

Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais

Claudio Cohen
Maria Teresa Munhoz Salgado

Resumo O presente trabalho apresenta os parâmetros que ordenam a manutenção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, identificando critérios para sua aplicação efetiva. Foi avaliada a influência que a Ética, a Bioética e a Saúde Mental imprimem neste campo de estudo, identificando as diferenças conceituais entre “deficiência”, “incapacidade” e “doença mental” e analisando as formas de proteção da autonomia e do direito à saúde psíquica dos portadores de transtornos mentais. Analisa, em seguida, a autonomia civil dos pacientes portadores de transtorno mental e as internações realizadas sem consentimento do paciente, principalmente sob o aspecto técnico, moral, legal e social, em obediência a aplicação mais adequada do princípio da autonomia da vontade. Por fim, o estudo reafirma a necessidade de estratégias de tratamento mais eficazes que harmonizem o uso da nova geração de psicofármacos e da psicoterapia com programas de reabilitação social, desenvolvidos em centros de cuidado comunitários, fazendo com que a sociedade resignifique o tratamento dispensado a seus membros por meio de decisões tomadas em razão da equidade, tolerância e abrandamento de normas, em nome do respeito pelas diferenças e pelo bem coletivo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Direitos Civis. Liberdade. Bioética.



Claudio Cohen

Psiquiatra e psicanalista, professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), presidente da Comissão de Bioética do Hospital de Clínicas da FMUSP, São Paulo, Brasil

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Souza Santos

Para refletir a respeito da autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais é necessário tecer algumas considerações sobre a influência que três ramos das ciências - a ética, a bioética e a saúde mental - imprimem neste e vários outros assuntos extremamente atuais. Historicamente, a ética foi ligada à moral sob todas as suas formas, seja como ciência ou como meio de dirigir a conduta. Há, contudo, entre elas, importantes diferenças.

Enquanto a moral está associada ao agir concreto, a ética vincula-se também a uma reflexão sobre valores e sobre a



Maria Teresa Munhoz Salgado
Advogada, aluna do Curso de
Especialização em Bioética da
FMUSP, São Paulo, Brasil

própria vida. A moral é imposta pela sociedade, portanto comum a todos os seres humanos de uma determinada cultura e esta é a principal razão para o surgimento da ética, criada com o objetivo de desenvolver um pensamento crítico que permita analisar o estudo da moral.

Atualmente, as novas descobertas provenientes do grande avanço da tecnociência e da experiência de globalização repercutiram nas atividades mais cotidianas, colocando o ser humano, diariamente, em muitas situações de questionamento e conflito, tanto nos aspectos econômico, jurídico e religioso, quanto nos atinentes aos relacionamentos interpessoais. Foi na tentativa de compreender o verdadeiro significado das novidades trazidas pelas ciências da vida e humanas, que surgiu a bioética, com o objetivo de debater o comportamento mais adequado para nortear a ação humana face a elas.

Etimologicamente, a palavra bioética consiste no esforço em estabelecer um diálogo entre a ética e a vida – em grego, *bíos* = vida, e *éthiké* = ética ². Para tanto, a bioética precisou estabelecer certos paradigmas que a guiassem na proteção do valor supremo de uma vida humana mais digna e livre.

Com esta finalidade, foram estabelecidos por Beauchamp e Childress quatro princípios básicos de referência antropológico-moral, que constituíram a chamada Bioética Principlista, quais sejam: a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a autonomia ³. Cabe mencionar, ainda, que a bioética é um campo interdisciplinar, na medida em que congrega esforços de profissionais e pensadores de todas as áreas do conhecimento: *Neste sentido, a bioética pode ser definida como um estudo interdisciplinar, ligado à ética, que investiga, na área das ciências da vida e da saúde, a totalidade das condições necessárias a uma administração responsável da vida humana em geral e da pessoa humana em particular* ⁴.

No que diz respeito à saúde mental importa ressaltar que devido à evolução desse conceito, propiciada pelos conhecimentos trazidos à tona pela psicanálise, psicofarmacologia, psiquiatria biológica, psicologia e ciências sociais, foi alcançada uma nova compreensão do que venha a ser a saúde mental do ser humano, o que repercutiu sobre o campo da justiça, tanto na elaboração como na aplicação das leis.

