

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA**

**AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA: CONSIDERAÇÕES  
BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA PROPOSTO POR PELLEGRINO E  
THOMASMA**

**CURITIBA**

**2020**

**CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA**

**AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA: CONSIDERAÇÕES  
BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA PROPOSTO POR PELLEGRINO E  
THOMASMA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Bioética. Linha de Pesquisa: Bioética, Humanização e Cuidados Paliativos da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Anor Sganzerla

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Daiane Priscila Simão-Silva

**CURITIBA**

**2020**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Edilene de Oliveira dos Santos – CRB – 9/1136

Siqueira, Cassandra Medeiros  
S618a Autonomia e tomada de decisão em psiquiatria: considerações baseadas no  
2020 modelo da beneficência proposto por Pellegrino e Thomasma / Cassandra  
Medeiros Siqueira; orientador, Anor Sganzerla; coorientadora, Daiane Priscila  
Simão-Silva. -- 2020  
95 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2020  
Bibliografia: f. 83-87

1. Bioética. 2. Ética médica. 3. Médico e paciente. 4. Psiquiatria. 5.  
Deliberações. 6. Humanização dos serviços de saúde. I. Sganzerla, Anor.  
II. Simão, Daiane Priscila. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 09/2020  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às nove horas e trinta minutos do dia 17 de agosto do ano de dois mil e vinte, na sala on line <https://zoom.us/j/96906156325?pwd=RHd2VDpMc0RlRTZkbnRlUXZlMjMxYzZkOQ> realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação Autonomia e tomada de decisão em psiquiatria: considerações baseadas no modelo da beneficência proposto por Pellegrino e Thomasma apresentada pela aluna Cassandra Medeiros Siqueira sob orientação do Professor Doutor Anor Sganzerla como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Anor Sganzerla  
Presidente (PUCPR)

Professor Doutor José Eduardo de Siqueira  
Membro interno (PUCPR)

Prof. Dr. Marco Antônio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Membro externo (UFPR)

Início: 09:30 Término 11:25

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado. (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Cassandra Medeiros Siqueira

Professor Doutor Mario Antonio Sanches

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

A cada ser humano que, buscando alívio para seu sofrimento mental, confiou sua singularidade e sua saúde aos meus cuidados.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Aos meus pais, Fátima e Nelson, pela vida, pelos valores ensinados através do exemplo, por todo amor e apoio. Minha gratidão pelas infinitas contribuições para minha formação profissional e para que este projeto se realizasse.

Ao meu companheiro, Junior, por verdadeira presença em tantas aventuras da vida, por seu carinho de cada dia, por acreditar em mim e me compreender. Este trabalho é marcado pelo estímulo do seu amor.

Aos meus irmãos, Cassiano e Carina, pelo afeto e luz de cada um, por me ensinarem a conviver e ser melhor.

Aos meus sobrinhos, Tomás, Sofia e Joaquim, pelo encantamento e pela ternura que trazem à nossa família e por me permitirem reviver a leveza e a energia criativa da infância a cada encontro.

Aos meus sogros, Ivelize e Osvaldo, pela acolhida e alegria de sempre.

A todos representantes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela oportunidade de realização do mestrado.

À minha primeira orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Daiane Priscila Simão-Silva, cuja preciosa ajuda permitiu a construção de um projeto de tamanho significado pessoal. Minha eterna gratidão pela oportunidade de caminhar ao seu lado, por seu acolhimento, paciência, estímulo e tanto aprendizado técnico e humanístico.

Ao orientador Prof. Dr. Anor Sganzerla, pela receptividade e dedicação ao projeto, por sua serenidade, seus ensinamentos e pelos maravilhosos encontros carregados de filosofia, me permitindo experimentar legítima bioética.

Ao Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira, pelos conhecimentos transmitidos em aulas tão ricas que, ao mesmo tempo, me instigavam e encantavam. Agradeço imensamente seu auxílio na apreciação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Bessa, meu reconhecimento e gratidão por sua disponibilidade e pelas qualificadas contribuições para a lapidação desta produção.

Ao Prof. Dr. Ivo Pereira de Queiroz, professor e amigo, para mim exemplo de consciência, bondade e humildade, por me instigar a mergulhar mais fundo nos mares da interdisciplinaridade. Por seu incentivo e conforto. Suas palavras de encorajamento estarão para sempre comigo.

Ao Prof. Dr. Mario Sanches, por me amparar em meus primeiros passos no mestrado.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Fischer, pela oportunidade do estágio em docência, pela convivência e aprendizado.

A todos os demais professores do programa pelos conhecimentos transmitidos e importantes lições para minha atuação profissional e meu viver.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, representada pela querida Sandra Maria Lopes, por todo suporte.

