

Bioética Principlialista e Internação Compulsória: Tensionamentos entre Autonomia e Vulnerabilidade¹
Principlialist Bioethics and Compulsory Hospitalization: Tensions between Autonomy and Vulnerability
Principlialista Bioética y Hospitalización Obligatoria: las Tensiones entre la Autonomia y la Vulnerabilidad

Fernando I. Paz²

Faculdade de Medicina do Planalto Central (FACIPLAC)

Érico F. V. Ibiapina

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Ariela M. V. Parente

Faculdade de Medicina do Planalto Central (FACIPLAC)

Ulysses R. de Castro

Universidade do Porto (U.PORTO)

Daniele O. F. da Silva

Faculdade de Medicina do Planalto Central (FACIPLAC)

Resumo

O presente artigo pretende analisar as tensões provocadas entre o princípio da autonomia proveniente da escola Bioética Principlialista e o conceito de vulnerabilidade a partir de públicas de saúde mental que asseguram o procedimento de internação psiquiátrica compulsória. Em seguida, enseja-se uma discussão sobre as implicações do conceito de autonomia proveniente da bioética principlialista sobre a lei 10.216, que regulamenta a internação compulsória como procedimento médico legalmente assegurado. Considera-se como central a articulação da Bioética, enquanto campo de saber, com a Reforma Psiquiátrica enquanto movimento político institucional que direciona práticas em saúde mental no Brasil. A problematização gira em torno do embasamento bioético para procedimentos médicos como a internação compulsória. Por fim, suscita-se uma discussão sobre o modo como o doente mental encontra-se vulnerável quando pensamos em seu papel social, como isso repercute na aplicação do princípio da autonomia e de que modo a legislação auxilia esse processo.

Palavras-chave: Autonomia; Vulnerabilidade; Doença mental; Reforma psiquiátrica; Bioética.

Abstract

This article aims to analyze tensions between the principle of autonomy from the principlialist Bioethics school and the concept of vulnerability present in the public mental health policies that ensure compulsory psychiatric hospitalization procedure. Then gives rise to a discussion on the implications of the concept of autonomy from the principlialist bioethics on the Law 10.216 that regulates the compulsory hospitalization and medical procedure legally secured. How central, it is considered the articulation of bioethics as a field of knowledge with the psychiatric reform as an institutional political movement that directs mental health practices in Brazil. The questioning revolves around the bioethical basis for medical procedures such as compulsory hospitalization. Finally, it rises by a discussion of how the mentally ill is vulnerable regarding we think of their social role, as it affects the application of the principle of autonomy and how the law helps this process.

Key-words: Autonomy; Vulnerability; Mental disease; Psychiatric reform; Bioethics.

Resumen

Este artículo pretende analizar las tensiones provocadas entre el principio de la autonomía oriundo de la escuela Bioética Principlialista y el concepto de vulnerabilidad presente en las

¹ Agradecemos ao laboratório de pesquisa em Bioética da Universidade do Porto pelo apoio e cooperação para realização da pesquisa.

² Faculdade de medicina - FACIPLAC, SIGA Área Especial para Indústria n. 02 Setor Leste, Brasília, DF, CEP 72460-000. E-mail: fernandoibiapinapaz@yahoo.com.br

políticas públicas de salud mental que aseguran el procedimiento de internación psiquiátrica obligatoria. En seguida, posibilita una discusión sobre las implicaciones del concepto de autonomía oriundo de la bioética principialista sobre la ley 10.216, que reglamenta la internación obligatoria como procedimiento médico legalmente asegurado. Se considera como central la articulación de la Bioética, mientras campo de saber, con la Reforma Psiquiátrica como un movimiento político institucional que direcciona prácticas en salud mental en Brasil. El cuestionamiento gira en torno del basamento bioético para procedimientos médicos como la hospitalización obligatoria. Por fin, se suscita una discusión sobre el modo como lo enfermo mental se encontra vulnerable cuando pensamos en su papel social, como eso repercute en la aplicación del principio de la autonomía y de que forma la legislación ayuda ese proceso.

Palabras clave: Autonomía; Vulnerabilidad; Enfermedad mental; Reforma psiquiátrica; Bioética.

