

Doença Mental e Autonomia

Ivan de Araújo Moura Fé

Médico psiquiatra em Fortaleza-CE; ex-presidente do Conselho Federal de Medicina

A partir de uma reflexão sobre o significado da loucura, da perda da razão, é feita uma discussão sobre os limites da autonomia dos pacientes psiquiátricos. A seguir, é abordada a complexa questão do tratamento psiquiátrico involuntário. É enfatizado que o consentimento informado é fundamental na relação médico-paciente e deve crescer em importância no âmbito da psiquiatria, uma vez que se tornou inaceitável negar ao doente mental, a priori, o direito de tomar decisões acerca do próprio tratamento. É feita uma crítica ao modelo de atenção à saúde mental baseado na hegemonia do hospital. Em conclusão, é afirmado que a psiquiatria deve contribuir para o crescimento emocional e a superação das dificuldades de relacionamento interpessoal dos pacientes, e condenada sua utilização para cercear a liberdade ou restringir direitos.

UNITERMOS _ Autonomia, consentimento informado, doença mental, psiquiatria

1. Introdução

A Medicina centrada no princípio da beneficência está com os dias contados. A tradicional postura de passividade em que os pacientes não vêem motivos para quaisquer preocupações, convencidos de que o médico, como detentor do conhecimento, sabe o que é melhor para eles e se empenhará a fundo para proporcioná-lo vai cedendo lugar a uma atitude mais ativa, em que os pacientes reivindicam o direito de saber e de participar das decisões acerca dos procedimentos médicos a serem adotados. A assimetria característica da relação médico-paciente tende a ser reduzida com a ampliação das informações sobre assuntos de saúde. Hoje, já temos pacientes que chegam ao consultório médico munidos de recentes publicações médicas sobre sua doença, obtidas via Internet.

É claro que ainda existem muitas pessoas que preferem ser tratadas paternalisticamente, colocando nos médicos a responsabilidade integral por todas as medidas terapêuticas que serão adotadas, já que para elas o exercício da autonomia é mais uma fonte de frustração e de ansiedade que de satisfação

(1). É fato indiscutível, porém, que o paternalismo benévolo, que marcou a atuação médica desde os tempos hipocráticos, vem perdendo espaço, particularmente nas últimas três décadas.

Cada vez mais, as pessoas querem autodeterminar-se, decidirem sobre si mesmas, serem agentes do próprio destino. Estão aí as Testemunhas de Jeová, reivindicando o direito de recusar transfusões de sangue sob o respeitável argumento de que assim agem em atendimento a sólidas convicções religiosas, as quais pretendem seguir mesmo com o risco das próprias vidas. Por sua vez, com o progresso da tecnologia médica e dos recursos para prolongar a vida, constata-se, com uma frequência crescente, os casos de pacientes que, a certa altura da evolução do seu quadro clínico, insistem na prerrogativa de dispensar o arsenal terapêutico e, simplesmente, morrer da forma que consideram digna.

Já são feitas, igualmente, discussões sobre situações-limite nas quais os pacientes solicitam auxílio médico para morrer, quer caracterizando a eutanásia ou, mais recentemente, a figura do suicídio assistido. Intensifica-se, portanto, a cada dia, o campo para o exercício da autonomia, numa amplitude até pouco tempo atrás inimaginável.

É hora, porém, de indagarmos como estas questões estão sendo tratadas no âmbito da Psiquiatria, esse delicado campo do saber e da prática médica, onde, não raramente, se mesclam ciência e ideologia, conhecimento e preconceito, aspirações libertárias e medidas repressivas. Teriam os doentes mentais capacidade para exercer a autonomia em toda a sua plenitude? Ou há situações em que o transtorno psiquiátrico ocasiona sérios danos à capacidade de entender os fatos da realidade e de se guiar por esse entendimento? E, se ocorrem esses casos, existem critérios bem estabelecidos para defini-los? O prejuízo do entendimento, e conseqüentemente da capacidade de decisão, é permanente ou transitório? Dispõe o saber médico de recursos e métodos suficientemente precisos para identificar, na evolução do quadro clínico de um paciente, a passagem de uma condição para outra, ou seja, para detectar o momento em que se deu a reaquisição das aptidões para compreender e se autodeterminar? O comprometimento do juízo da realidade, transitório ou não, é condição capaz de justificar, do ponto de vista moral, a perda da autonomia?