Aos colegas de mestrado, que também fizeram parte de todo o processo, pelos momentos de amizade e troca.

Com todo carinho, agradecimento e estima à Daniela Macedo, minha psicóloga, por guiar com competência e sensibilidade meu processo de busca e encontro do sentido de quem sou.

“Precisamos do outro para encontrar a verdade. Só alcançamos a verdade do nosso pensamento quando incansavelmente nos esforçamos por pensar colocando-nos no lugar de qualquer outro. É preciso conhecer o que é possível ao homem. Se tentamos pensar seriamente aquilo que outrem pensou aumentamos as possibilidades da nossa própria verdade, mesmo que nos recusemos a esse outro pensamento. Só ousando integrar-nos totalmente nele o podemos conhecer. O mais remoto e estranho, o mais excessivo e excepcional, mesmo o aberrativo, incitam-nos a não passar ao largo da verdade por omissão de algo de original, por cegueira ou por lapso”.

Karl Jaspers

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Coord.	Coordenação
DSM-5	Quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
ed.	Edição
Ed.	Editor
f.	Folha
p.	Página
p.ex.	Por exemplo
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
trad.	Tradutor

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. AUTONOMIA E RECUSA AO TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (CAPÍTULO DE LIVRO) .....</b>	<b>17</b>
INTRODUÇÃO .....	17
1.1. AUTONOMIA E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE MENTAL EM PSQUIATRIA 19	
1.2. PSQUIATRIA MODERNA, DELIBERAÇÃO E AUTONOMIA RELACIONAL 27	
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS .....	31
<b>2. TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: CONSIDERAÇÕES BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA PROPOSTO POR PELLEGRINO E THOMASMA (ARTIGO 1).....</b>	<b>34</b>
INTRODUÇÃO .....	35
2.1. A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA E OS MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE .....	36
2.2. AS LIMITAÇÕES DO PATERNALISMO E DA AUTONOMIA.....	40
2.3. O MODELO DA BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA .....	43
2.3.1. CARACTERÍSTICAS DO MODELO DA BENEFICÊNCIA.....	44
2.3.2. UMA TEORIA ÉTICA BASEADA NA VIRTUDE .....	46
2.3.3. O BEM DO PACIENTE .....	49
2.4. A BENEFICÊNCIA MÉDICA E O PACIENTE COM CAPACIDADE COMPROMETIDA.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS .....	57
<b>3. ESTUDO DE CASO ÉTICO-CLÍNICO: RECUSA À INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA E TOMADA DE DECISÃO COMPATÍVEL COM O MODELO DA BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA (ARTIGO 2).....</b>	<b>60</b>
INTRODUÇÃO .....	61
3.1. MÉTODO .....	62

3.2.	APRESENTAÇÃO DO CASO.....	63
3.3.	DISCUSSÃO.....	66
3.3.1.	Esclarecimento dos fatos do caso .....	71
3.3.2.	Identificação dos problemas éticos.....	71
3.3.3.	Identificação dos valores em conflito e do problema ético fundamental .....	72
3.3.4.	Identificação dos cursos de ação possíveis.....	73
3.3.5.	Deliberação sobre o curso de ação ótimo.....	73
3.3.6.	Tomada de decisão .....	75
3.3.7.	Justificativa ou raciocínio final .....	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
	REFERÊNCIAS .....	78
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXO 1 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR.....</b>	<b>92</b>

## RESUMO

Nos cuidados da saúde, o respeito à autonomia é visto como a atenção ao direito de escolha do paciente, quer esta pareça ou não ser adequada ao bem-estar dele. O reconhecimento histórico desse direito pelas sociedades liberais não representa o abandono da necessidade de promoção do bem do paciente por parte dos profissionais de saúde. Em psiquiatria, a tomada de decisão é permeada por particularidades que, frequentemente, geram dúvidas. É possível respeitar a autonomia e, simultaneamente, garantir o bem do paciente na assistência de indivíduos com doenças mentais e capacidade comprometida? O objetivo geral da presente dissertação foi analisar a tomada de decisão em situações em que há conflito de valores entre o médico e o paciente no tratamento psiquiátrico. Especificamente, procurou-se (i) discutir os diferentes conceitos de autonomia no tratamento de pessoas com transtornos mentais, (ii) descrever o modelo de beneficência na proposta de Pellegrino e Thomasma e (iii) avaliar a tomada de decisão em situações de recusa ao tratamento psiquiátrico, a partir da perspectiva da beneficência baseada na confiança. Esta foi uma pesquisa descritiva, bibliográfica e de campo, de abordagem qualitativa. Foram elaborados um capítulo de livro e dois artigos para esclarecer essas questões. O capítulo de livro intitulado “Autonomia e recusa ao tratamento psiquiátrico” investiga o tema da autonomia nos transtornos mentais e o direito de negação ao tratamento, apresentando o modelo deliberativo de relação médico-paciente e seu papel na construção de uma autonomia entendida como relacional. Nos outros dois artigos, intitulados “Tomada de decisão clínica baseada no modelo da beneficência” e “Estudo de caso ético-clínico: recusa à internação psiquiátrica e tomada de decisão compatível com o modelo da beneficência baseada na confiança”, o modelo proposto por Pellegrino e Thomasma foi exposto e discutiu-se o caso de um paciente que recusou a indicação médica de internação hospitalar, fundamentando-se nesse referencial teórico. A hipótese verificada foi a de que o modelo da beneficência, ao aprimorar os componentes que fazem parte da complexa noção de bem do paciente, evita a ênfase exagerada na autonomia e os erros do paternalismo tradicional. A proposta fornece elementos para que se possa realizar um cuidado psiquiátrico alicerçado na confiança, compatível com os valores individuais do paciente e alinhado com o bem-estar e o objetivo da medicina.

