

Dilemas em Psiquiatria: ciência, clínica e ética

Elizabeth Uchôa

No momento atual, todas as profissões se interrogam sobre suas éticas. Nesse contexto, o exercício de reflexão sobre os princípios norteadores de nossas práticas adquire significativa importância. Nós, psiquiatras, somos confrontados a uma situação complexa, controvertida e, muitas vezes, confusa. O princípalismo, um dos mais divulgados modelos de análise bioética, servirá de ponto de partida para a discussão de algumas questões éticas que atravessam o dia-a-dia dos psiquiatras.



Elizabeth Uchôa

Médica pela UFMG; residência em Psiquiatria na FHEMIG; Ph.D. em Antropologia pela Université de Montreal; professora do Departamento de Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e pesquisadora associada do Centro de Pesquisas René Rachou, FIOCRUZ- MG

Unitermos:

Ética, Bioética, princípalismo, Psiquiatria

INTRODUÇÃO

A maioria de nós tem grande intimidade com a experiência de fazer escolhas difíceis. Dilemas são endêmicos para o ser humano. Chamamos dilemas éticos quando dois ou mais interesses morais estão em conflito. Palavras como ética e moral apenas evocam nossos esforços para discernir o que é certo ou errado(1).

Definir o que é certo implica inevitavelmente em julgar. Nossos julgamentos são o reflexo de nosso universo de referências. Nossas certezas são os fundamentos de nossas posições. As ciências, os sistemas religiosos e nossas convicções pessoais são as principais fontes de certeza de nosso cotidiano. Essas fontes de certeza não são exclusivas e podem se combinar. Quando enunciamos algo que é fundamentado em nossas certezas, a dúvida parece não existir(2).

Entretanto, segundo Wittgestein(3), uma certeza só é compartilhada por aqueles que co-habitam um mesmo "jogo de

linguagem", que possuem uma mesma "comunidade de pensamento", segundo Peirce(4), ou que dividem um mesmo "universo de significados", segundo Geertz(5). A questão que emerge é como decidir quando, quando nossas certezas se confrontam com outras certezas? Como agir frente às incertezas? Como prosseguir, quando nosso universo de referências já não nos dá claras diretrizes para a ação?

A incerteza nos situa frente ao dilema. Discernir o certo e o errado já não parece tão simples. Decidir desencadeia angústia. Tal incômodo nos leva, muitas vezes, a preferir falsas verdades. Mas independentemente de nossa vontade, a incerteza atravessa todas as dimensões de nossa existência, vindo nos situar na interseção de múltiplas verdades e nos tornar vulneráveis aos riscos da decisão. Malherbe nos diz que a ética pode ser representada como a busca de uma maneira certa de nos posicionarmos frente à incerteza(2).

Refletindo nossos esforços para discernir o que é certo, o horizonte de significados da noção de ética não é de fácil delimitação. Podemos, em um primeiro momento, nos referir à Douville e distinguir a ética normativa, a meta-ética e a ética aplicada. Segundo este autor, a ética normativa é uma disciplina que tem por objetivo determinar ações que de um ponto de vista moral são justas e corretas; a ética aplicada faz referência à análise ética de situações precisas e a meta-ética é o estudo da relação lógica entre julgamentos morais e outras formas de julgamento(6). Em um segundo momento, podemos nos referir à ética das verdades cujo paradigma é a ética da psicanálise desenvolvida por Lacan(7). Recusando a

idéia de Homem Universal e de Mal também Universal, Badiou propõe uma concepção de ética enraizada não mais no discurso dos direitos humanos, mas na distinção entre o homem como ser biológico e o homem como sujeito(7). Trata-se de outra concepção de ética.

No momento atual, todas as profissões se interrogam sobre suas éticas. O exercício de reflexão sobre os princípios norteadores de nossas práticas adquire toda importância. Nós, psiquiatras, somos confrontados a uma situação complexa, controvertida e, muitas vezes, confusa.

Moura Fé(8) nos lembra que no campo da Psiquiatria "não raramente, se mesclam ciência e ideologia, conhecimento e preconceito, aspirações libertárias e medidas repressivas".

Sabemos que não existe clínica onde não há ética. O bom-senso não basta. Os códigos profissionais também não. Quais critérios éticos fundamentam uma prática em que precisamos permanecer atentos aos processos de subjetivação, sem proceder à psicologização das contradições sociais? Quais critérios éticos permitem apreender a complexidade do sujeito e evitar quaisquer reducionismos? Além disso, como profissionais e cidadãos devemos avaliar os direitos de nossos pacientes/clientes e seus deveres como cidadãos e assumir plenamente nossa responsabilidade frente a eles e à sociedade em que exercemos nossas profissões(6).