Estas são algumas das interrogações que inquietam e desafiam os psiquiatras em sua atividade cotidiana, dando ensejo a situações de conflito nas quais é extremamente difícil encontrar a atitude correta, de forma que a ciência psiquiátrica não se contraponha ao respeito devido à pessoa humana. A análise mais aprofundada acerca dos

temas referidos, com o intuito de trazer maior clareza a respeito da matéria, podendo, eventualmente, aumentar as dúvidas existentes, deve, porém, ser precedida de uma reflexão sobre certos aspectos instigantes do tema ora em estudo. Precisamos voltar nossas vistas para a relação entre saúde mental e liberdade, saúde mental e cidadania, doença mental e direitos humanos; e nos debruçarmos com muita atenção sobre um movimento social extremamente vigoroso e renovador: a Reforma Psiquiátrica. No entanto, existe uma questão anterior: o que, definitivamente, significa a vivência da loucura?

2. O ser humano e a loucura

Uma rápida incursão por textos mitológicos, religiosos e literários pode mostrar-nos alguns aspectos da visão multifacetada do ser humano sobre a loucura. Na mitologia grega, encontramos o relato de que Hércules foi atacado de loucura pela deusa Hera e, no acesso, matou a esposa, Mégara, e os filhos. Voltando a si, dirigiu-se ao oráculo de Apolo, em Delfos, buscando meios de se purificar do crime cometido. O oráculo ordenou-lhe que ficasse a serviço de Euristeu, durante 12 anos, e nesse período o herói realizou os famosos "12 trabalhos de Hércules". Encontramos, aqui, a loucura sendo causada por deuses, levando a atos de violência que poderiam ser reparados (purificados) pelo trabalho.

Ainda na mitologia grega, vamos encontrar, na história de Ulisses, passagem em que o herói, querendo evitar ser convocado para a expedição da guerra de Tróia, simula um acesso de loucura, atrelando à charrua animais diferentes, um boi e um cavalo, e lavrando a areia da praia, onde semeava sal. A astúcia foi descoberta por alguém igualmente ladino, Palamedes, o qual colocou o filho pequeno de Ulisses, Telêmaco, no local por onde passaria o arado, forçando Ulisses a se desviar da criança e, com isso, revelar que estava são. Aqui, temos o entendimento de que é possível a simulação da loucura.

Na Bíblia, lemos no livro de Samuel a seguinte passagem: "Sempre que o espírito maligno da parte de Deus vinha sobre Saul, Davi tomava a harpa e a tocava. Então, Saul sentia alívio, e se achava melhor, e o espírito maligno se retirava dele" (Samuel 16:23). No caso, mais uma vez vemos possível sintomatologia psiquiátrica causada por ação sobrenatural e podendo ser aliviada pela música. Ainda no Velho Testamento, em Daniel 4:33, temos que o rei Nabucodonosor foi castigado com a loucura, expulso do convívio humano, e passou a comer grama como os bois, o que durou sete anos. Deparamo-nos, aqui, com um exemplo de exclusão social associada à loucura.

Sêneca, em *Da Superstição*, afirma: "Uma vez por ano, é permitido bancar o louco". Tal condescendência talvez encontre moderna analogia em nossos carnavais. Já Unamuno, em *Ensaio: Evolução Crítica*, pontifica: "Cada um tem o seu método, como cada um tem sua loucura; apenas estimamos cordato aquele cuja loucura coincide com a da maioria". Nos dois casos, estaríamos diante de formas de loucura consentida.

Erasmus de Roterdã, em seu notável *Elogio da Loucura* (1509), chega a afirmar ser a loucura o estado natural do homem. Diz que não há sábio, filósofo ou cientista que não tenha tido seu momento de loucura.

E para não nos estendermos em citações, faremos a oposição entre a atitude daquele que afirma que "o louco é o outro" e que trata de ampliar cada vez mais a distância entre ele e o louco. Nosso compositor, Caetano Veloso, foi extremamente percuciente ao afirmar em uma de suas canções: "De perto, ninguém é normal".