**Palavras-chave:** Relação Médico-Paciente. Deliberação. Humanização da Assistência. Ética Médica.

## ABSTRACT

In healthcare, respect for autonomy is seen as attention to the patient's right to choose, no matter if his choice seems to be adequate to his welfare or not. The historical acknowledgement of such a right by liberal societies does not mean the abandonment of the need for health professionals to promote the patient's good. In psychiatry, decision-making is permeated by particularities which often raise doubts. Is it possible to respect autonomy and, at the same time, guarantee the good of the patient while taking care of individuals with mental disorder and impaired capacity? The general objective of this dissertation was to analyze decision-making in situations in which there is a conflict of values between the physician and the patient in psychiatric treatment. Specifically, it sought (i) to discuss the different concepts of autonomy in the treatment of people with mental disorders, (ii) to describe the beneficence model proposed by Pellegrino and Thomasma and (iii) to evaluate decision-making in situations of refusal to accept psychiatric treatment from the perspective of beneficence in trust. It was a descriptive, bibliographic and field research, carried out with a qualitative approach. A book chapter and two articles were prepared to clarify these issues. The book chapter entitled "Autonomy and refusal of psychiatric treatment" investigates the theme of autonomy in mental disorders and the right to refuse treatment, presenting the deliberative model of the physician-patient relationship and its role in the construction of autonomy understood as relational. In the other two articles entitled "Clinical decision-making based on the beneficence model" and "Ethical-clinical case study: refusal of psychiatric hospitalization and decision-making compatible with beneficence in trust model", the model proposed by Pellegrino and Thomasma was exposed and the case of a patient who refused the medical indication for hospitalization was discussed on the grounds of that theoretical framework. It was verified the hypothesis that the beneficence model, by improving the components which are part of the complex notion of the patient's good, avoids the exaggerated emphasis on autonomy and the errors of traditional paternalism. This proposal provides elements for psychiatric care to be based on trust, compatible with the individual values of the patient and aligned with his welfare and the purpose of medicine.

**Keywords:** Physician-Patient Relationship. Deliberations. Humanization of Care. Medical Ethics.

## INTRODUÇÃO

A psiquiatria é uma especialidade médica que se ocupa do estudo e tratamento do adoecimento da mente humana. O exercício psiquiátrico é permeado por escolhas complexas e repercussões individuais e coletivas importantes. Com frequência, estas decisões são tomadas em situações de sofrimento e crise (BANZATO; DANTAS, 2012).

À ética cabe a tentativa de compreensão dos conflitos que abrangem as relações entre os indivíduos. A ética médica refere-se à investigação das condutas aceitáveis na prática médica (UGARTE; ACIOLY, 2014). Não existe uma ética específica relativa à psiquiatria, ou mesmo à medicina em geral. No entanto, a ética se apresenta de modo peculiar em cada campo do conhecimento e da sociedade, apercebendo-se de problemas específicos de cada área (LOPES, 2001). A ética, como estudo da moralidade presente em uma determinada cultura, permite o pensamento reflexivo acerca da qualidade das ações humanas, sendo fundamental para a vida e o bom convívio entre os indivíduos.