Introdução

O objetivo do estudo é analisar as tensões provocadas entre o princípio da autonomia proveniente da escola Bioética Principialista e o conceito de vulnerabilidade presente nas políticas públicas de saúde mental que asseguram o procedimento de internação psiquiátrica compulsória. Para tanto, o estudo conta com o seguinte itinerário: (1) Contextualização da problemática de estudo com a literatura científica nacional com relação à Bioética Principialista e os fundamentos da Reforma Psiquiátrica; (2) Apresentação e análise de documentos legais que asseguram o procedimento de Internação Psiquiátrica Compulsória. (3) análise sobre as tensões entre o conceito de autonomia da Escola Bioética e a noção de vulnerabilidade presente nas políticas públicas de saúde mental;

O estudo foca sobre a Reforma Psiquiátrica como principal marco político institucional que promoveu a criação de dispositivos de legais como a Política Nacional de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe modificações não só paradigmáticas para o campo da Saúde, mas também firmou mudanças políticas. A desinstitucionalização do paciente psiquiátrico emerge como um dos seus principais pressupostos, em que modelos asilares e manicomiais devem ser substituídos por outros modelos de atenção à saúde mental que visem a autonomia e ressociali-

zação do paciente mentalmente adoecido. Nesse sentido, o estudo aborda a Reforma Psiquiátrica como movimento político que alicerça pressupostos acerca da saúde mental, principalmente no que se refere à proteção da vulnerabilidade do paciente psiquiátrico a partir da Política Nacional de Saúde Mental.

Não obstante, a articulação da noção de vulnerabilidade com o princípio de autonomia da escola Bioética principialista cria uma zona de tensionamento, na medida em que a proteção da vulnerabilidade do paciente psiquiátrico a partir do procedimento de internação psiquiátrica compulsória impede o exercício de sua autonomia como poder de escolha.

Nesse processo analítico, documentos como a Lei Federal 10.216 (Brasil, 2001) e a Portaria GM n. 2.391 (Brasil, 2002) foram analisados como dispositivos legais que regulamentam o procedimento de internação psiquiátrica compulsória. Como recurso metodológico para situar a problemática de pesquisa, o estudo primeiramente aborda os fundamentos da Escola Bioética Principialista, como embasamento ético sobre a prática de profissionais de saúde, e aborda os princípios da Reforma Psiquiátrica, como principal evento histórico que permitiu a emergência de dispositivos legais como a Lei 10.216 (Brasil, 2001). Em um segundo momento, o artigo apresenta a noção de autonomia com foco na escola Bioética Principialista e a noção de proteção de vulnerabilidade considerada

pela Política Nacional de Saúde Mental. Por fim, a discussão sugere o estudo sobre outras problemáticas suscitadas a partir do presente tensionamento.

Bioética e Reforma Psiquiátrica

A Bioética é um campo de conhecimento que, segundo Junges e Zoboli (2012), “afirmou-se como ética aplicada e fórum de discussão pluralista e transdisciplinar, empenhado na inclusão de questões ambientais e problemáticas sociais de saúde” (p. 1050). Nessa perspectiva, a Bioética ou ética biomédica, diferentemente de uma mera operacionalização para tomadas de decisões éticas acerca de práticas biomédicas, embasa princípios como fundamento para ação de profissionais de saúde.

Para Dejeanne (2011), “a bioética desenvolve-se como um **novo** campo disciplinar impulsionada na perspectiva de Beauchamp e Childress e caracteriza-se como ética aplicada” (p. 37). Não meramente, o estudo (Dejeanne, 2011) considera que a Ética tradicional assentada em princípios muito abstratos, torna-se, portanto, difícil a aplicabilidade de princípios éticos ligados à conduta dos profissionais de saúde. Ademais, Junges e Zoboli (2012) também consideram que a Bioética distingue-se da ética filosófica tradicional e diferencia-se da mera ampliação da ética médica situando-se epistemologicamente como um campo de conhecimento e de ética aplicada a problemáticas sociais.

A aplicação da Bioética na prática clínica é predominantemente influenciada pela vertente principialista de Beauchamp e Childress (2002), a qual propõe quatro princípios fundadores da prática ética profissional, são eles: o princípio da autonomia, não maleficência, Beneficência e Justiça. Dentre os princípios que a Bioética principialista propõe, o presente estudo focalizará sobre a aplicabilidade do princípio de

autonomia em procedimentos de internação psiquiátrica compulsória.