No cinema, temos no filme "M., o Vampiro de Düsseldorf", de Fritz Lang, a ilustração de uma situação extrema de aparente descontrole instintivo-impulsivo, em que o protagonista se vê cerceado em sua liberdade de agir, premido que está por forças interiores que fogem ao seu arbítrio. Na dramática cena do "julgamento" do infanticida, o acusado, ante a iminência de ser condenado à morte, protesta, desesperado, dizendo que as pessoas não têm o direito de julgá-lo, já que os demais cometem ilegalidades voluntariamente, por deliberação própria, enquanto que ele não tem escolha, é forçado a agir como age, não pode evitar de fazer o que faz. E arremata, em tom candente: "Quem sabe o que é ser como eu?"

Vimos, nos vários exemplos citados, como o ser humano tem procurado explicar e compreender a vivência tão estranha e freqüentemente tão amedrontadora da perda da razão, que, ao mesmo tempo que assusta, sempre despertou a curiosidade e o interesse das pessoas, no sentido da elucidação das suas causas, do seu significado. Naturalmente, ao longo da evolução do conhecimento humano, as explicações místico-mágicas das doenças em geral, e das doenças mentais em particular, foram dando lugar à compreensão técnico-científica, com o reconhecimento do papel desempenhado pelos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais na gênese e na evolução das doenças mentais. No entanto, é fato notório que remanescentes arcaicos da vinculação doença-culpa-pecado persistem ainda hoje e contribuem grandemente para a geração do estigma que marcou doenças como a lepra, a sífilis, a tuberculose _ e hoje atinge, particularmente, as doenças mentais.

Por outro lado, o modo peculiar como evoluiu o pensamento filosófico e científico, enfatizando a racionalidade como a característica básica do ser humano e tendendo a priorizar o raciocínio em detrimento às emoções, acarretou a

sedimentação de um marcado antagonismo entre a razão e a loucura, sendo esta sempre considerada como condição desviante e patológica. De todo modo, a ciência médica passou a tratar a loucura como doença. O passo seguinte foi considerar o hospital como o local adequado, o único local adequado para tratamento dos loucos (2).

A consequência imediata de tal concepção foi a adoção do tratamento psiquiátrico involuntário.

3. O tratamento psiquiátrico involuntário e consentimento informado

Uma das questões mais complexas e fascinantes da Psiquiatria diz respeito ao tratamento psiquiátrico involuntário, assim entendido aquele que ocorre sem o consentimento do paciente. Impõem-se, logo de início, as seguintes indagações: é eticamente admissível tratar um paciente contrariamente à sua vontade? Em que casos e sob que justificativas a atuação médica, nessas condições, seria moralmente aceitável? Considerando que, de modo geral, há concordância de que os tratamentos médicos devem ser instituídos de comum acordo com os pacientes, o que realmente acontece com as pessoas com transtorno mental que fundamentaria a inversão desta regra básica da Medicina? O que há de particular, específico, diferente no hoje chamado transtorno mental, que pode tornar necessário o tratamento, mesmo em oposição à vontade do paciente? Os pontos diferenciadores estariam relacionados com a natureza da doença mental em si mesma, com a forma pela qual os outros olham para o doente mental, ou com as duas coisas simultaneamente? A resposta a estas perguntas é parte da caminhada para uma melhor compreensão do tratamento psiquiátrico involuntário.

É possível que a tendência a considerar natural o tratamento dos doentes mentais à revelia de suas vontades ou opiniões tenha relação com duas concepções, ou melhor, dois preconceitos que foram sendo estabelecidos no que concerne a esses pacientes: sua periculosidade e incurabilidade. Não deixa de ser curioso o fato de que, no imaginário popular, a figura do louco esteja freqüentemente associada com a idéia de uma pessoa perigosa, imprevisível, capaz de praticar atos violentos, desatinos; enfim, alguém que a prudência aconselha evitar ou, sempre que possível, conter, de preferência através da reclusão a hospitais, asilos ou manicômios. O que se expressa no dito popular: "Lugar de louco é no asilo". Um exemplo interessante, envolvendo uma variante da associação entre loucura e periculosidade, é encontrado em *Hamlet*, de Shakespeare, na passagem em que o Rei Cláudio, preocupado com o comportamento estranho do Príncipe Hamlet, e talvez sob o acicate de sentimentos de culpa pelo fato de ter assassinado o pai deste, manda vigiá-lo cuidadosamente. Ao fazê-lo, preleciona: "A loucura dos poderosos não pode ficar sem vigilância". A assertiva poderia até ser útil, se sofresse correção e passasse a ter o seguinte desdobramento: os loucos poderosos não podem ficar sem vigilância, não por sua condição de loucos, mas pelo fato de serem poderosos. Ou, mais simplesmente, os poderosos não podem ficar sem vigilância; como aliás nos ensina a História, através de numerosos exemplos. Na verdade, se formos considerar os fatos de forma objetiva e isenta, vamos certamente constatar que os chamados insanos são muito mais vítimas que agentes de violência.

