Ou, nos termos propostos pela bioética de cunho autonomista, que propugna o respeito absoluto à autonomia do paciente: como pensar a autonomia que implica no aumento da vulnerabilidade destes pacientes?

Na verdade, estes dilemas são inerentes ao campo da doença e da saúde mental e existem desde os primeiros momentos em que se reconhecem os contornos destas práticas. Parece ser mais fácil às outras especialidades médicas a revisão das relações profissional-paciente, quando o paciente pode ter um papel mais ativo sobre sua própria saúde e tratamento. No modelo do paciente autônomo, os procedimentos recomendados pelo profissional devem ser totalmente compreendidos pelo paciente, que consente ou não com estas intervenções; é a isto que se denomina *consentimento informado*.

Entretanto, na psiquiatria e saúde mental o modelo autonomista tem de levar em conta que estes pacientes frequentemente apresentam *deficit* em suas capacidades mentais,

restritivos ao exercício da autonomia, tendo em vista a necessidade de recursos de julgamento em assuntos que exigem a proteção de interesses de longo prazo. Há que se pensar também na capacidade de autocontrole, de comunicar suas preocupações e interesses. Por conta disto, pode-se entender que, como os pacientes com demência e outras condições neurológicas, o paciente psiquiátrico mais prejudicado, pelo menos em um determinado momento de seu quadro, tenha sua autonomia reduzida, o que sustenta o objetivo fundamental de proteger o bem maior que é sua própria vida.

A Associação Médica Mundial (AMM) por meio da *Declaração sobre Questões Éticas Relacionadas com Pacientes com Doença Mental*, revisada em 2006, diz que *um paciente com doença mental que é incapaz de legalmente exercer sua autonomia, deve ser tratado como qualquer outro paciente que está temporária ou permanentemente legalmente incompetente*¹⁵. Diante dessa recomendação há que se fazer a pergunta: até que nível o modelo autonomista de bioética é aplicável aos pacientes psiquiátricos?

Por um lado, é verdade, o estigma da loucura associado às pessoas submetidas a essa classificação exagerou a avaliação do quanto podem ser absolutamente irracionais, incapazes de tomar uma decisão autônoma. Mas as práticas hodiernas, em reação às concepções asilares e discriminatórias desses momentos sócio-históricos, têm a tendência de romantizar a perturbação mental, minimizando as incapacidades que podem provo-

car. Tanto a primeira posição, de desconsiderar absolutamente a capacidade de autodeterminação de pacientes psiquiátricos, quanto a segunda, de negar suas limitações atribuindo-as apenas à loucura social, podem, sem dúvida alguma, conduzir à desumanidade.

A respeito, deve-se analisar a questão da internação involuntária do paciente. Bem indicada, conforme relata Aranha Lima¹⁶, a internação protege o paciente dos riscos de auto-agressão, hetero-agressão, agressão à ordem pública, exposição social e incapacidade de auto cuidado. A legitimidade desta medida ancora-se no objetivo de proteção e tratamento (por exemplo, medicação para aplacar uma grave ideação suicida) e nos valores do meio sócio-cultural em que ambos, profissional e paciente, desenvolvem-se como seres humanos.

O profissional que interna um paciente nessas condições protege-o com a internação, caso não se possa contar com todas as outras possibilidades de intervenção extra-hospitalar, conforme prevê a Lei 10.216/01, que instituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, garante ao paciente o *direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*, tal como estes são contemplados na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* da Organização das Nações Unidas (ONU) e no capítulo dos Direitos e Garantias Fundamentais, da Constituição brasileira de 1988.

Dados os riscos apontados quando é necessária uma intervenção mais restritiva, fica

clara a intenção de preservar o direito à vida e à segurança pessoal. Mas, e quanto à liberdade? Neste ponto, Aranha Lima ¹⁶ lembra que se protege a liberdade do paciente, apoderando-se de seu direito de ir e vir em uma internação, porque esta medida lhe restituirá, mais adiante, essa mesma liberdade e direitos.

E foi justamente este paradoxo que se pode testemunhar na conversa com a paciente apresentada na vinheta clínica deste texto, na qual esta exigia o direito de não se tratar. A psicóloga e a família concordaram que ela usufruía, sim, do direito a essa escolha, mas que caso decidisse pela suspensão do tratamento havia o risco de, posteriormente, perder muitos outros direitos. A paciente acolheu esta ponderação, o que remete ao conceito freudiano de que ninguém é tão normal ou completamente doente. Mesmo a mais perturbada das pessoas constrói um saber e um conhecimento sobre suas condições e, por isto, diálogos que apostam neste saber têm muita chance de serem compreendidos pelos pacientes, com o tempo e a parceria de profissionais e familiares.