A prática psiquiátrica dominante em certo momento parte de modelos teóricos e está profundamente ligada aos valores presentes no contexto histórico da época. Deste modo, cabe ressaltar as diversas críticas que foram apresentadas, no último século, baseadas na longa história de exclusão social de pessoas com comportamentos considerados estranhos ou inadequados, que, mais recentemente, passaram a ser confinadas, sob controle médico, em instituições, por vezes, ligadas a regimes políticos autoritários. Para Foucault (1972), o surgimento da psiquiatria esteve relacionado a movimentos de higiene pública, como uma forma de controle social dentro de uma ordem moral, na qual pessoas julgadas como loucas seriam mantidas à margem da sociedade, através da força.<sup>1</sup>

A noção de direitos humanos ganhou reconhecimento a partir do fim da segunda grande guerra do século XX, fundamentada na ideia de que precisam ser promovidos os direitos básicos, inerentes e inalienáveis a todos seres humanos. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, elaborada pelas Nações Unidas, em

---

<sup>1</sup> Recomenda-se a leitura da obra *História da loucura na idade clássica*, de Michel Foucault, primeira publicação francesa em 1961.

1948, anunciou direitos e liberdades individuais a serem protegidos, garantindo o valor fundamental e a dignidade da pessoa humana (MÖLLER, 2007).

Foi posterior a isso o surgimento da bioética, estudo interdisciplinar com o objetivo de aproximar a ética das ciências da vida. O termo *bioética* foi cunhado por Potter em 1970, e no ano seguinte publicado sua obra *Bioética: ponte para o futuro*, estabelecendo uma área de debate sobre as condições da vida humana em meio a problemas antigos e aos avanços da tecnociência nas sociedades modernas.

Na atualidade, a promoção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental tem sido considerada prioridade por agências de saúde pública, em âmbito mundial. A alta prevalência e o ônus relacionado às doenças mentais nas sociedades contemporâneas estão relacionados à preocupação crescente com essa temática (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Ainda assim, o estigma social persistente da doença mental e da atividade psiquiátrica interfere negativamente no cuidado oferecido, na recuperação e viabilização de vida digna para estes indivíduos.

Espera-se atualmente que, os modelos de atenção à saúde mental sejam estabelecidos com base no conhecimento científico vigente e nos princípios éticos essenciais, de modo a proteger a dignidade humana (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Beauchamp e Childress (2011), no consagrado livro *Princípios de Ética Biomédica*, primeira edição publicada em 1979, estabeleceram os princípios morais que deveriam ser aplicados nos diferentes problemas práticos encontrados na assistência médica: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Em sentido amplo, o termo não maleficência quer dizer prevenir danos ou prejuízos. Beneficência, de etimologia latina *beneficentia*, significa ação de fazer o bem. A palavra autonomia deriva do grego *autonomía*, que quer dizer autogoverno, autolegislação. Justiça, também em sentido abrangente, requer distribuição de recursos de forma justa.

No que diz respeito à autonomia, há ainda, na atualidade, grande dificuldade em relação a conceitualização. Quando entendida como direito a autodeterminação, a autonomia se refere a liberdade de uma pessoa para agir sobre os resultados de suas reflexões, uma ideia que tem origem nas teorias iluministas e foi reafirmada pelos movimentos dos direitos humanos (RADOILSKA, 2012). Isto pressupõe que o indivíduo tenha capacidade para ações intencionais e se encontre livre para se

comportar conforme sua vontade, sem qualquer forma de restrição imposta por outros (UGARTE; ACIOLY, 2014).

O debate bioético sobre autonomia abordará diferentes compreensões acerca da natureza da capacidade de autodeterminação do indivíduo que precisa ser protegida em termos de não interferência. Em síntese, ideias discordantes ressaltam que a definição de autonomia como autodeterminação e princípio absoluto estabelece um ideal enganoso de livre-arbítrio que exclui os outros (RADOILSKA, 2012).

A ideia de autonomia como autodeterminação ganhou importância nas relações clínicas nas últimas décadas. Nos cuidados da saúde, o respeito à autonomia é visto, desta forma, como a atenção ao direito de escolha do paciente, quer esta pareça ou não ser adequada ao bem-estar dele. No entanto, questões de autonomia pessoal surgem repetidamente na prática da psiquiatria clínica atual. Afinal, sob quais condições os indivíduos não são capazes de tomar decisões em relação a seu tratamento e suas próprias vidas?

Tomar decisão é, de modo geral, eleger uma ação entre várias outras, através de um processo intelectual que avalia as probabilidades de resultados, na busca por aqueles mais favoráveis (SILVA G., 2013). Se um paciente escolhe a opção de maior risco, é justificável admitir que sua competência não é completa (GRACIA, 2007). Com efeito, é geralmente aceito que a doença mental interfere adversamente no funcionamento mental normal e no exercício efetivo da capacidade de autogoverno e liberdade de ação, comprometendo a autonomia do indivíduo a partir de fatores internos (BOLTON, BANNER, 2012). Este fato é um desafio para a teoria da autonomia como autodeterminação e direito humano básico.