A outra idéia preconceituosa, sem qualquer base científica, gira em torno da suposta incurabilidade dos doentes mentais, assim verbalizada popularmente: "Uma vez louco, sempre louco". Tal fatalidade prognóstica não correspondia à verdade nem mesmo quando a Psiquiatria dispunha de bem menos conhecimento acerca dos transtornos mentais e de recursos terapêuticos de menor eficácia que atualmente. Dá-nos o ensejo, porém, de fazer algumas considerações sobre certos fatores que podem contribuir para a recuperação dos doentes mentais, e outros que, pelo contrário, dificultam o restabelecimento da saúde. Greenblat (3), referindo-se ao notável trabalho desenvolvido por Pínel, considerado o fundador da Psiquiatria moderna e o pai da primeira revolução psiquiátrica, aponta as tendências humanistas do chamado tratamento moral _ cuja ênfase era voltada para a amabilidade, a firmeza, a atenção às necessidades físicas e psicológicas, a relação humanitária entre os pacientes e as pessoas que cuidavam dele, o otimismo quanto às suas possibilidades de recuperação, a percepção de que, quando se tornava indispensável o uso da coação, esta poderia ser eficazmente utilizada sem violentar a dignidade das pessoas envolvidas. Pínel e seus seguidores perceberam que a aplicação desses princípios poderia freqüentemente ser a base da recuperação, ao mesmo tempo que seu descumprimento poderia exacerbar sintomas e colaborar para a cronificação do quadro clínico. É bom não esquecer que a Psiquiatria da época dispunha de recursos farmacológicos mínimos. Entretanto, apesar de não contar com as modernas medicações neurolépticas, antidepressivas e ansiolíticas de hoje, os defensores do tratamento moral conseguiram resultados terapêuticos formidáveis, como indicam dados citados pelo autor anteriormente referido, a respeito do Worcester State Hospital, em Massachussetts, onde, no período de 1833 a 1837, de 300 pacientes admitidos 70% foram considerados recuperados. Os anos seguintes, porém, mostraram uma redução do número de recuperações e aumento do número de admissões, o que é alvo da seguinte análise: à proporção que aumentava o número de pacientes a cuidar, sem o correspondente aumento do número de médicos e, portanto, com a conseqüente diminuição da atenção terapêutica dedicada a cada paciente individualmente, havia piora dos resultados terapêuticos. A queda nos índices de melhoria foi acompanhada da perda da esperança na recuperação, o pessimismo prognóstico, fazendo com que o tratamento moral perdesse o impacto inicial e houvesse uma renovação da importância dada a uma base orgânica para os transtornos mentais e simultânea diminuição da ênfase nos contatos pessoais e humanos, como fator relevante para a recuperação dos pacientes.

É impressionante a atualidade dos ensinamentos que podem ser tirados de tal experiência. Ainda hoje, com efeito, pode ser observado nos hospitais com características asilares que a falta de cuidado e de atenção médica e humana contribui decididamente para a cronificação dos pacientes, os quais mergulham cada vez mais em seu mundo autista, reduzindo enormemente suas possibilidades de reintegração familiar e social. Estudando as conseqüências deletérias da permanência prolongada dos pacientes em hospitais psiquiátricos, Moura Fé, em *Internação psiquiátrica e desospitalização* (trabalho ainda não publicado), identificou a formação de uma série de condicionamentos culturais próprios da vida manicomial, percebendo que "os pacientes vão aprendendo modos de viver e pensar que, com o tempo, vão se automatizando, de acordo com as capacidades adaptativas de cada um, mas, pelos condicionamentos impostos a todos, terminam por compor um conjunto mais ou menos uniforme de autômatos disciplinados e nunca de sujeitos sociais, com vontade e liberdade próprias; se isto dá uma aparência de tranqüilidade e ordem à vida hospitalar, imprime modos dificultadores da convivência social." Acrescenta que "o isolamento e o confinamento proporcionados pelos hospitais psiquiátricos desenvolvem um afrouxamento no comportamento social, tornando os pacientes despreocupados em certos costumes simples, como vestir-se, falar, assear-se e mesmo comunicar-se com o outro". Estas manifestações configuram, sem dúvida, passos largos no sentido da perda da autonomia e da condição de cidadãos.