A partir de 1950, o conceito de transtorno mental deixou de ser exclusivo da psiquiatria e foi-se tornando objeto de investigação do campo da saúde mental, o que fez surgir a necessidade da formação de equipes multidisciplinares para sua abordagem. Devido ao novo entendimento de saúde como bem-estar biopsicossocial e não simplesmente como ausência de doença, o conceito de doença mental passou a ser questionado, muitas vezes recebendo duras críticas.

Importa ainda observar, para a perfeita compreensão dos assuntos tratados a seguir, que a ética, a bioética e a saúde mental surgiram como produtos dos conflitos e das diferenças nas relações humanas. Assim sendo, segundo Cohen *podemos pensar em duas éticas que podem se contrapor: a ética do indivíduo e a ética do outro. De suas diferenças é que surgirá o que denominamos a bioética nas relações humanas. A bioética emerge da percepção simbólica da existência do outro (sujeito ou objeto), do conflito que isto causa e da necessidade de nos relacionarmos com outro ser* ⁵.

Resta claro, portanto, que o surgimento da bioética, como consequência do progresso da

ciência e da emergência do conceito de autonomia, conduziu a uma revolução social além dos limites da medicina. Para ilustrar isso e concluir esta introdução, reproduz-se o artigo 5º da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* – o qual apresenta recomendações sobre a autonomia e responsabilidade individual: *Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.*

Foi neste emaranhado de questionamentos e reflexões tão atuais que surgiram as primeiras sementes para produção do texto que se segue, em busca de instrumentos mais eficazes e éticos para manutenção dos direitos relativos às pessoas portadoras de doenças mentais, especialmente no que diz respeito a sua autonomia individual.

Diferenças entre normalidade, deficiência, incapacidade e doença mental

Mesmo após as Nações Unidas terem declarado o dia 3 de dezembro como Dia Internacional das Pessoas com Deficiência (Resolução 1.993/29 de 5 de março de 1993), frequentemente, durante as pesquisas realizadas para redação deste artigo, foram encontradas dúvidas, e, até mesmo, confusões técnicas, sobre quais seriam os termos moralmente menos discriminatórios para se referir àqueles que possuem algum tipo de deficiência.

Primeiro, importa ressaltar que o termo *pe-soas portadoras de deficiência* (PPD), criado no texto constitucional de 1988, busca padronizar a nomenclatura referente a tal condição e o fim do uso de expressões com conotação moralmente negativa como alienado, aleijado, surdo-mudo, débil mental, entre outras. Todavia, essa iniciativa não alcançou exatamente o seu objetivo. Melhor seria o uso do termo *pe-ssoa portadora de deficiência*, que poderia variar de acordo com o tema em pauta, por exemplo: alunos com deficiência, trabalhadores com deficiência ⁶.

Já a incapacidade objetiva para o desempenho de uma ação qualquer é algo que decorre de modo direto e restritivo do diagnóstico específico de uma determinada deficiência, não se relacionando necessariamente à capacidade para o desempenho de atividades laborais. Afinal, nem todo indivíduo que possui deficiência é incapaz em sentido amplo, até porque isto representaria, no mínimo, um retrocesso em relação a todo esforço de décadas para que a deficiência fosse vista de forma dissociada de situações onde há ausência de potencialidades ⁷.

Neste sentido, Raquel Dodge afirma que *as políticas públicas de saúde precisam estar baseadas na equidade, pois os seres humanos devem ser tratados como únicos, de modo que os que tiverem maiores necessidades de saúde deverão ter direito à prestação de serviços diferenciados e adequados a cada situação* ⁸. Já no campo das limitações mentais, importa, em princípio, guardadas as grandes polêmicas quanto ao tema, estabelecer o que pode ser entendido como normalidade psíquica.

Parece mais útil, portanto, referir-se a este assunto como algo dinâmico, como um *limite ideal* a que se deva tender indefinidamente, embora na prática, nunca se possa atingi-lo de modo pleno. É *normal* não tanto quem não apresenta sintomas de tipo psicopatológico, mas, sobretudo, *o indivíduo capaz de se integrar na sociedade em que vive, estabelecendo relações harmoniosas com os outros, realizando as tarefas que a sociedade lhe pede, dando-lhe o seu contributo pela realização das suas potencialidades positivas e capaz de manter, em todas as circunstâncias, o seu equilíbrio mental* ⁹.