Beauchamp e Childress (2002) afirmam que, na perspectiva principialista, o princípio da autonomia deve condizer somente a “um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção” (p. 141). Os autores da escola Principialista empregam a conceituação de autonomia mais especificamente para analisar e nortear decisões clínicas no que se refere ao cuidado da saúde. Não obstante, estudos justificam a necessidade da problematização dos princípios Bioéticos no que se refere à sua aplicabilidade em políticas públicas de saúde mental, com ênfase principalmente na conceituação de autonomia da população de pacientes com transtornos psiquiátricos (Braz & Schramm, 2011; Figueredo, 2011; Motta, Vidal, & Batista, 2012; Coêlho, Costa, & Lima, 2013; Fulgêncio, 2013; Albuquerque, 2013).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil marca a emergência de políticas públicas de saúde mental, o que propõe principalmente o abandono do modelo manicomial de tratamento de pacientes psiquiátricos passando a emergir outros dispositivos políticos que visam à autonomia do paciente. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica configura-se no Brasil como movimento contra hegemônico com o escopo de reformular, em nível teórico e prático, antigas concepções baseadas em modelos biomédicos no atendimento à Saúde. Os autores Costa, Alves, Silva e Saraceno (2011) resumizam características específicas sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil:

As marcas específicas da reforma psiquiátrica brasileira são, assim, bastante relevantes: 1) a crítica ao asilo não visou o seu aperfeiçoamento ou humanização, mas interrogou os pressupostos da psiquiatria e condenou as estratégias de normatização

e controle; 2) o questionamento da assistência psiquiátrica interpelou o modelo assistencial centrado no hospital e propôs o desenvolvimento de serviços com base no território; 3) a cooperação federativa possibilitou a constituição de uma rede de atenção psicossocial sob a gestão descentralizada municipal (Costa et al. 2011, p. 4576).

Para Fortes (2010), por reforma psiquiátrica entende-se “um processo social e complexo, denominado de desinstitucionalização, que consiste em uma estratégia teórico-prática de desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença” (p. 324).

De acordo com a Política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004), “a Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, na comunidade, e os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são os dispositivos estratégicos desse movimento” (p. 25). A Reforma Psiquiátrica inaugura o intenso movimento de desospitalização do paciente psiquiátrico, por meio de programas de saúde como os CAPS. Dessa forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial no qual a redução dos leitos hospitalares possa ser acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção com foco no modelo comunitário.

Afirma Pitta (2011) que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil “foi importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde com pretensões de acessibilidade universal, reorientação da Saúde Mental no Brasil e a aprovação da sua Lei Federal 10.216/2001” (p. 4585). A Política Nacional de Saúde Mental, Lei 10.216/2001, tem como uma das suas principais diretrizes a re-

estruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos concatenada com a construção e expansão progressiva de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade, com base estratégica nos CAPS, ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho.

Com a implementação da estratégia prevista no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, a planificação da redução dos leitos psiquiátricos se dá em concatenação com a constituição de estratégias e programas na saúde pública pautadas em um modelo oposto ao hospitalocêntrico. Paralelamente à substituição do modelo manicomial para programas de Saúde mental com foco na comunidade, de acordo com Pitta (2011), “expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, solidificando um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país” (p. 4580).

A postura reflexiva do profissional de saúde mental requer, portanto, que os ideais da Reforma Psiquiátrica sejam constantemente postos em prática e, senão, problematizadores de práticas atuais no campo da saúde pública.

Legislação e Internação Psiquiátrica Compulsória

A internação psiquiátrica compulsória foi normatizada pela lei Federal 10.216 (Brasil, 2001), que regulamenta essa medida como alternativa aos antigos manicômios e constituindo um novo mecanismo assistencial focado no modelo de atenção comunitária. De acordo

com Brasil (2005), “a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (p. 08).

Os acometidos por doenças mentais tiveram a sua autonomia resguardada pelo o direito ao respeito de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, porém a Lei 10.216 não apresenta quais as possibilidades de acesso à saúde mental no Sistema Único de Saúde. O dispositivo legal somente diz respeito à recuperação do paciente pela inserção social, mas não dispõe especificamente sobre a reinserção social. Como afirma a Política Nacional de Saúde Mental:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental. II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (Brasil, 2001, p. 01)

Assim como consta na Lei Federal 10.216 (Brasil, 2001), “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (p. 02) (princípio da beneficência). Não obstante, no parágrafo primeiro do artigo quarto da Lei 10.216 (Brasil, 2001) consta que, “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (p. 02) (princípio da não maleficência). Esta Lei estabelece que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Ainda de acordo com a Lei Federal 10.216 (Brasil, 2001, p. 04), são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento

do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. No caso de internação compulsória o laudo médico atestando a condição psiquiátrica do paciente legitima a prática jurídica e é circunstanciado a partir da análise clínica sobre as condições de vulnerabilidade do paciente psiquiátrico.