Um outro aspecto que toca diretamente a questão do tratamento psiquiátrico involuntário refere-se ao uso freqüente da contenção física ou química para contornar crises de agitação em pacientes que vivem em insuportável clima de ociosidade e negligência assistencial nos pavilhões de certos hospitais. Na maioria das vezes, as medidas de contenção se tornariam desnecessárias se houvesse disponibilidade de pessoal adequadamente preparado para bem atender esses pacientes, lidando de forma apropriada com suas manifestações ansiosas, seus medos, suas fragilidades. A utilização da repressão física ou da camisa-de-força química para ocultar a escassez quantitativa ou qualitativa de pessoal da área da saúde, ou seja, para mascarar a falta de atenção à saúde dos pacientes, é um dos aspectos dramáticos e revoltantes dos asilos e que deve sempre ser denunciado.

Alguns autores têm procurado estabelecer critérios para o tratamento psiquiátrico involuntário, assunto que preocupa, também, os legisladores. Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (4), todos os estados norte-americanos autorizam a hospitalização compulsória, medida geralmente adotada quando os pacientes psiquiátricos representam um perigo para si mesmos (risco de suicídio) ou para outros (risco de homicídio), em tal grau que seja evidente a necessidade urgente de tratamento em uma instituição fechada. Acrescentam, ademais, que certos estados permitem a hospitalização compulsória se os pacientes forem incapazes de cuidar de si mesmos adequadamente. Tudo isto embasado na doutrina do *parens patriae*, pela qual o estado age, para os pacientes nas condições referidas, como substituto dos pais. Esses casos de hospitalização compulsória, contudo, devem ser periodicamente revistos por um conselho composto por psiquiatras, médicos não-psiquiatras, advogados e outros cidadãos sem vínculo com a instituição onde o paciente se encontra internado. Quando o paciente que está hospitalizado contra sua vontade acredita que deveria ser liberado, por entender que está sendo ilegalmente privado de sua liberdade, tem o direito de impetrar *habeas corpus*, o qual deve ser imediatamente analisado por um tribunal. Tabora (5) entende que para ser realizada uma internação psiquiátrica involuntária deve haver a presença de doença mental (exceto transtorno anti-social de personalidade) e, no mínimo, uma das seguintes condições: risco de auto-agressão; risco de hetero-agressão; risco de agressão à ordem pública; risco de exposição social; incapacidade grave de autocuidados.

No Brasil, vários estados têm aprovado legislação sobre a internação psiquiátrica involuntária. Um dos aspectos polêmicos dessas legislações é o dispositivo que prevê que a decisão médica de internar o paciente pode ser avaliada ou revista por junta interdisciplinar designada pelo Ministério Público. A proposição é uma novidade considerada imprópria por muitos médicos, os quais têm manifestado estranheza com o que consideram uma interferência indevida no exercício da Medicina. Ademais, tem sido alegado que a participação de profissionais não-médicos na supracitada junta poderia ensejar violação do segredo profissional pela interveniência de pessoas alheias à relação médico-paciente. O argumento merece ser avaliado cuidadosamente. A prática médica, consagrada em milênios de serviços prestados à humanidade, sempre se desenvolveu tendo no segredo médico um dos pilares éticos da relação médico-paciente. Quais seriam, portanto, as razões do legislador para propor o que parece ser uma ruptura deste princípio? Por que as internações psiquiátricas involuntárias precisariam ser submetidas a uma forma de "controle externo" que inexistia para as demais internações médicas?