A questão ética nos convida a refletir sobre os fundamentos de nossas certezas, a nos posicionarmos com responsabilidade frente a outras cer-

tezas, a nos interrogarmos sobre os riscos e benefícios de nossas decisões e a buscarmos uma certeza maior que possa orientar nossas ações.

Mesmo quando nossas certezas nos parecem inquestionáveis, devemos parar, escutar e refletir.

Decisões clínicas: ciência e ética

Se a ciência como saber pode e deve estar isenta de referência aos valores éticos, a ciência como atividade humana só é possível numa comunidade de sujeitos onde o reconhecimento dos direitos de cada um é o pressuposto da ação racional(9).

Desde Hipócrates, a Medicina tem procurado desenvolver uma prática baseada no conhecimento científico. Entretanto, pensadores como Kuhn, Rorty e Foucault nos convidam a criticar as reivindicações de verdades médicas objetivas e a questionar a idéia de que decisões clínicas são baseadas unicamente no conhecimento cientificamente comprovado(10).

A prática clínica (médica ou psiquiatra) não consiste em uma simples aplicação do conhecimento científico. A busca de decisões é totalmente dependente das referências utilizadas para definir o que é certo e errado e o que é bom ou mal. Decisões clínicas sempre envolvem julgamentos de valor(11).

Durante mais de 2500 anos, a análise ética do processo decisório em medicina teve-se unicamente em julgar se uma conduta estava ou não

de acordo com os princípios hipocráticos. Entretanto, as rápidas transformações sociais ocorridas nos anos 60, aliadas às crescentes inovações tecnológicas importantes, criaram novos dilemas éticos em medicina, e a Bioética nasceu neste e deste contexto(12).

O princípalismo é, certamente, um dos mais divulgados modelos de análise bioética. Beauchamp e Childress(13), que se situam na origem desta corrente, propõem a existência de quatro princípios norteadores da ação que se quer boa e justa. São eles: o princípio da beneficência, o da não-maleficência, o da justiça e o da autonomia. Estes princípios não têm uma hierarquização *a priori*. São válidos *prima facie*. Em caso de conflito, é a situação que indica o que deve ter precedência(12).

Apesar das inúmeras críticas que lhe foram feitas, alguns autores continuam defendendo o princípalismo como guia preferencial do processo decisório na prática biomédica. Na medida em que não estabelece normas ou regras absolutas para a conduta moral, nem elimina conflitos, o princípalismo forneceria orientações flexíveis para a busca de soluções aos dilemas éticos que permeiam a medicina(14,12).

Beneficência e autonomia têm fundamento ético diverso e podem, muitas vezes, entrar em conflito entre si e com outros valores; enquanto o princípio da beneficência orienta os fins morais para os quais a medicina deve dirigir-se, o princípio da autonomia afirma que todo indivíduo tem capacidade e direitos próprios(15). Como exemplo, Berlinguer (1996) cita o caso da obrigatoriedade da vacinação – que é

benéfica para a população, mesmo violando o princípio da autonomia individual.

Berlinguer(15) chama a atenção para um distanciamento progressivo entre a ética declarada e a prática cotidiana em medicina; a autonomia é freqüentemente substituída pelo paternalismo e a percepção das necessidades do paciente, definidas pelo médico, vem limitar os direitos do cliente a sua autodeterminação.

A seguir, estes quatro princípios orientarão uma reflexão sobre questões éticas que atravessam o dia-dia dos psiquiatras – exigindo respostas e escolhas difíceis, para as quais nem a sociedade nem a ciência fornecem claras diretrizes sobre o que fazer.

Dilemas em Psiquiatria

No contexto da desinstitucionalização que caracteriza o momento atual da história da Psiquiatria, a ênfase é dada ao retorno dos pacientes psiquiátricos às comunidades com o objetivo de resgatar suas integridade, identidade e vida familiar, comunitária e profissional. Não há dúvida quanto ao fundamento de tal projeto, nem quanto à urgência de transformarmos nossos modelos de prática(17). A "necessidade de abandonar uma ética de exclusão e de instituir e legitimar uma ética de inclusão do sujeito social"(16) também é inquestionável. O momento já se constitui de novas certezas, mas, mesmo assim, devemos parar, escutar e refletir.

Um primeiro confronto pode surgir entre os princípios da beneficência e da autonomia, ou seja,

entre o dever de responder às necessidades médicas do paciente e seu direito de exercício de liberdade pessoal. Muitas vezes, um paciente recusa determinado tratamento que poderia beneficiá-lo. Se a comunidade ou ele próprio estão ameaçados por comportamentos violentos, o princípio da não-maleficência (não prejudicar) ganha precedência sobre a reivindicação de sua autodeterminação. A comprovada incapacidade de se cuidar também justificaria uma restrição de sua liberdade. Caso contrário, qualquer tratamento involuntário consiste em uma violação injustificada de sua autonomia. Outras vezes, o paciente pode aceitar, muito facilmente, um tratamento por seu terapeuta.