Em seguida, também é necessário fazer distinção entre deficientes e doentes mentais. De acordo com Eugênia Fávero *deficiência mental é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho*. Ainda, segundo a autora, *caso um indivíduo tenha desenvolvimento comum até a idade adulta (dezoito anos) e depois passe a apresentar comprometimentos intelectuais, com certeza isso é resultado de processos relacionados a doenças mentais* ¹⁰.

De encontro com este posicionamento, a Lei 10.216/00, em consonância com o capítulo V do Código Internacional de Doenças (CID-10), dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial no tratamento destas pessoas, entendendo as doenças mentais como

uma das espécies de diagnósticos que caracterizam os chamados *transtornos mentais*. Por este ordenamento legal, devem ser entendidas como transtornos mentais todas as alterações no funcionamento da mente que prejudiquem o desempenho da pessoa na vida familiar, social e pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si, no respeito aos outros e na tolerância aos problemas.

Assim, além dos transtornos mentais considerados socialmente como de maior gravidade (psicopatia e esquizofrenia), esta classificação abrange ainda situações relacionadas à dependência química, estados de depressão, de mania ou ansiedade exagerada, entre outras. Nestes casos, mesmo tendo a presença de todos os instrumentos de compreensão (às vezes até com mais inteligência que a média da população), as pessoas que experimentam essas condições possuem esta compreensão funcionando de modo comprometido no campo afetivo.

É diferente do que ocorre com indivíduos portadores de deficiência mental. Estes não dispõem de toda a capacidade cognitiva, o que impossibilita que tenham plena compreensão do ambiente que os cerca. Nada impede, contudo, que a falta destes instrumentos de compreensão seja compensada, pelo menos em parte, com estimulação adequada e convivência social.

Não obstante, é necessário ressaltar ser também perfeitamente possível que o deficiente mental, como qualquer outra pessoa, venha a ter transtornos mentais na idade adulta. Por

fim, é importante observar que, hoje em dia, mesmo entre os indivíduos considerados *normais e capazes*, há um crescimento enorme do número daqueles que não conseguem se adaptar ao ambiente social, familiar ou profissional em que vivem.

Assim, feitas todas as devidas e necessárias considerações terminológicas sobre o tema em pauta, parte-se para a análise das formas de proteção da autonomia e do direito à saúde psíquica dos portadores de transtornos mentais e comportamentais.

Do direito à integridade mental e sua tutela jurídica no Brasil

Do ponto de vista jurídico, *pertencem à personalidade não só o caráter, os sentimentos, o temperamento, a inteligência, os impulsos, as atitudes e as disposições, mas, também, as perturbações comportamentais, as falhas no pensamento, no sentimento e na vontade*¹¹.

A manutenção da saúde psíquica, do modo de pensar, das convicções (políticas, religiosas, filosóficas ou sociais) mais íntimas e do equilíbrio emocional, são relevantes direitos da personalidade individual cabendo, portanto, a todos o dever de respeitá-lo, por meio de ações diretas ou indiretas, bem como durante a realização de tratamentos em saúde mental ou mesmo nos atos impositivos (no caso das internações involuntárias). O respeito a este direito deve ser garantido desde o momento da concepção, evitando-se que alguém administre à mãe ou que ela mesma ingira medicamentos que possam causar danos ao desenvol-

vimento psíquico do nascituro, sob pena de responsabilização penal e civil ¹².

Não obstante, resguarda-se ainda a obrigação dos parentes, em particular, e do Estado, de forma ampla, em velar pela inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais, mediante o desenvolvimento de atividades mercantis, industriais ou agrícolas, bem como, por intermédio da organização de cooperativas e serviços sócio-sanitários e educacionais direcionados a este público, tal como prescrevem os artigos 1º e 3º, incisos II e III da Lei 9.867/99, que versa sobre as formas de criação de cooperativas sociais ¹³.