A nosso ver, o fulcro da questão reside justamente no fato de que o paciente é internado contra a vontade, ou seja, há restrição de sua liberdade. É princípio basilar no direito pátrio que ninguém pode ser forçado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude da lei. Portanto, embora a decisão de internar alguém possa encontrar justificativa técnico-científica, a autoridade pública quer preservar o direito de recorrer ao parecer de outros técnicos para fundamentar seu juízo sobre a necessidade e a legalidade da internação.

No que tange à possível ameaça ao sigilo profissional, já houve pronunciamento do Conselho Federal de Medicina, através de parecer elaborado pelo Conselheiro Pimentel (6). Em seu pronunciamento, o nobre Conselheiro lembra que o sigilo profissional não é exclusivo da categoria médica, abrangendo também os outros profissionais de saúde, estando todos, ainda, sujeitos às normas éticas das respectivas profissões. Firma o entendimento de que os

membros da junta saberão dividir o trabalho de forma que cada um faça um juízo no seu respectivo campo de atuação, cabendo ao médico a realização do exame clínico do paciente e a análise do procedimento via prontuário médico. Por fim, afirma que "as internações psiquiátricas distanciam-se cada vez mais de atos meramente técnicos para constituírem-se em atos envolvidos pelas mais variadas pressões de origem social e familiar, justificando plenamente a revisão imposta pela lei".

Todas essas considerações nos levam ao convencimento de que é necessário ampliar a discussão e o estudo acerca do consentimento informado em Psiquiatria. Esta matéria que, em nosso meio, não tem sido objeto de pronunciamentos do meio jurídico, diferentemente do que ocorre em vários outros países, onde existem normas legais e jurisprudência firmada pelos tribunais. Fazendo uma revisão bibliográfica sobre o tema, Zaubler, Viederman e Fins (7) lembram que, historicamente, a doença mental tem sido considerada, por sua própria natureza, como uma condição que incapacita o indivíduo para tomar decisões válidas, autônomas. Tal enfoque passou a ser revisto apenas de 30 anos para cá. Esses autores ressaltam os aspectos legais, éticos e clínicos da matéria, referindo que, do ponto de vista legal, as cortes julgam que o consentimento informado é central na relação médico-paciente, mas permitem alguma flexibilidade na sua aplicação, dependendo das circunstâncias que envolvem cada caso. Abre-se exceção para as situações de emergência e para os casos de doença mental em que fique caracterizada a incompetência (incapacidade para tomar decisões), condições estas em que o tratamento poderá ser instituído mesmo contra a vontade do paciente. Por sua vez, há que se considerar o componente ético do consentimento informado, o qual se fundamenta no princípio da autonomia, ou seja, no direito do paciente à liberdade e à aceitação ou recusa de ações terapêuticas que considere invasivas ou indesejáveis. Já o enfoque clínico privilegia as manifestações psiquiátricas e o dever do médico de prestar assistência aos pacientes, com base no princípio da beneficência. Sinalizam os autores a necessidade de que sejam feitos estudos sobre padrões de avaliação da capacidade de tomar decisões, de forma que haja compatibilidade entre as exigências legais, os princípios éticos e a prática clínica, no tocante ao consentimento informado.

Meisel, Roth e Lidz (8) acentuam que a doutrina do consentimento informado deve ter um papel cada vez mais importante em Psiquiatria, passando a ser aplicada a pacientes psiquiátricos involuntários e reconhecendo, em muitos casos, o direito do paciente de recusar certos medicamentos, como, por exemplo, as medicações antipsicóticas. O que deve ocorrer, naturalmente, após o paciente ser devidamente informado sobre os benefícios, riscos e efeitos colaterais dos psicotrópicos, bem como sobre as possíveis conseqüências da sua não utilização. Roth, Meisel e Lidz (9) preocupam-se em estabelecer testes que possam aferir a competência do paciente para tomar decisões acerca do seu tratamento. E estes testes devem avaliar a racionalidade da escolha do paciente (de aceitar ou recusar o tratamento, ou certas formas de tratamento) e a real capacidade do paciente de compreender as informações relativas ao tratamento. É de particular relevância determinar se a decisão do paciente é racional, sensata, ou se está comprometida por sua doença. Um problema que não pode ser omitido e que, de certo modo, incomoda e constrange, é o fato de que, no final das contas, é o médico quem define se o paciente é competente ou não para decidir se o que ele faz deve ser considerado sensato, racional, ou não. A propósito, Abernethy (10) chama a atenção para a possibilidade de o paciente ser considerado incapaz de decidir simplesmente porque recusa o tratamento. Alerta para o fato de que o paciente pode ter uma atitude considerada inadequada em relação ao tratamento, não por ser incompetente para decidir, mas por mobilizar sentimentos de raiva e hostilidade em virtude de se sentir coagido a aceitar um tratamento com o qual não concorda. Tal situação pode, por sua vez, despertar hostilidade e contra-transferência do médico assistente, que podem influir negativamente na avaliação da competência do paciente.