Seguindo o fluxograma acerca da internação psiquiátrica compulsória, proposto por Barros e Pádua (2009), pode-se esboçar um caminho de decisão, via psiquiatria clínica, percorrido desde a entrada do paciente até sua internação. De acordo com Barros e Pádua (2009), a primeira decisão do médico psiquiatra depende do seu julgamento sobre o discernimento do paciente. Caso o psiquiatra julgue que o paciente não possa responder por si, sua família é quem responde sobre sua internação. Se o pedido de internação for compulsório, os familiares não poderão intervir na decisão, cabendo somente ao psiquiatra responder por tal conduta. Porém, em todas as instâncias de decisão, o psiquiatra avalia a variável ‘risco’ antes da internação propriamente dita.

Não obstante, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 2.391 (Brasil, 2002), prevê quatro modalidades de internação: internação psiquiátrica voluntária (IPV), mediante consentimento livre e esclarecido; internação psiquiátrica involuntária (IPI), mediante comunicação ao Ministério Público e a Comissão Revisora das Internações em até 72 horas; internação psiquiátrica voluntária, que se torna involuntária (IPVI) quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação, mediante comunicação ao MP (Ministério Público), em até 72 horas a partir de sua involuntariedade e internação psiquiátrica compulsória (IPC), mediante ordem judicial.

Os acometidos de doença mental encontram-se vulneráveis de duas formas: a primeira no que diz respeito à sua saúde; e a segunda pelo estigma social que carregam, ou seja, uma construção sociocultural. É fato que o uso de drogas e doenças de cunho mental retiram do indivíduo – se não toda, em parte – a sua faculdade de se autodeterminar, porém a vulnerabilidade gerada por questões socioculturais não deveriam alienar o direito de autodeterminação do paciente psiquiátrico.

A autonomia nesse contexto fica prejudicada, já que não há respeito às necessidades desse indivíduo. A Reforma Psiquiátrica, como vimos anteriormente, prescreve que é um direito do portador de transtorno mental um tratamento que vise beneficiar a sua saúde e que seja feito com humanidade e respeito resultando na sua inserção na sociedade.

Para algumas moléstias já existem formas de tratamento que visam resguardar a autonomia do doente, por exemplo, nos Estados Unidos existe a lei aprovada pelo Congresso, em 1991, chamada de *The Patient Self-Determination Act* (PSDA), que, nas palavras de Clotet (1993), “reconhece o direito das pessoas à tomada de decisões referentes ao cuidado da saúde, incluídos direitos de aceitação e recusa do tratamento, ao registro por escrito, das mesmas opções, prevendo uma eventual futura incapacidade para o livre exercício da própria vontade” (p. 2).

A lei PSDA reconhece o direito do paciente no que se refere à tomada de decisões acerca dos cuidados da saúde, assegurando, portanto, o direito de aceitação e de recusa do tratamento. Esse dispositivo legal é uma forma de efetivar as Diretrizes Antecipadas (DA), que podem ser operacionalizadas, segundo Clotet (1993), a partir da “manifestação explícita da própria vontade; o poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde; a de-

cisão ou ordem antecipada para o cuidado médico” (p. 3). A aplicação do PSDA no tratamento psiquiátrico, segundo Hoge (1994), legitima a promoção da autonomia do paciente no que se refere às decisões acerca do cuidado em saúde mental.

Hoje a bioética usa esse recurso para proteger a autonomia dos pacientes de maneira semelhante como é feita nos casos em que estes não são capazes de exercê-la por meio do consentimento informado. Especificamente, se usam as diretrizes antecipadas, nela a autonomia do paciente fica protegida enquanto ainda existe. Basicamente, ela pode ser aplicada de acordo com as seguintes formas: a manifestação explícita da própria vontade, que possui um caráter marcadamente subjetivo; a definição de poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde, em que o critério é de juízo substitutivo; e a diretriz antecipada para o cuidado médico, com o critério de maior benefício ou de melhor interesse, conforme Délio J. Kipper (citado por Möller, 2012).