Ademais, de acordo com a interpretação do ordenamento constitucional vigente, constituem ofensas à liberdade psíquica e são inteiramente condenáveis todos os atos que conduzam à:

- Lavagem cerebral;
- Intimidações pelo medo ou pela dor;
- Práticas religiosas ou exorcistas realizadas por seitas de fanáticos;
- Internações em clínicas de repouso onde se efetuem condicionamentos psíquicos que afetem o pensamento do paciente;
- Práticas tendentes a obter confissão de forma involuntária, como a tortura, o uso de polígrafo (*detector de mentiras*), o emprego de narcoanálise, a utilização da hipnose, entre outras ¹⁴.

Neste mesmo sentido, o artigo 2º, parágrafo único, da Lei 10.216/2001 enumera como direitos das pessoas portadoras de transtorno

mental as seguintes condições:

- I. ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- 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;
- III. ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI. ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII. ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX. ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Por fim, de acordo com a legislação em vigor, a saúde, inclusive sob o aspecto mental, é *direito de todos e dever do Estado*, segundo os artigos 196 a 200 da Constituição. Como se não bastasse tal premissa, o texto constitucional brasileiro ainda resguarda a prática da solidariedade de modo amplo (artigo 3º, inciso I) e a integridade psíquica, de modo expresso, em vários outros dispositivos: i) Ao proibir a tortura e o tratamento desumano (Art. 5º,

inciso III); ii) Ao admitir a indenização por dano moral (Art. 5º, inciso X); e iii) Ao salvaguardar a integridade mental do acusado em face de tentativas de conseguir confissões por atos atentatórios à liberdade e à incolumidade psíquica (Art. 5º, inciso LVI).

Autonomia civil dos pacientes portadores de transtorno mental

Cada indivíduo da espécie humana é singular, único, produto de uma fantástica evolução natural e cultural, que também depende de uma prévia estrutura sócio-familiar para se desenvolver. Assim, tais seres, mesmo sendo capazes de aprender com as experiências vividas e de simbolizá-las aos seus semelhantes, agem, muitas vezes, compulsivamente, movidos por impulsos instintivos de bem-estar biológico, psíquico e social. Testam, de forma quase irracional, os limites de espaço e tempo em busca de mudanças que lhes tragam mais conforto e menos dor ao físico e ao espírito. Esta capacidade de simbolizar que diferencia os seres humanos das demais criaturas permite a utilização da razão para a percepção do outro enquanto sujeito, e, encontra na *autonomia* uma de suas construções sociais mais importantes.

Autonomia é a capacidade de *autogoverno*, de *livre arbítrio* quanto à regência de seu próprio destino, no fazer ou não fazer, no ir ou não ir, no aceitar ou no recusar e assim por diante, concedida pouco a pouco, por parâmetros biológicos e de convívio social, que afastam os seres humanos dos animais e criam os contornos de sua personalidade. Este valor, a auto-

nomia, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiem em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais ¹⁵.

Importa salientar que este conceito de autonomia individual e alteridade no convívio com as minorias é extremamente novo, remonta os ideais democráticos da Revolução Francesa de 1789, tendo surgido de modo expresso apenas com a redação da primeira Constituição Americana, em 1776, sendo, posteriormente, reafirmado pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, em 1948. Atualmente, no entanto, devido à comunicação farta e ágil dos terríveis efeitos resultantes da destruição ambiental, bem como dos abusos cometidos em pesquisas científicas e dos dilemas causados pelas revoluções biotecnológica e médica, questiona-se quais parâmetros devem restringir esta autonomia a fim de resguardar, ao médio e longo prazo, a qualidade de vida, mais sadia e digna, ao maior número possível de pessoas. Afinal, até que ponto a manipulação da existência e o livre arbítrio humano poderiam chegar sem agredir a própria humanidade?

Discute-se ainda, qual seria a maneira mais eficiente de proteger aqueles que, quer por se encontrarem em posição de hipossuficiência em uma relação assimétrica (pai↔filho, médico↔paciente, patrão↔empregado), quer por incapacidades pessoais, como ocorre com as crianças, pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como deficiências físicas e

com os idosos, não possuem em plenitude seu direito de escolha.