No âmbito da prática clínica, a tomada de decisão é o processo em que o médico, através do domínio de conhecimentos e experiências, escolhe uma ação que visa o melhor resultado ao paciente. Quando as definições dos participantes das decisões, médico e paciente com diagnóstico de transtorno mental, sobre o desejável em relação aos tratamentos estão em conflito, há dificuldade em determinar o que seria o bem pretendido a este paciente.

As discussões acerca da autonomia pessoal e decisória no campo da saúde mental tornaram-se premente na atualidade. Faz-se necessário uma compreensão aprofundada e abrangente acerca dos significados possíveis de autonomia e das particularidades do processo da tomada de decisão no contexto do atendimento

médico em psiquiatria. Diferentes compreensões de autonomia e abordagens alternativas para o processo decisório são capazes de clarear os pontos de desacordo que emergem na assistência e enriquecer o debate.

De acordo com Pellegrino e Thomasma (2018), em situações críticas do cuidado em saúde, há maior necessidade da beneficência. Segundo os autores (2018, p.191), “se a capacidade do paciente para a escolha consciente é realmente prejudicada, deve ser julgada e devem ser tomadas as medidas adequadas para proteger seus interesses”. A capacidade de escolha e os componentes que envolvem o bem do paciente devem ser examinados com cuidado, para que a decisão clínica seja capaz de melhorar a situação e a qualidade de vida desta pessoa.

O modelo da beneficência auxilia na apreciação das situações de capacidade comprometida, diminuindo as incertezas e ambiguidades, e norteia a tomada de decisões, através de orientações para ações que, em última instância, protejam as dimensões do bem do paciente.

Se um paciente psiquiátrico recusa o tratamento, são necessários critérios para definir quando é justificável e necessário negar o direito dele de renúncia. Nesta perspectiva, a problemática que se apresenta se refere ao seguinte questionamento: como garantir o bem do paciente na assistência de indivíduos com doenças mentais?

A hipótese levantada é que o modelo de beneficência defendido por Pellegrino e Thomasma, ao aprimorar os componentes que fazem parte da complexa noção de bem do paciente, sem se limitar à autonomia e evitando os erros do paternalismo médico tradicional que anulava a participação da pessoa adoecida nas decisões, fornece elementos para que se possa realizar um cuidado psiquiátrico adequado e coerente com os valores individuais do paciente.

O objetivo geral deste trabalho é analisar a tomada de decisão em situações em que há conflito de valores entre o médico e o paciente no tratamento psiquiátrico. De modo específico, pretende-se discutir diferentes conceitos de autonomia no tratamento de pessoas com transtornos mentais; descrever o modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma; e avaliar a tomada de decisão em situações de recusa ao tratamento psiquiátrico a partir do modelo de beneficência.

O trabalho foi organizado em três seções, sendo um capítulo de livro e dois artigos. O primeiro capítulo, que se intitulou “Autonomia e recusa ao tratamento

psiquiátrico”, traz um levantamento bibliográfico que investiga o tema da autonomia nos transtornos mentais e o direito de negação ao tratamento, bem como apresenta o modelo deliberativo de relação médico-paciente e sua vantagem para a construção de uma autonomia que vai além da autodeterminação e que pode ser entendida como relacional.

Na segunda parte da pesquisa, o artigo intitulado “Tomada de decisão clínica baseada no modelo da beneficência proposto por Pellegrino e Thomasma” traz uma análise crítica que explora de forma ampla as bases do modelo proposto por Pellegrino e Thomasma e discute a aplicabilidade deste referencial no tratamento de pacientes com capacidade reduzida.

O último artigo, nomeado “Estudo de caso ético-clínico: recusa à internação psiquiátrica e tomada de decisão compatível com o modelo da beneficência baseada na confiança”, relata o caso de um paciente que recusou a indicação médica de internação hospitalar e avalia o processo de tomada de decisão com base na proposta deliberativa de Diego Gracia (2001), propondo-se a debater sobre uma deliberação que esteja de acordo com as características do modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma.

O presente estudo poderá contribuir para auxiliar psiquiatras e outros profissionais da área de saúde mental a construir uma relação médico-paciente baseada na confiança e no vínculo, tomar decisão e resolver situações rotineiras ou complexas que envolvam conflitos éticos. Considerações que serão capazes de enriquecer as discussões de um tema desafiador, pertinente na área da psiquiatria e da bioética clínica e ainda explorado de modo insuficiente na literatura.