Em nenhum momento, a referida Lei 10.216 (Brasil, 2001) legitima instrumentos que auxiliem e assegurem a escolha autônoma do paciente no que se refere ao cuidado em saúde. A lei 10.216 (Brasil, 2001) somente normatiza o laudo médico circunstanciado como instrumento que legitima o procedimento de internação compulsória. Nesse sentido, a proteção de uma vulnerabilidade como justificativa para a internação, compromete, por outro lado, a autonomia do paciente enquanto capaz de escolha.

O Princípio da Autonomia

O vocábulo autonomia, de acordo com Coêlho, Costa e Lima (2013), é oriundo do grego *autos* (próprio, si mesmo) e *nomos* (lei, norma, regra), ou seja, é a capacidade de fazer coisas por vontade própria, de tomar decisões sem inter-

ferências exteriores. Apesar de o termo possuir outras rubricas como a política, quando pensamos na autonomia de Estados e instituições, nos fixaremos no aspecto semântico que está ligado ao eu.

Mantendo-nos então na esfera filosófica, iniciamos a investigação conceitual com Immanuel Kant (1724-1804). Em 1785, o filósofo escreve a obra *Fundamentos da Metafísica dos Costumes*, na qual encontramos o conceito de imperativo categórico. Esse prescreve que o ser humano só possui de fato autonomia quando age desprovido de qualquer instinto ou inclinação e que isso acontece pelo uso da razão (Kant, 2003). Se há instinto, meus atos têm uma finalidade egoística, logo, as pessoas a minha volta passam a ser meios para os meus fins, ou seja, são reificadas por minha vontade.

Kant (2003) formula o imperativo categórico com a seguinte proposição: "Age como se a máxima de tua ação devesse tornar-se, por tua vontade, lei universal da natureza" (p. 52). A universalização da máxima da minha vontade, isto é, se o que me faz agir – o meu motivo – é algo universal; é, então, permitido ao outro também agir sob a mesma prerrogativa. Para o filósofo alemão, a ação submete-se a um dever moral e, a partir daí, é autônoma.

Outra base teórica também importante para a ideia de autonomia é encontrada no pensamento de John Stuart Mill (1806-1883). Na obra *A liberdade*, Mill (2000) rejeita qualquer forma de controle social em favor das liberdades individuais. Em outras palavras, o teórico inglês acredita que, se não há prejuízo para o outro, eu sou livre para agir, ainda que isso desrespeite uma convenção social, o que leva às máximas do seu pensamento:

Primeiro, o indivíduo não é responsável perante a sociedade por suas ações, enquanto estas não afetarem os interesses de nenhum outro além

dele mesmo. Conselhos, instruções, persuasão e isolamento, caso os outros julguem necessário recorrer a este último meio para o seu próprio bem, são as únicas medidas pelas quais a sociedade pode com justiça exprimir seu desagrado ou desaprovção quanto à conduta do indivíduo. Segundo, o indivíduo é responsável pelas ações prejudiciais aos interesses de outros, sujeitando-se então quer à punição social, quer à legal, se a sociedade julgar que uma ou outra seja necessária à sua proteção. (Mill, 2000, p. 143-144)

Os autores Beauchamp e Childress (2002) mencionam na obra *Princípios de ética biomédica*, o pensamento de Kant e John Stuart Mill como "dois filósofos que influenciaram as interpretações contemporâneas do respeito à autonomia" (p. 143). Mais especificamente, Beauchamp e Childress (2002) enfocam a ação autônoma como capacidade de escolha que expressa "a ação autônoma em termos dos agentes normais que agem (1) intencionalmente, (2) com entendimento e (3) sem influências controladas que determinam sua ação" (p. 140). Ademais, os autores afirmam que a ação autônoma pode ter graus diferenciados dependendo (1) das condições de entendimento (2) e da ausência de influências controladas – como é o caso de crianças e idosos.

O Código de Nuremberg (1949), o Relatório Belmont (1974) e as Declarações Helsinki (World Medical Association, 1997) discutiram, por exemplo, a questão da idade para que houvesse o exercício da autonomia via o consentimento informado com ou sem necessidade de representação legal; além disso, a consciência plena também foi foco de debate quando entravam reflexões a respeito de doentes mentais, além de crianças.