A legitimidade de uma decisão exige que ela seja informada, voluntária e competente. Sabemos que psiquiatras freqüentemente lidam com indivíduos afetados por severas alterações do humor, pensamento psicótico e/ou abuso de drogas. Que informações sobre opções e alternativas, riscos e benefícios, lhes foram transmitidas? Que nível de compreensão tiveram do que lhes foi dito? Podem suas decisões ser consideradas livres e voluntárias? Qual é, efetivamente, a legitimidade de um consentimento ou recusa de tratamento? Quais são os direitos e os limites desses direitos para essas pessoas(18)?

Como agir nos casos em que nos sentimos apreensivos quanto às conseqüências dos atos de nossos pacientes e que suas famílias, informadas, não compartilham nossa apreensão ou se abstêm de uma atitude?

Além disso, a literatura tem sugerido que o médico deve oferecer ao paciente apenas os fatos, pre-

ferivelmente sem juízo de valor; explicar-lhe as diferentes opções e deixá-lo escolher. Analisando os diversos elementos no processo decisório, Wulff(11) conclui que este modelo é irrealista pois a complexidade do raciocínio clínico torna impossível separar fatos de julgamentos de valor, sendo o paternalismo um elemento inerente do processo decisório e a negociação entre médico e paciente indispensável na prática clínica.

Embora, na maioria das vezes, o psiquiatra aja de acordo com o que acredita ser melhor para o paciente, nem sempre os seus interesses e os do paciente coincidem. Ganhar prestígio com um tratamento bem sucedido e satisfazer sua necessidade moral de ajudar são alguns dos elementos que podem influenciar a postura do terapeuta. Dentro de certos limites tal postura é permitida e mesmo desejável, mas em certas situações o terapeuta pode ser pressionado por terceiros (instituições, famílias) que tenham interesses diversos dos do paciente. Riscos, benefícios e prejuízos potenciais devem ser sistematicamente avaliados em cada caso; orientações éticas gerais e absolutas não podem ser oferecidas(19).

Outra questão da maior importância é o conflito que pode surgir entre os interesses do indivíduo e os interesses da coletividade: o que é melhor para o indivíduo nem sempre é o melhor para a comunidade. O que é melhor para a comunidade nem sempre é o melhor para o indivíduo. Como médico, o psiquiatra deve agir visando aos interesses e o bem-estar de seu paciente, mas como empregado de uma instituição deve usar com prudência e parcimônia os, muitas vezes, escassos recursos da instituição. Frequentemente, é o psiquiatra

que deve decidir quem recebe o quê, onde e com que frequência. Aqui, o dilema ético envolve os princípios da beneficência e da justiça(18).

Outro dilema ético nos é colocado pela limitação dos recursos existentes em uma comunidade. O acesso a cuidados psiquiátricos de alta qualidade é, em nosso meio, mais a exceção que a regra. Nesse contexto, a liberdade de escolha existe, efetivamente, apenas em um certo grau e para um número pequeno de pessoas. Obstáculos socioeconômicos podem se contrapor aos princípios de beneficência e autonomia. Fazer o que é certo para um paciente é, muitas vezes, condicional à disponibilidade de recursos.

Utilizar a hospitalização somente em último recurso (art. 90 da Lei nº 11.802/95 do estado de Minas Gerais) implica na disponibilidade de recursos alternativos. Devemos avaliar os recursos disponíveis, nos interrogar sobre a qualidade de vida e da assistência disponível para um paciente no hospital psiquiátrico e como esta pode ser comparada àquela possível fora do hospital. Alguns estudos demonstram que certos pacientes psiquiátricos podem ter boas razões para querer permanecer no hospital e que no decorrer do processo de desinstitucionalização norte-americana muitos pacientes foram involuntariamente desinstitucionalizados. A questão por eles levantada é a seguinte: se é moralmente inaceitável desinstitucionalizarmos pessoas involuntariamente, por que não é igualmente inaceitável desinstitucionalizarmos pessoas que querem permanecer no hospital? Devem elas ser pressionadas a assumir a responsabilidade de suas vidas, mesmo quando não conseguem ou desejam ser autônomas(20).

Conclusão

Devemos lembrar que se propostas autoritárias e violações inadmissíveis à liberdade individual são muitas vezes justificadas em nome do suposto bem-estar dos interessados, o privilégio incondicional dado à autonomia pode ser o fundamento de omissões graves, nos levando a ignorar tanto o sofrimento que nos rodeia quanto nossos deveres como profissionais e cidadãos.