Neste momento, é importante lembrar que já em seu primeiro artigo o atual Código Civil Brasileiro dispõe que, em regra, *toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil*, ficando absolutamente impedidos de exercer, pessoalmente, tais atos *os que, por enfermidade ou deficiência mental não tiverem o necessário discernimento para a prática destes* e relativamente cerceados quanto à maneira ou espécie de atos que podem praticar *os ébrios habituais; os viciados em tóxicos; os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido e os excepcionais, sem desenvolvimento completo*¹⁶. É nestas situações de ausência ou perda (total ou parcial) da plena capacidade psíquica e de autogoverno que atuam os profissionais da saúde mental (psiquiatras, psicólogos jurídicos e assistentes sociais, por exemplo), com fim de fazer com que o paciente readquira autoconsciência, autonomia, liberdade, bem como respeito pela sua pessoa e pela dos outros.

Cabe observar que esta atuação exige profissionais não apenas competentes, hábeis e atualizados, como também, e, sobretudo, ricos em compreensão humana, prudência, coragem, paixão pelo outro e sensibilidade ética. Afinal, em situações de grave transtorno psíquico, o estigma da loucura acarreta, na maior parte das vezes, a perda da autonomia para seu portador, fazendo com que seu discurso e ações sejam percebidos apenas como sintomas da moléstia da qual é vítima. O profissional da área de saúde mental torna-se, a partir de então, quase sempre, o único *intérprete credenciado* de seus

pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro destas pessoas, exercendo muitas vezes poder absoluto sobre elas, que vai desde a liberdade de locomoção até a forma de tratamento que deve receber.

Ao que parece nesses casos, o respeito ao princípio da autonomia não se estende a ponto de permitir liberdade absoluta nem ao paciente nem ao profissional médico que o trata. O que existe é uma relação baseada na confiança, competência e confidencialidade, em que as partes interagem sempre de modo desigual¹⁷. Entre as dificuldades mais sérias que surgem para o exercício pleno da autonomia pelo doente mental e por seu médico, destacam-se: o sigilo dos profissionais na área de saúde mental, a emissão de atestados médicos, a perícia médica e psicológica, a escolha pela forma mais adequada de tratamento e o processo de internação involuntária. Devido à enorme amplitude de cada um destes assuntos e ao curto espaço que se tem aqui para esmiuçá-los, este artigo se aprofundará apenas no esclarecimento dos aspectos mais relevantes relacionados ao último deles, ou seja, as internações realizadas sem consentimento do paciente portador de transtorno mental.

Os conflitos éticos da internação involuntária

Quanto às internações involuntárias, sempre questionadas, tanto sob o aspecto técnico, quanto moral, legal e social, como aplicar o princípio da autonomia se, quem é internado, o é, algumas vezes, contra sua vontade? Atualmente, após as mudanças realizadas nas formas

de tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais, com as quais houve um deslocamento dos pacientes internados para os regimes ambulatoriais e extra-hospitalares, tal prática tornou-se ainda mais polêmica.

Há situações clínicas, contudo, em que a internação, ainda hoje, surge como a decisão mais prudente a ser tomada, sendo em alguns momentos até mesmo imperativa, devendo o médico indicá-la mediante o consentimento livre e esclarecido do paciente, quando isto for possível, ou, determiná-la compulsoriamente¹⁸. Neste sentido dispõe o artigo 6º da Resolução 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM) ao indicar expressamente que: *Nenhum tratamento deve ser administrado à paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas. Parágrafo único: Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal*¹⁹.

Na última hipótese, entretanto, a internação deve ser previamente autorizada pela família ou responsável legal do paciente, bem como, comunicada, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público pelo chamado *Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária* (TCIPI), o qual deve ser detalhadamente instruído com todos os motivos que justificarão a realização da ocorrência. A alta destes

pacientes também deve ser comunicada ao membro do Ministério Público, como prescreve o artigo 8º, *caput* e § 1º da Lei 10.216/01. Na ausência da família, ou em sua não-concordância, é permitido que o Estado autorize a internação, desde que mediante decisão de juiz competente para este procedimento.