Ainda neste contexto, o Relatório de Belmont (1974) introduz a autonomia de forma bastante peculiar. Ele a apresenta

como o Princípio básico do Respeito às Pessoas. No referido relatório, existem duas exigências morais, a primeira é a de reconhecer a autonomia, e a segunda, de proteger os que tenham esta diminuída. Ainda, segundo o Relatório (1974), “respeitar a autonomia significa dar valor às opiniões e escolhas das pessoas autônomas ao mesmo tempo em que se evita obstruir as suas ações, a menos que essas sejam claramente em detrimento dos outros” (p. 03). No ano de 1914, uma sentença judicial emitida pelo juiz norte-americano Benjamim Cardozo estabeleceu que: “Todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo”. O caso em questão ficou conhecido como Caso Schloendorff e foi motivado pela extração de um tumor que não havia sido autorizada pela paciente. O ditame legal, apesar de possuir uma fundamentação, mais jurídica do que deontológica e utilitarista – como a dos pensadores já citados – traz em seu bojo uma reflexão que se daria ao longo de todo o século XX.

Como José Roberto Goldin (2004) conclui no texto *Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia*:

O Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. Dessa perspectiva, que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para esse princípio. (Goldin, 2004, p. 1)

Desse modo, vimos que a autonomia revela-se ampla e diversificada ligando-se, hoje, não apenas a uma questão deontológica, ou daquilo que é bom – seja

para mim ou para o outro – ou jurídica, mas englobando-as e assumindo uma nova esfera, que é a do respeito. Não somente diria que entra na dimensão do respeito, mas na dimensão da alteridade; da relação com o outro enquanto espaço de construção subjetiva de si.

Ficou explícito que, na medida em que necessidades sociais se impunham, o conceito de autonomia se renovava adquirindo assim uma abrangência maior. E, recentemente, esse princípio da autonomia proveniente do campo da bioética ficou marcadamente ligado à noção de respeito na esfera do direito comum. Portanto, no âmbito biomédico e legal, a aplicabilidade ética do princípio da autonomia nos casos de internação psiquiátrica compulsória, levando em consideração o “grau substancial de entendimento e de liberdade de coerção” (Beauchamp & Childress, 2002, p. 141), tensiona o dispositivo da Lei 10.216 que objetiva a proteção da vulnerabilidade do paciente psiquiátrico.

Vulnerabilidade

Na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (Unesco, 2005) consta que “Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana”. Mas do que se trata exatamente o termo ‘vulnerabilidade’ empregado na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos? “A bioética tem-se debruçado sobre as questões envolvidas com a vulnerabilidade e a possibilidade de exploração de populações consideradas suscetíveis, seja por motivos socioeconômicos ou culturais, seja por problemas de saúde física ou mental” (Braz & Schramm, 2011, p. 2036).

Diante da problemática, elucida-se que a vulnerabilidade deve ser diferenciada de outras duas condições: a

suscetibilidade e a vulneração. Autores como Arán e Peixoto Júnior (2007), Kottow (2003, 2005) e Schramm (2001) têm-se questionado sobre os contornos que o conceito de vulnerabilidade toma em relação aos conceitos de vulneração e suscetibilidade. Afirmam Arán e Peixoto Júnior (2007) que “é imprescindível para a bioética contemporânea distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva vulneração” (p. 850). Não obstante, ainda pontuam os autores que “o debate sobre a vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração torna-se o centro nevrálgico da reflexão bioética contemporânea” (Arán e Peixoto Júnior, 2007, p. 851).

Afirma Schramm (2001) - no artigo *Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos* - “morrem porque são vivos, porque como sistemas irreversíveis são ‘programados’ biologicamente para morrer e, talvez, devam morrer para que outros seres da mesma espécie possam vir a ser” (p. 17). O ciclo biológico da vida engloba, basicamente, três fases: nascer, crescer e morrer. Sabemos que tudo aquilo que é vivo fatalmente morre, e o homem não escapa a essa sina. Nesse sentido, aponta Schramm (2001) que a vulnerabilidade se afirma a partir das situações de finitude que experienciamos durante a vida. Por exemplo, a percepção do transcurso temporal que observamos quando completamos alguns ciclos como dia, semana, ano; ou fases como a infância, a adolescência, vida adulta e velhice; Os estados de incapacidade (permanente ou temporária) causados por doenças; hereditariedade de certas moléstias; o contemplar da morte do outros.