Não há dúvida quanto aos progressos científicos da Psiquiatria nestes últimos vinte anos, nem quanto ao impacto ético da Reforma Psiquiátrica tanto em Minas Gerais quanto em todo o Brasil. Mas em um país tão marcado pelos contrastes, o paradoxo persiste. Tudo se encontra disponível – antidepressivos, antipsicóticos, técnicas diagnósticas de última geração e clínicas da mais alta sofisticação –, mas apenas uma minoria tem

acesso aos produtos de ponta da evolução tecnocientífica.

Em questões éticas não existem verdades absolutas. Talvez uma exceção possa ser a sugestão feita por Antoniazzi(9), em relação à odontologia. Em um país onde há um contraste tão violento entre a reivindicação de modernidade e o desconhecimento dos direitos da maioria, a exigência ética fundamental é a inclusão dos excluídos nos benefícios da ciência(9). Isto também se aplica à Psiquiatria.

Como brilhantemente colocado por Renato Janine Ribeiro, é chegado o momento de repensarmos a relação entre a ciência e a ética. É chegado o momento de uma ética que não mais cerceie a ciência, limitando os progressos, mas de uma ética que oriente a ciência na busca de um mundo melhor.

RESUME

Dilemas en Psiquiatria: ciencia, clínica y ética

En el momento actual, todas las profesiones se interrogan sobre sus éticas. En este contexto, el ejercicio de reflexión sobre los principios orientadores de nuestras prácticas adquiere toda la importancia. Nosotros, psiquiatras, estamos delante de una situación compleja, controvertida y, muchas veces, confusa. El principalismo, uno de los más divulgados modelos de análisis bioética, servirá de punto de partida para la discusión de algunas cuestiones éticas que atraviesan el día a día de los psiquiatras.

ABSTRACT

Dilemmas in Psychiatry: science, clinical and ethical

Dilemmas in psychiatry: science, clinical and ethical

At the moment, all professions are questioning themselves about their ethics. Within this context, the act of reflecting on the principles that guide our practices acquire great importance. We, psychiatrists, are confronted with a complex, controversial and, many times, confusing situation. Principlism, one of the most disseminated models of bioethical analysis, serves as a starting point for a discussion on some of the ethical issues that are come to light in the day-to-day practice of psychiatrists.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Backlar P. *Ethics in community care. Community Ment Health J* 1995;31:7-8.
2. Malherbe JF. *L'incertitude en éthique: perspectives cliniques. Montréal: Éditions Fides, 1996.*
3. Wittgstein L. *De la certitude. Paris: Gallimard, 1987. (Bibliothèque des idées)*
4. Deledalle G, Charles S. *Peirce: écrits sur le signe, rassemblés; traduits et commentés par G. Deledalle. Paris: Editions du Seuil, 1978.*
5. Geertz C. *Interpretation of cultures. New York: Basic Books, 1973.*
6. Douville O. *Dimension éthique, problèmes d'ontologiques. In: Revault C, d'Allones SRD, organisadores. Clinique et éthique. Paris: l'Harmattan, 1998:7-22.*
7. Roitman A. *Prefácio à edição brasileira. In: Badiou A. Ética: um ensaio sobre a consciência do mal. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995: 9-12.*
8. Moura Fé IA. *Doença mental e autonomia. Bioética* 1998;6:71-9.
9. Antoniazzi A, Pe. *Ética e ciência. Bioética* 1992;1:59-62.
10. Gillet G. *Virtue and truth in clinical science. J Med Philosophy* 1995;20:285-98.
11. Wulff HR. *The inherent paternalism in clinical practice. J Med Philosophy* 1995;20:299-311.
12. Almeida JLT, Schramm FR. *Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics and the rise of bioethics. Cadernos de Saúde Pública* 1999, 15:15-25.
13. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1994.*

14. Beauchamp TL. *The four principles approach*. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. Chicester: John Wiles and sons, 1994: 3-12.
15. Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
16. Fagundes S. *Aprovação da lei: mudança ética*. In: Goyatá FJR, Lauar H, coordenadores. *Lei Carlão em debate*. Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria, 1995: 22-3.
17. Uchôa E. *Desinstitucionalização: teoria e prática*. In: Goyatá FJR, Lauar H, coordenadores. *Lei Carlão em debate*. Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria, 1995: 26-32.
18. Christensen R. *Ethical issues in community mental health: cases and conflicts*. *Community Ment Health J* 1997: 33:5-9.
19. Redlich F, Mollica RF. *Overview: ethical issues in contemporary Psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1976,133: 125-36.
20. Appelbaum P. *Crazy in the streets*. In: Edwards RB, editor. *Ethics of Psychiatry*. New York: Prometheus Books, 1997: 537-48.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Av. Augusto de Lima, 1715
CEP: 30 190-002
Belo Horizonte/MG - Brasil*