Enfim, a situação existencial de pessoas marcadas por doenças e transtornos mentais configura-se como uma situação especial de vulnerabilidade. A resposta ética perante a esta situação específica de vulnerabilidade denomina-se *proteção*. É uma posição que também implica na visão de uma sociedade mais inclusiva, de acolhimento à alteridade. Assim, para além dos dilemas e impasses da equação autonomia *versus* vulnerabilidade,

relativos a uma ética autonomista, se quisermos respeitar a dignidade e integridade humana, precisamos implementar a ética/bioética de proteção.

Conforme apontam Oliveira e Villapouca ¹⁷ sobre as seis escolas emergentes na bioética brasileira (as bioéticas autonomista; de intervenção; de proteção; da teologia da libertação; da crítica de inspiração feminista; e a bioética feminista e anti-racista), já nas teorizações da Bioética da Proteção ¹⁸ recusa-se à importação descontextualizada do modelo principialista da bioética clínica norte-americana de Beauchamp e Childress. Como se sabe, estes autores utilizam os quatro princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça para empreender uma ampla discussão de problemas semelhantes aos que se colocam nas relações médico-paciente. Mas, para a reflexão sobre as especificidades dos dilemas de saúde de países periféricos como o Brasil, com quadros de penosa exclusão social, estes parâmetros estadunidenses não seriam suficientes à análise bioética.

Por isto, autores como Garrafa e Porto ¹⁹ visualizaram uma Bioética de Intervenção, que aponta não apenas os impasses advindos do desenvolvimento biotecnológico, mas também os dilemas persistentes de situações como o aborto, a eutanásia, a discriminação, a exclusão social e as difíceis decisões sobre a alocação de recursos sanitários em países do capitalismo periférico. Sob a perspectiva de uma defesa imperativa dos cidadãos socialmente vulneráveis, a Bioética de

Intervenção adota o princípio do consequencialismo solidário na esfera pública, legitimizando a responsabilidade do Estado no provimento do bem estar da população. Formulando uma proposta que pode ser relacionada a uma *ética de proteção*, os autores associam a finitude dos recursos naturais ao consumismo desenfreado, contrapondo a isso o respeito integral à pessoa, manifesto no reconhecimento da corporalidade, do prazer e da dor, que consubstanciam-se em referências valorativas tangíveis para estabelecer parâmetros para o contacto entre pessoas, mesmo quando estas possuam posturas éticas completamente divergentes.

Mais adiante, no trabalho de Schramm e Kottow¹⁸ será ressaltado o papel do Estado em garantir não só a proteção das liberdades individuais, mas também a integridade física e patrimonial de seus cidadãos. Estes autores descrevem os princípios éticos da Bioética da Proteção, de *gratuidade*, ao não se supor um compromisso prévio às ações de proteção; de *vinculação*, que aponta que tendo havido a necessidade de proteção, esta se torna um dever; e de *segurança efetiva* das necessidades do cidadão vulnerável que eliciou o dever de proteção positiva de bens sociais pelo Estado.

Entretanto, este papel de proteção das instituições sociais sobre os indivíduos mais vulneráveis exige a distinção entre *proteção* e *paternalismo*. A Bioética da Proteção aponta que a tutela sobre as condições essenciais ao usufruto da saúde opera o desenvolvimento das potencialidades pessoais, inclusive quan-

to a uma maior condição de autonomia, e por isto se está em uma ação de proteção, não de paternalismo.

Conclusão

A aplicabilidade destes princípios da Bioética da Proteção aos dilemas do campo da saúde mental pode ser retomada na análise daqueles impasses éticos mais típicos, apresentados anteriormente neste texto.

Tome-se como exemplo o problema da responsabilidade ética na eleição de inovações psicofarmacológicas de alto custo financeiro no tratamento dos pacientes com transtornos mentais. Quando se apontou que cabe aos profissionais e instituições de saúde mental estudar se o benefício diferencial de um psicofármaco muito caro realmente compensa a sobrecarga financeira extra, considerou-se ético supor uma responsabilidade institucional na proteção de pacientes e familiares, mais vulneráveis tanto pela dependência dos medicamentos, quanto em relação à capacidade de seus clínicos em serem críticos frente ao poder argumentativo das ações de *marketing* das empresas farmacêuticas.

Mas cabe lembrar, também, do princípio de *gratuidade*: uma família com mais recursos sociais tem autonomia para usar este medicamento mais inovador, mesmo que o profissional aponte que o benefício não é tão relevante naquele caso. Ou seja, o dever de proteção nesta última situação já teria um caráter *paternalista*, tolhendo sem necessidade o direito de decisão do paciente e seus familiares.

Já com relação ao custo mais alto de um medicamento de ponta dificultar as decisões sobre a distribuição dos recursos financeiros na saúde pública, ainda assim o Estado deveria disponibilizá-lo a um paciente mais pobre, se o médico indicasse que as inovações ali presentes seriam essenciais à qualidade de vida do paciente. Pois, neste caso, a proteção do Estado incide sobre uma condição de entendida vulnerabilidade, tão frequente em um país como nosso: pobreza e transtorno mental, tragicamente situados em uma só pessoa.