Em estudo, Kottow (2005) pontua que “a vulnerabilidade é um atributo antropológico que é comum a todo ser humano” (p. 38). Assim, todos estão vulneráveis às contingências que o próprio fato de estar vivo impõe. Por sua vez, a

suscetibilidade, afirma Kottow (2005), é a “característica de um dano instalado em certos grupos sociais e indivíduos” (p. 40). Neste sentido, o uso do termo vulnerabilidade como característica de todo grupo social, acaba por sucumbir e ocultar as assimetrias com os grupos sociais e indivíduos suscetíveis. Essa situação de assimetria nos faz pensar sobre a ideia de igualdade e direitos humanos no mundo contemporâneo, ensejando uma discussão sobre a autonomia desses grupos equalizados no conceito de vulnerabilidade.

O uso indiscriminado do termo vulnerabilidade para caracterizar determinado coletivo humano - as mulheres em certas sociedades patriarcais, por exemplo - faz parecer que estamos nos referindo a pessoas que, além da vulnerabilidade essencial de todos, são de certo modo incapazes ou desprovidas, e cuja assimetria com os ílesos é ocultada pelo qualificativo universal de vulneráveis. (Kottow, 2005, p. 38)

Mais especificamente, afirmam Arán e Peixoto Júnior (2007) que o termo *vulneração* caracteriza grupos que se tornam incapazes por consequências “sociais” e “políticas”. O grupo vulnerado é justamente aquele que se torna vulnerável por contingências sociais, ou seja, por pertencer a determinado grupo social que é tido como suscetível dentro de um contexto neoliberal.

Nessa perspectiva, a população de pacientes psiquiátricos faz parte de um grupo vulnerado, e o princípio de autonomia como ‘grau de ação autônoma livre de influências controladas’ tensiona a “proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2001, p. 01). A condição de vulnerável entra em tensão com o princípio da autonomia quando essa condição retira a possibilidade de uma escolha autônoma. A Lei 10.216 (Brasil, 2001) e a portaria

2.391 (Brasil, 2002) não regularizam mecanismos que possam garantir uma escolha autônoma do paciente, tampouco abordam quais as condições de vulnerabilidade que retiram a capacidade de uma escolha autônoma. Nesse sentido, questiona-se: em que medida a condição de vulnerabilidade pode influir sobre o exercício de escolha autônoma?

Considerações Finais

Em todo o texto, observamos vários teóricos conceituando a autonomia e seu exercício, bem como suas implicações jurídicas e sociais. Dessa forma, abordamos alguns dilemas morais no que se refere à vulnerabilidade e à doença mental e suas implicações na regulamentação legal pertinente. Atualmente vivemos grandes desafios com relação à aplicabilidade da Bioética principialista manifestada a partir do princípio de autonomia em tensão com a condição de vulnerabilidade psíquica do paciente. Considerando as atividades éticas permissíveis, isso requer que prestemos considerações a outros princípios, em que o procedimento médico leve em consideração sua autonomia assegurando-lhe o menor prejuízo possível. A complexidade que envolve a concepção de Saúde Mental e que se coloca como desafio na constituição e implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica tem sido temática relevante no âmbito da Psicologia e Psiquiatria. Nesse sentido, a implementação constante dos ideais da Reforma Psiquiátrica também remete a uma proposta de reforma ligada a ética e aos Direitos Humanos.

Aborda-se ainda como potencial problemática o fato de que a lei traz em seu texto, de forma detalhada, os tipos de intervenção hospitalar, sendo que a reinserção social somente aparece como um recurso extra-hospitalar sem outra especificação. A lei descreve os mecanismos de atenção hospitalar para o tratamento

psiquiátrico tangenciando irrisoriamente os mecanismos de acesso e tratamento extra-hospitalar, que são os principais recursos para reinserção social do paciente psiquiátrico.

Após o levantamento e discussões suscitadas em torno da problemática, espera-se a revisão do conceito de autonomia proveniente da Bioética no qual se embasam atuais procedimentos médicos de internação compulsória da população de indivíduos mentalmente doentes. Não obstante, espera-se que o presente estudo torne-se uma abertura para repensar a conceituação de autonomia e vulnerabilidade dessa população.

Consequentemente, também se demanda formação para profissionais em saúde mental de acordo com os moldes propostos na Reforma Psiquiátrica. O levantamento da problemática evidenciada no presente artigo torna-se muito pertinente em vista da demanda atual dos serviços de Saúde Mental e consoante a implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, pergunta-se: até que ponto a internação compulsória torna-se prática efetiva com relação à aderência do paciente ao tratamento, ao respeito de sua autonomia e à sua reinserção social? Até que ponto as políticas públicas estão articuladas para oferecer maior autonomia às pessoas, e não somente para resguardar socialmente suas vulnerabilidades?