## 1. AUTONOMIA E RECUSA AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO<sup>2</sup> (CAPÍTULO DE LIVRO)

### INTRODUÇÃO

Ética em psiquiatria é assunto de grande heterogeneidade e controvérsia. É um campo do conhecimento que envolve diversas áreas, como medicina, neurociências, psicologia, filosofia e direito (GLANNON, 2019). Decisões éticas tomadas no contexto clínico são de grande complexidade e precisam considerar os fatos, conhecimentos objetivos da realidade, bem como os aspectos valorativos envolvidos (ZOBOLI, 2016). Tendo em vista a pluralidade de valores do médico, paciente e sociedade, podem surgir conflitos no cuidado, por exemplo, sobre questões como confidencialidade, consentimento informado, hospitalização involuntária, direito ao tratamento e a recusar tratamento, deveres com terceiros, entre outros (ZABOW, 2004).

As particularidades da relação entre o médico e o paciente, a vulnerabilidade deste último, portador de transtornos mentais, submetido a tratamentos que afetam os processos psíquicos e o poder legalmente autorizado dos psiquiatras para utilizar abordagens involuntárias são aspectos que tornam a tomada de decisão ética extremamente difícil no campo da psiquiatria (ROBERTS; HOOP; DUNN, 2012).

Mudanças profundas ocorreram nas últimas décadas na forma de assistência em saúde e o foco da tomada de decisão passou do médico para o paciente. O paternalismo tradicional, orientado na concepção de que o médico, por conhecimento maior ou virtude, poderia decidir pelo paciente, foi questionado por violar a humanidade e a liberdade da pessoa e a autonomia alcançou prioridade nas relações clínicas (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Há ainda, na atualidade, grande dificuldade em relação a conceitualização da autonomia. Quando entendida como direito a autodeterminação, a autonomia se refere a liberdade de uma pessoa para agir sobre os resultados de suas reflexões, uma ideia que tem origem nas teorias iluministas e foi reafirmada pelos movimentos dos direitos humanos (RADOILSKA, 2012). O debate bioético sobre autonomia

---

<sup>2</sup> Este primeiro texto faz parte do livro *Saúde mental no contexto da bioética*, organizado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daiane Priscila Simão-Silva, ainda em fase de publicação.

abordará diferentes compreensões acerca da natureza da capacidade de autodeterminação do indivíduo que precisa ser protegida em termos de não interferência.

Se atitudes paternalistas e assimétricas do profissional de saúde são criticáveis, a completa transferência da responsabilidade da decisão para o paciente, sem informar e compartilhar soluções possíveis, também pode ser uma posição avaliada eticamente como limitada (SIQUEIRA, 2014). É possível considerar que o modelo da autonomia como princípio absoluto não leva em conta adequadamente o impacto da doença na capacidade da pessoa adoecida para realizar a autonomia e estabelece um ideal enganoso de livre-arbítrio que exclui os outros (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018; RADOILSKA, 2012).

Os efeitos incapacitantes da doença mental podem influenciar a capacidade de escolha do indivíduo para o tratamento. No contexto da psiquiatria, mais que em outras áreas da medicina, a tensão entre respeitar a autonomia do paciente e protegê-lo se mantém marcante. Em quadros psiquiátricos com intenção de suicídio, negligência pessoal grave e nas dependências químicas, por exemplo, os pacientes podem insistir que sua autonomia seja respeitada pelos outros. No entanto, questiona-se: eles estão realmente decidindo o que é bom para si? É possível e comum argumentar que suas percepções e habilidades cognitivas estão distorcidas e, portanto, não se encontram competentes para tomar decisões. Questionam Pellegrino e Thomsma (2018, p.52): “será que somos livres para negar o bem do corpo – nosso ou dos outros – em consideração ao direito de rejeitar tratamento”.

Muitas pessoas que tentam suicídio, apresentam comportamentos autodestrutivos ou colocam em risco terceiros, são tratadas mesmo contra suas vontades. No entanto, a experiência de ser controlado é capaz de diminuir o engajamento no tratamento e as chances de um resultado favorável quando o paciente não percebe que um determinado tratamento será útil e recebe intervenções de modo involuntário (BRITTON; WILLIAMS; CONNER, 2008; UGARTE; ACIOLY, 2014).

Quando de fato o paciente deve ser considerado não autônomo o suficiente para não ser concedido o direito de renúncia ao tratamento? Ter um diagnóstico psiquiátrico e apresentar sintomas graves significa que a pessoa perde totalmente sua capacidade de tomar decisões? Esse prejuízo é permanente ou transitório? Se nestas condições não somos livres por completo e alguém deve decidir por nós,

como esse cuidado deve ser feito? Pessoas com transtornos mentais graves podem recuperar sua autonomia? Se sim, como um profissional de saúde pode ajudar o paciente a tomar suas próprias decisões? Como prestar um cuidado que visa restituir a autonomia do ser humano numa era marcada por avanços tecnocientíficos e pressões legais e socioeconômicas? Muitas perguntas são difíceis de responder.