Sob o parâmetro da Bioética da Proteção, tem-se mais clareza da natureza dos impasses bioéticos vivenciados na saúde mental. O paciente com transtornos mentais que fala “me deixem morrer” pode estar pedindo que os profissionais ou familiares assumam ações mais claras quanto a seus papéis. Em situações assim, cuidar, tratar, ser profissional de saúde, pai, mãe ou filho pode significar ter o dever de proteger mais ativamente, possibilitando em etapas posteriores um espaço vital mais autônomo e íntegro para o funcionamento daquela pessoa.

Resumen

Bioética de la Protección: vulnerabilidad y autonomía de personas con problemas mentales

Con este trabajo, son delineadas las prácticas de Salud Mental que causan dilemas bioéticos en el cuidado de personas con problemas mentales. Se trata de situaciones que exigen un análisis bioético cuidadoso, considerando la realidad de vulnerabilidad y competencia para la autonomía de estas personas con trastornos mentales. En cuanto a la competencia, consideramos los grupos principales del funcionamiento mental desde el punto de vista de la nosografía en un abordaje psicoanalítico, enfatizando la calidad de comprometimiento en relación a la realidad externa y interna. Estas nociones y las situaciones identificadas amparan un posicionamiento diferenciado en cuanto al paternalismo en el cuidado de Salud Mental. El artículo se distancia de una posible polarización en la discusión autonomía contra el paternalismo, tomando como referencia fundamental la realidad de las personas vulnerables y los parámetros ampliados de la ética de protección.

Palabras-clave: Problemas mentales. Bioética. Psiquiatría. Psicoanálisis. Vulnerabilidad. Paternalismo.

Abstract

Bioethics of Protection: vulnerability and autonomy of people having mental problems

In this work we outline the practices of Mental Health that cause bioethical dilemmas in approaching persons having mental problems. These are situations that demand a careful bioethical analysis, considering the reality of vulnerability and competence for autonomy in these patients. Regarding competence, we considered the main groups of mental functioning from the point of view of the nosography of a psychoanalytic approach, emphasizing the quality of compromising concerning the relationship between external and internal reality. These notions and the situations identified support a position other than paternalism in Mental Health care. We intend a distancing from a possible polarization in the discussion of autonomy *versus* paternalism, taking as a basic reference the reality of vulnerable persons and the enlarged parameters of the ethics of protection.

Key words: Mental problems. Bioethics. Psychiatry. Psychoanalysis. Vulnerability. Paternalism.

Referências

1. Radden J. Psychiatric ethics. *Bioethics* 2002;16(5).
2. Patrão Neves MC. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELC, organizadores. *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras; 2007. p.29-45.
3. Kottow M. Vulnerabilidad y protección. In: Tealdi JC, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Colômbia: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética da Unesco, Universidad Nacional de Colômbia; 2008. p.340-2.
4. Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos*. São Paulo: Loyola; 2004.
5. Unesco. *Universal draft declaration on bioethics and human rights* [Online]. [acessado em 2009 Agosto]. Paris; 2005. Disponível em: URL: <http://unesco.org>
6. Uchôa DM. *Conceito de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
7. Ribeiro PRM. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU; 1996.
8. Vechi LG. *Marcas de iatrogenia no discurso de profissionais em hospitais-dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Medicalização: rotular e excluir*. *Psi Jornal de Psicologia* [Online] 2008 mar/abr [acessado em 2009 ago];(155). Disponível em: URL: http://www.crp.org.br/crp/midia/jornal_crp/155/frames/fr_medicalizacao.aspx

10. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Manual de orientações. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; 2006.
11. Shakespeare W. Hamlet. São Paulo: Abril Cultural; 1976. p.108. (Coleção Teatro Vivo).
12. Freud S. Mal estar na civilização (1929). Rio de Janeiro: Imago;1996. p.116. (Edição Standart).
13. Bergeret J. A personalidade normal e patológica. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 1998.
14. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-IV]. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
15. World Medical Association. Statement on ethical issues concerning patients with mental illness [Online]. [acessado em 2008 Agosto 14] 2006. Disponível em:URL: <http://www.wma.net>
16. Aranha Lima M. Internação involuntária em psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Alves LCA. Ética e psiquiatria. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. p.109-20.
17. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas S. Kuhn [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2004.
18. Schramm F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública 2001;17(4):949-56.
19. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p.36.

Recebido: 30.8.2008 Aprovado: 19.5.2009 Aprovação final: 15.7.2009

Contatos

Jônia Lacerda Felício – psicologia@scamilo.edu.br

Leo Pessini – pessini@scamilo.edu.br

Jônia Lacerda Felício - Rua Raul Pompéia, 144 / 6º andar. CEP 05025-010. São Paulo/SP, Brasil.