Referências

- Albuquerque, A. (2013). Esterilização compulsória de pessoa com deficiência intelectual: Análise sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana e do respeito à autonomia do paciente. *Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* - 7(1), 18-26.
- Arán, M., & Peixoto Júnior, C. A. (2007). Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Rev. Saúde Pública*, 41(5), 849-57.

- Barros, D. M., & Pádua, A. P. (2009). Parâmetros legais para Internação Involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 175-7.
- Beauchamp, T. L., & Childress, F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola.
- Brasil. (2001). *Lei n. 10.216*, de 6 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União [DOU].
- Brasil. (2002). *Portaria GM n. 2.391*, de 26 de dezembro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União [DOU].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.
- Braz, M., & Schramm, F. M. (2011). Bioética e pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2035-2044.
- Clotet, J. (1993). Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: Um estudo da the Patient Self-Determination Act. *Revista Bioética*, 1(2), 1-7. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311
- Coelho, A. F. V. C. M., Costa, A. K. G., & Lima, M. G. (2013). Da ética principialista para a bioética de intervenção: Sua utilização na área da saúde. *Tempus - Actas Saúde Coletiva*, 7(4), 239-253.
- Costa, N. R., Alves, D. S. N., Silva, P. R. F., & Saraceno, B. (2011). Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4576.
- Dejeanne, S. (2011). Os fundamentos da bioética e a teoria principialista. *Thaumazein*, IV(7), 32-45.
- Figueiredo, A. M. (2011). Bioética clínica e sua prática. *Rev. Bioét (Impr.)*, 19(2), 343-58.
- Fortes, H. M. (2010). O tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(Supl. 2), S321-S324 S330.
- Fulgêncio, A. C. (2013). *A bioética de intervenção e a justiça social* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Bioética, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília).
- Goldin, J. R. (2004). Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia. *Bioética*. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>
- Hoge, S. (1994). The Patient Self-Determination Act and Psychiatric Care. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 22(4), 577-586.
- Junges, J. R., & Zoboli, E. L. C. P. (2012). Bioética e saúde coletiva: Convergências epistemológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):1049-1060.
- Kant, I. (2003). *Fundamentação da Metafísica dos costumes e outros escritos*. (L. Holzbach, Trad.). São Paulo: Martin Claret.
- Kottow, M. H. (2003). The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 17(5), 460-471.
- Kottow M. (2005). Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In F. R. Scramm, S. Rego, M. Braz & M. Palácios (Orgs.), *Bioética: Riscos e proteção* (pp. 29-44). Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ.
- Möller, L. L. (2012). *Direito à morte com dignidade e autonomia: O direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade*. Curitiba, PR: Juruá.

- Mill, J. S. (2000). *A liberdade - Utilitarismo* (E. Ostrensky, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1859).
- Motta, L. C. S., Vidal, S. V., & Batista, R. S. (2012) Bioética: Afinal, o que é isto? *Rev Bras Clin Med.*, 10(5), 431-9.
- Nuremberg Code. (1949). Trials of war criminal before the Nuremberg military tribunals. *Control Council Law*, 10, 181-182.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Schramm, F. R. (2001). Morte e finitude em nossa sociedade: Implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 17-20. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opiniaao.pdf
- The Belmont Report. (1974). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. National commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health & Human Services, Washington, DC.
- Unesco. (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Paris: Unesco.
- World Medical Association. (1997). Declaration of Helsinki: Recommendation guiding physicians in biomedical research involving humans subjects. *JAMA*, 277, 925-926.

Recebido: 03/09/2015
Última revisão: 20/05/2016
Aceite final: 01/06/2016

Sobre os autores:

Fernando Ibiapina Paz - Faculdade de Medicina do Planalto Central, Brasília, DF. E-mail: fernandoibiapinapaz@yahoo.com.br

Érico Francisco Vieira Ibiapina - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.

Ariela Mauller Vieira Parente - Faculdade de Medicina do Planalto Central, Brasília, DF.

Ulysses Rodrigues de Castro - Universidade do Porto, Portugal.

Daniele Oliveira Ferreira da Silva - Universidade do Porto, Portugal.