Appelbaum e Grisso (11) afirmam que o paciente poderia ser considerado incompetente caso não apresente condições de comunicar se aceita ou recusa o tratamento. Exemplificam que pacientes com transtorno do pensamento, profunda ambivalência, severo comprometimento da memória ou níveis flutuantes da consciência podem ser considerados incompetentes, se tais alterações os levam a tomar decisões erráticas. Acrescentam, ainda, ser fundamental que os pacientes compreendam as informações acerca do tratamento, tais como os riscos e benefícios inerentes ao mesmo. Advertem que existem fatores circunstanciais, como a fadiga e o efeito dos medicamentos, que podem ocasionar flutuações transitórias do estado mental e levar a um falso resultado de incompetência, o que aponta para a conveniência de o paciente ser examinado várias vezes para que se tenha uma conclusão mais segura sobre seu nível de competência.

Lidz, Appelbaum e Meisel (12) alertam para o fato de que, muitas vezes, a obtenção do consentimento informado assume um caráter puramente burocrático, formal, pelo fato de que muitos médicos pensam que a discussão do assunto é prejudicial à relação médico-paciente. Defendem um modelo de consentimento informado como um processo em que o paciente participe, de forma ativa e contínua, das decisões acerca de todo o seu tratamento, de modo que o diálogo do médico com o paciente se torne uma parte rotineira do diagnóstico e do tratamento. Em outras palavras, que seja estabelecida uma parceria entre o médico e o paciente em que o médico não tente apenas corrigir erros do paciente, mas seja capaz de aceitar conclusões do paciente diferentes das suas e de compartilhar com ele os objetivos do tratamento. Ademais, propõem que as avaliações e decisões sejam revistas periodicamente, sempre que a mudança das circunstâncias assim o recomende. Mahler e Perry (13) asseveram que nem a psicose nem o internamento em hospital psiquiátrico tornam o paciente incompetente para tomar decisões

acerca do seu tratamento.

Como vimos, o tema do consentimento informado vem sendo bastante estudado, havendo a preocupação básica de estabelecer procedimentos que respeitem os direitos dos pacientes quanto à sua autonomia, mas que não descurem o dever de tratar as pessoas que necessitam claramente de cuidados médicos inadiáveis.

4. A reforma psiquiátrica

Firmada a importância da análise de todos os aspectos concernentes à relação médico-paciente, é imprescindível alargar a discussão, nela incluindo os direitos dos doentes mentais, como cidadãos e como usuários do sistema de saúde.

Uma profunda insatisfação com o modelo de atenção à saúde mental vigente em nosso país, centrado na predominância do hospital e considerado segregador, cronificador e estigmatizante, deu origem a movimentos de contestação que partem da crítica às concepções arcaicas sobre doença mental e propõem uma ampla reformulação do modo de lidar com os transtornos psiquiátricos. O reconhecimento da falência ética e científica do modelo hospitalocêntrico fez com que se tornasse imperativa a Reforma Psiquiátrica, que, para Bezerra Júnior (14), "trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônica no cenário psiquiátrico, mas sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura". Nessa perspectiva, é inaceitável a utilização da Psiquiatria como instrumento de segregação e controle social. Tal enfoque encontra-se em consonância com iniciativas internacionais voltadas para o respeito aos direitos e à cidadania dos doentes mentais. Assim é que em 17/12/91, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou os "Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", cujo texto foi adotado pelo Conselho Federal de Medicina (15) como o guia a ser seguido pelos médicos do Brasil. Este documento ressalta o direito de as pessoas com transtorno mental serem tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana, e afirma que *o tratamento de cada usuário (paciente) deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal* (grifo nosso). Ademais, contém o citado documento outras formulações da maior importância no campo da ética e do direito, firmando diretrizes a serem adotadas nos diversos países.