Ademais, de acordo com o artigo 15 da Resolução CFM 1.598/2000: *A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular. §1º A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo. § 2º A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir, mas, não se opõe ao procedimento. § 3º A internação compulsória por motivo clínico ocorre contrariando a vontade expressa do paciente, que recusa a medida terapêutica por qualquer razão. § 4º A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado.*

Por essa Resolução do CFM, ainda neste passo, caberia tratamento psiquiátrico à revelia do doente mental, ante sua periculosidade, incurabilidade, imprevisibilidade e capacidade de praticar atos violentos. A internação em hospitais especializados ou manicômios nestes casos, portanto, é justificável pela percepção de que nestas situações a falta de cuidados médicos contínuos acaba por contribuir para a cronificação do estado mental do paciente,

afastando ainda mais a possibilidade de sua recuperação e reintegração social e familiar.

Segundo o artigo 6º, inciso II da mencionada Lei 10.216/01, o tratamento involuntário deve ter como objetivo contornar as crises de agitação do paciente sem mantê-lo em um clima de completo ócio ou negligenciando o cuidado com suas necessidades humanas mais vitais como lazer, comunicação social, asseio etc. O artigo 4º, § 2º da mesma lei adverte que durante este período de internação forçada é preciso que, dentro do possível, se evitem posturas que conduzam à perda integral da autonomia de vontade do indivíduo que está sendo tratado, resguardando-se a estas pessoas assistência médica, psicológica e de reinserção social adequadas.

Durante a internação, especialmente quando esta ocorre à revelia do paciente, a falta de pessoal habilitado não pode servir de justificativa para o uso excessivo de medicamentos ou para repressão física desmedida. Mesmo breve, a decisão médica de internar um doente mental contra vontade, após a verificação do insucesso na aplicação de todos os recursos extra-hospitalares possíveis, deve ser avaliada e revista pelo Ministério Público. Além disso, de acordo com a portaria do Ministério da Saúde GM 2.391/2002²⁰, tais casos devem ser analisados, no prazo de sete dias, contados a partir da comunicação, por uma das comissões revisoras de internações involuntárias instauradas pelo gestor estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) da região. Tal comissão interdisciplinar deverá ser composta de:

- Psiquiatras e profissionais de nível superior da área de saúde mental, com registro no CRM do Estado no qual ocorrerá a internação e pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde esta será realizada;
- Médicos;
- Psicólogos;
- Representantes de associações de direitos humanos e de familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais;
- Advogados que não possuam quaisquer vínculos com a instituição hospitalar onde está o internado; e
- Representante do Ministério Público Estadual.

Cada membro deste grupo, no seu respectivo campo de atuação, deverá fazer um juízo avaliativo da situação do paciente a fim de suprir seu consentimento informado ou esclarecido. Isto ocorre, na maioria das vezes, porque nestas situações o paciente não possui discernimento para exercer seu direito a liberdade de aceitar ou recusar ações terapêuticas, em razão de sua moléstia.

Tais comissões, portanto, têm o importante papel de defender os interesses do paciente internado involuntariamente, verificando se seu confinamento foi realmente desejável e oportuno, se houve melhora em seu estado de saúde e, até mesmo, se sua recuperação se deu, limitando a competência do psiquiatra nesta decisão e dando a ela um cunho mais social. Seu objetivo é garantir a manutenção do princípio da justiça nos conflitos que surgem entre a conduta do médico e aquela de quem a recebe (paciente), buscando resguardar

dar tanto os princípios da beneficência e não-maleficência, que regem os atos do primeiro, quanto o da autonomia, relativo à liberdade de escolha da pessoa acometida de transtorno mental, sem ameaçar nem a vida nem o retorno à sanidade daquele que será internado.

Finalmente, ressalta-se que qualquer evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento, devem ser comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência, conforme prescreve o artigo 10 da citada Lei 10.216/01.

Considerações finais

É incontestável a vulnerabilidade da espécie humana, assim como sua capacidade de diferenciar e tornar único tudo que a cerca. Por maior que se apresente a insensibilidade cotidiana, o único ponto que realmente aproxima os seres humanos é o fato de serem completamente singulares e diferentes entre si. Afinal, mesmo em uma época na qual a cultura de massa é cada vez menos refutada por meio de todo aparato tecnológico, ainda não foi possível eliminar o acaso decorrente desta fantástica variabilidade da natureza. É imprescindível, assim, que a sociedade atual aceite as diferenças e fragilidades enquanto marcas próprias da condição humana e não como meros problemas a serem resolvidos.