Estamos diante de questões que envolvem diferentes valores morais. Para Gracia (2010, p.102), “em uma sociedade liberal os desentendimentos devem ser resolvidos mediante deliberação”. A deliberação é um método de estudo dos problemas de difícil solução voltado para a tomada de decisões razoáveis e prudentes (GRACIA, 2010). Deliberar inclui conhecer fatos e valores, discutir alternativas através de diálogo, alcançando um entendimento conjunto que respeite ao máximo os valores em conflito. Deliberar em psiquiatria tem suas complexidades próprias. Seria uma tarefa possível nesta especialidade?

O presente capítulo espera refletir sobre direito à autodeterminação das pessoas com transtornos mentais e sua competência para tomar decisões e recusar tratamentos. Ademais, almeja-se apontar alguns outros desafios enfrentados pela psiquiatria moderna e argumentar a respeito de uma autonomia relacional construída através da deliberação em benefício da boa prática médica. Trata-se de um campo de discussão amplo e de grande importância global.

### 1.1. AUTONOMIA E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE MENTAL EM PSIQUIATRIA

O termo autonomia deriva do grego – *auto* + *nomía* – “direito de reger-se segundo leis próprias”, “autodeterminação” ou “autolegislação”. O princípio da autonomia de Beauchamp e Childress tem sua origem no *Relatório Belmont* (1978), documento norte-americano que visou identificar os princípios éticos básicos que deveriam nortear as pesquisas com seres humanos. Beauchamp e Childress, na obra *Princípios de Ética Biomédica*, aplicaram os princípios apresentados naquele relatório – autonomia, beneficência e justiça – para o campo da prática clínica assistencial, acrescentando a não maleficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Tais princípios declarados estavam enraizados em teorias morais reconhecidas na cultura ocidental, ao exemplo da teoria kantiana. Para Kant (1724 – 1804), a autonomia era o poder de si sobre si, que é exercido a partir da mediação

de uma lei que a razão impõe a si mesmo. Ações manipuladas, forçadas por terceiros e aquelas não motivadas por princípios morais racionais, mas por outras influências como impulso, medo, interesses próprios ou hábito, foram classificadas por Kant como heteronômicas, não autônomas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Os direitos do ser humano à privacidade, ao autodomínio, à definição de seus próprios valores e projetos de vida e à liberdade para agir em conclusão às suas reflexões são fundamentos do modelo de tomada de decisão baseada na autonomia (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

A maioria dos teóricos contemporâneos concordaria que o respeito à autonomia na saúde deve implicar no direito do paciente de rejeitar tratamentos, mesmo aqueles que os profissionais de saúde possam considerar benéficos ou apropriados ao bem-estar dele (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Não respeitar tais decisões é comumente referido como um caso típico de paternalismo (RADOILSKA, 2012).

Conflitos envolvendo autonomia são frequentes nas decisões em psiquiatria. Compreender a autonomia em pessoas com doenças psiquiátricas pode ser algo complexo.

Alguns autores argumentam que apenas recusas de tratamento em situações de incapacidade podem ser substituídas por intervenções paternalistas no melhor interesse do paciente e que decisões irracionais, resultantes de falhas cognitivas, como vários tipos de percepção errônea da realidade e manipulação indevida de evidências, não justificariam a anulação do direito de recusar tratamento. No entanto, a distinção entre uma recusa por incapacidade e uma recusa irracional não é evidente e parece arbitrária. Para resolver essa questão, devemos ser capazes de distinguir de maneira confiável a irracionalidade da incapacidade. A dificuldade está no fato de que irracionalidade em si pode ser evidência de incapacidade. Seguindo essa linha de raciocínio, irracionalidade somada a presença de transtorno mental equivaleriam a uma perda na capacidade decisória (RADOILSKA, 2012).

Para essa discussão, se faz necessário entender alguns conceitos fundamentais relacionados ao adoecimento mental, bem como ponderar o papel da atividade psiquiátrica a fim de evitar os perigos da iatrogenia e do constrangimento, que desrespeitam os direitos e a dignidade do paciente.

Doença mental é uma complexa condição humana, objeto de estudo da psiquiatria, para a qual não há respostas simples e definitivas. A definição de doença

mental é controversa e gera discussões polêmicas. Neste texto, por facilidade, optou-se pela definição de transtorno mental da Associação Americana de Psiquiatria, apesar de suas nítidas limitações.

Um transtorno mental pode ser definido na medicina como um conjunto de sinais e sintomas que demonstram alterações consideráveis na cognição, regulação emocional e/ou no comportamento e que retratam desordens do funcionamento da mente, levando a sofrimento e prejuízo nas atividades importantes da vida da pessoa (APA, 2014).