5. Conclusão

Henri Ey dizia que a doença mental é a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Infelizmente, constatamos com grande frequência que a doença mental também é acompanhada da perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade. É necessário que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes à liberdade. Tal necessidade se torna aguda nos casos de internações psiquiátricas involuntárias. Aqui, mais do que nunca, é preciso ter clareza que o doente é um cidadão, nunca um subcidadão; que o tratamento psiquiátrico visa contribuir para o crescimento emocional, a superação das dificuldades no relacionamento interpessoal, a ampliação da liberdade interior e da compreensão do ser-no-mundo. É inadmissível que a Psiquiatria seja utilizada para cercear a liberdade, restringir direitos, oprimir cidadãos. O respeito aos direitos fundamentais da cidadania, o estabelecimento rigoroso de critérios bem definidos para o tratamento involuntário, a disposição atenta de, logo que possível, reverter a situação do paciente em tratamento involuntário para a de paciente voluntário são diretrizes que devem nortear o trabalho do médico psiquiatra. Assim sendo, estará a Psiquiatria em harmonia com a ética e o humanismo.

Abstract _ *Mental Illness and Autonomy*

The limits of the psychiatric patients are discussed on the basis of a reflection on the meaning of madness and the loss of reason. Then, we deal with a complex question involving involuntary psychiatric treatment. It is emphasized that informed consent is fundamental in the doctor-patient relationship, and it tends to become more important in the area of psychiatry, since it is not acceptable to deny, *a priori*, the right of a mentally ill person to make decisions on his/her own treatment.

We also criticize the model of mental health care based on hospital hegemony. Finally, we state that psychiatry must contribute to enhance emotions and overcome difficult interpersonal relations among patients. Last but not least, the use of psychiatry for hindering liberty or restricting rights is condemned.

Referências Bibliográficas

1. Lara MC, Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. Bol Of Sanit Panam 1990;108:439-44.
2. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.
3. Greenblat M. Drogas, esquizofrenia y la tercera revolucion. In: Lipton MA, Di Mascio A, Killam KF.

Psicofarmacologia a los treinta años de progreso. La Habana: Edición Revolucionaria, 1982.

4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria social. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
5. Tabora JGV. Psiquiatria legal. In: Tabora JGV, Prado-Lima P, Busnello EDA. Rotinas em psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996: 280-96.
6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer CFM nº 25/94, aprovado em 15 de setembro de 1994. Analisa Parecer nº 11/94 do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul que, interpretando a Lei Estadual nº 9.716/93, do Estado do Rio Grande do Sul, que versa sobre reforma psiquiátrica, impede que uma junta interdisciplinar instituída pelo Ministério Público analise a necessidade e legalidade das internações psiquiátricas, alegando quebra de sigilo médico. Relator: Tarcisio de Almeida Pimentel.
7. Zaubler TS, Viederman M, Fins JJ. Ethical, legal and psychiatric issues in capacity, competency and informed consent: an annotated bibliography. Gen Hosp Psychiatry 1996;18:155-72.
8. Meisel A, Roth LH, Lidz CW. Toward a model of the legal doctrine of informed consent. Am J Psychiatry 1977;134:285-9.
9. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977;134: 279-84.
10. Abernethy V. Compassion, control and decisions about competency. Am J Psychiatry 1984;141:53-8.
11. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988;319: 1635-8.
12. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. Arch Intern Med 1988;148:1385-9.
13. Mahler J, Perry S. Assessing competency in the physi-cally ill: guidelines for psychiatric consultants. Hosp Community Psychiatry 1988;39:856-61.
14. Bezerra B Jr. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra B Jr, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
15. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.407, de 8 de junho de 1994. Adota os "Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil. In: Resoluções. Brasília: CFM, 1994. V.15: 90-105.

Endereço para correspondência:

*Rua Dom Rego de Medeiros, 2533
São Gerardo
60455-300 Fortaleza - CE*