No caso específico das pessoas portadoras de transtornos mentais e de comportamento

busca-se um ponto de equilíbrio entre dois tipos de relações: 1) aquelas firmadas durante anos, com base na dominação do mais forte, por meio da violência física, econômica ou psicológica, e; 2) as que, derivadas de uma autonomia relacional, de um diálogo de vidas, ao menos almejam defender a promoção da existência de todos.

Para estabelecer tal situação de equidade, se faz necessário parar e admitir erros com consciência e responsabilidade, tanto no campo individual quanto no coletivo. Essa reflexão deve estar baseada no firme propósito de preservar a vontade autônoma e proteger os valores intrínsecos das pessoas da aniquilação por objetivos meramente utilitários. Até mesmo porque o controle humano do acaso, dos erros, das falhas, das imperfeições e anormalidades tão comuns na Natureza não pode servir de justificativa para maiores injustiças.

Em conjunto com a auto-aceitação, tanto nos traumas físicos quanto nos mentais, é necessário, portanto, que, respeitando suas incapacidades, exista não a simples integração destes indivíduos, mas sim, sua inclusão, amparo e acolhimento verdadeiros no meio social, como cidadãos e sujeitos de direitos e deveres que são.

Atualmente, o que se busca não é segregar, mas sim, incluir o que destoa, mantendo o pluralismo, o desenvolvimento sustentável e a justiça social, condições que os indivíduos experimentam na totalidade seus direitos e deveres de cidadãos, participando da vida cole-

tiva e interagindo com as demais pessoas em condições de igualdade.

Na prática, a loucura, muito dificilmente, priva alguém de *todas* as capacidades adaptativas. O que ocorre, na maior parte das vezes, são situações pontuais, mais ou menos frequentes, em que estas pessoas precisam ser submetidas ao poder do saber da saúde mental. Todavia, tal situação não autoriza o desrespeito e opressão destes seres humanos, devendo, dentro do possível e conforme o grau de sua alienação, ser mantido o equilíbrio entre o dever dos profissionais da saúde de cuidar e a manutenção da autonomia destes pacientes, com a busca de um tratamento que contribua para seu crescimento emocional.

Neste sentido, a combinação da psicoterapia e da nova geração de psicofármacos com programas de reabilitação social desenvolvi-

dos em centros de cuidados comunitários, constitui uma estratégia de tratamento bem mais eficaz que a ministrada anteriormente aos doentes mentais graves. Afinal, como já foi dito, ser acometido por um problema psíquico não pode mais ser motivo de exclusão social, vergonha ou sentimento de inferioridade. Para tanto, é preciso que a sociedade consiga, verdadeiramente, resignificar a maneira como trata seus próprios membros, buscando, pela equidade, alcançar o que é *mais justo* para cada uma das partes em razão de suas características individuais, dando aos relacionamentos um enfoque mais ligado à tolerância, ao afeto, ao cuidado e à mitigação de normas, em nome de um mundo mais digno para todos e não apenas para alguns.

Trabalho produzido durante o Curso de Especialização em Bioética da FMUSP em 2008.

Resumen

Reflexión sobre la autonomía civil de las personas portadoras de trastornos mentales

El presente trabajo presenta los parámetros que ordenan la mantención de los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales, identificando criterios para su aplicación efectiva. Fue evaluada la influencia que la Ética, la Bioética y la Salud Mental imprimen en este campo de estudio, identificando las diferencias de concepto entre "deficiencia", "incapacidad" y "enfermedad mental" y analizando las formas de protección de la autonomía y del derecho a la salud psíquica de los portadores de trastornos mentales. Analiza, enseguida, la autonomía civil de los pacientes portadores de trastorno mental y las internaciones realizadas sin consentimiento del paciente, principalmente bajo el aspecto técnico, moral, legal y social, en obediencia a la aplicación más adecuada del principio de la autonomía de la voluntad. Por fin, el estudio reafirma la necesidad

de estrategias de tratamiento más eficaces que armonicen el uso de la nueva generación de psicofármacos y de la psicoterapia con programas de rehabilitación social, desarrollados en centros de cuidado comunitarios, haciendo que la sociedad le de nuevo significado al tratamiento dado a sus miembros por medio de decisiones tomadas en razón de la equidad, tolerancia y ablandamiento de normas, en nombre del respeto por las diferencias y por el bien colectivo.

Palabras-clave: Salud Mental. Derechos Civiles. Libertad. Bioética.

Abstract

Reflection on the civil autonomy of people having mental disorders

The present paper presents the parameters that determine the preservation of the rights of people having mental disorders, identifying the criteria for its effective enforcement. An assessment of the influence that Ethics, Bioethics and Mental Health have on this field of study was made by identifying the conceptual differences between “deficiency”, “incapacity” and “mental disease” and by analyzing the forms of protection of the autonomy and of the right to mental health of people experiencing mental disorders. Next, it analyzes the civil autonomy of patients experiencing mental disorder and hospitalizations made without the consent of the patient, especially under the technical, moral, legal and social aspects, in compliance with the most adequate application of the autonomy of will principles. Lastly, the study reasserts the need for more efficient treatment strategies that harmonize the use of the new generation of psychotropic medicine with social rehabilitation programs developed in community care centers, thereby making society rethink the treatment given to its members through decisions taken in regard to equality, tolerance and moderate enforcement of rules, on behalf of the respect to differences and collective welfare.

Key words: Mental Health. Civil Rights. Freedom. Bioethics.

Referências

1. Santos BS. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In:_____. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p.56.
2. Bueno FS. Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa. São Paulo: Saraiva, 1966. Bioética;v. 2, p. 513.
3. Beachamp RL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4ª ed. New York: Oxford University Press; 1994.

4. Sawwen RF, Hryniewicz S. O direito in vitro. Rio de Janeiro: Lumem Júris; 1997. p.103.
5. Cohen C. Bioética e psiquiatria: considerações sobre autonomia beneficência não-maleficência e equidade. In: Luiz Carlos Aiex Alves, coordenador. Ética e psiquiatria. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. p.165.
6. Fávero EAG. Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade. Rio de Janeiro: WVA Editora; 2004. p. 21-3.
7. _____. Op. cit. p.27.
8. Dodge RE. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde vistas sob o prisma da justiça. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995. p. 577-85.
9. Salvino L, Privitera S, coordenadores. Dicionário de bioética. Aparecida/SP: Santuário, 2001. p. 934.
10. Fávero EAG. Op. cit. p.32-3.
11. Salvino L, Privitera S, coordenadores. Op. cit. p.326.
12. Bittar CA. Os direitos da personalidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1989. p.112-3.
13. Diniz MH. O estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva; 2002. p. 160.
14. _____. Op. cit. p.160-1.
15. Marcolino JAM. Psiquiatria e psicoterapia no âmbito institucional. In: Alves LCA, coordenador. Ética e psiquiatria. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. p.72.
16. Brasil. Código. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Parte Geral, Livro I Das Pessoas, Título I Das Pessoas Naturais, Capítulo I Da Personalidade e Da Capacidade, Art. 1º. Art.3º, inciso II e 4º, inciso II e III [Online]. [Acessado em 2008 Set 2008]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm.
17. Cohen C. Op.cit. p.160-1.
18. Lima MA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Alves LCA, coordenação. Op.cit. p. 111.
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.598, de 9 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Diário Oficial da União 2000 Ago 18;seção1:63.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.291, de 26 de dezembro de 2002 [Online]. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS [Acessado em 2009 jul 27]. Disponível em: URL: www.cremesp.org.br.

Recebido: 18.3.2008 Aprovado: 2.7.2009 Aprovação final: 13.7.2009

Contatos

Claudio Cohen – *ccohen@usp.br*

Maria Teresa Munhoz Salgado – *maite_elektra@hotmail.com*

Claudio Cohen

Rua Pedroso Alvarenga 1255 cj.21. CEP 04531-012. São Paulo/SP, Brasil.