O diagnóstico de um transtorno mental tem utilidade clínica. A recomendação para tratamento é uma decisão médica complexa, avaliada após o diagnóstico de um transtorno mental. Esta decisão deve considerar a gravidade e importância dos sintomas, o sofrimento da pessoa, as incapacidades relacionadas, os riscos e benefícios das intervenções disponíveis, entre outros fatores (APA, 2014).

A doença mental distingue-se de outras por dois modos: (1) o impacto variável no funcionamento cognitivo e afetivo do indivíduo e (2) a percepção das pessoas sobre a doença e suas causas (estigma social). Quando não tratada, a doença mental interfere nas capacidades, como convivência social, aprendizado, trabalho, autocuidado e adaptação aos padrões da comunidade legal e moral. Os julgamentos e a capacidade de tomada de decisão podem ser prejudicados, mas o comprometimento pode variar de mínimo a grave (KORR et al., 2005). Além disso, com frequência, pacientes com transtornos mentais graves negam a sua doença. Mesmo que eles possam comunicar uma escolha e entender as informações fornecidas, às vezes não têm o insight ou a capacidade necessária para apreciar tais dados (GRISSO; APPELBAUM, 1995).

Para Teixeira (2019), a característica do relacionamento entre psiquiatra e paciente depende das particularidades da doença mental em questão. É possível dividir os pacientes em 2 grupos: aqueles cuja doença resulta em uma fraca redução da liberdade, ao exemplo dos pacientes com ansiedade generalizada ou depressões mais leves, e outros cuja consequência é uma profunda diminuição da liberdade, ao exemplo de pacientes com psicose. Segundo o autor, podemos abordar o primeiro grupo assim como aqueles com patologia de qualquer outra especialidade médica. O segundo grupo, afetado de forma significativa pela doença, apresenta perda na consciência das necessidades, perda na habilidade de participar da comunidade e perda da autonomia, tornando-se vulnerável de modo específico.

Uma vez que os processos mentais se alteram nas disfunções cerebrais, bem como através de intervenções medicamentosas, a maioria dos neurocientistas julgam que a mente é resultante do funcionamento do cérebro. Pesquisas em neurociências mostram que a maior parte do processamento cerebral ocorre em módulos inconscientes, antecedendo a experiência consciente e interferindo em nossas ações. Esses conhecimentos, entre outros, contestam o conceito tradicional de livre-arbítrio tal como uma ideia de que as ações humanas são expressões de uma escolha pessoal (CONSENZA, 2016). Considerando isso, na prática psiquiátrica, nos vemos diante de difíceis questões que envolvem comportamento humano, decisões, liberdade e autonomia. Ter algum grau de saúde mental parece ser uma pré-condição para fazer escolhas autônomas e exercer a liberdade individual.

Em relação a tratamentos involuntários, nos vemos diante do impasse de conciliar uma necessidade com um direito (TEIXEIRA, 2019). Seria possível garantir a autodeterminação e proteger ao mesmo tempo?

O protecionismo pode ser comparado a uma faca de 2 gumes: embora existam boas razões para regulação das práticas de intervenção para a doentes mentais graves, a finalidade terapêutica de aumentar a autonomia do paciente acaba sendo perdida (TEIXEIRA, 2019). O cuidado fica enfraquecido pelo controle. Um cuidado à altura da dignidade humana implica no respeito às frações de autonomia da pessoa, mesmo que sejam pequenas (TORRALBA-ROSELLÓ, 2009).

A atenção em psiquiatria pode favorecer o paternalismo (HERAZO, 2011). Por muito tempo e ainda hoje, se uma pessoa tem um transtorno mental e é perigosa para si ou para outros, as leis costumam permitir um tratamento involuntário. O fundamento legal para o tratamento de pessoas que oferecem riscos para os outros é proteger a segurança pública. Para aquelas com risco de suicídio ou gravemente incapacitadas, a justificativa é proteger sua segurança ou vidas (ZABOW, 2004). Contudo, pessoas com transtornos mentais vem recebendo cada vez mais as proteções gradualmente consagradas a pacientes não psiquiátricos nas sociedades modernas, como o direito de recusar tratamento. Apesar disso, os tribunais ainda divergem no que diz respeito aos critérios do direito de recusar tratamento e às condutas adotadas quando o direito é negado (ROBERTS; HOOP; DUNN, 2012). De fato, muito trabalho ainda precisa ser feito em psiquiatria, em definição e avaliação

dos níveis de autonomia, antes mesmo de alcançar as legislações (TEIXEIRA, 2019).

Determinado diagnóstico psiquiátrico, como esquizofrenia ou depressão, ou a presença de sintomas graves, como delírios ou funcionamento cognitivo reduzido, não indicam perda da capacidade de tomar decisões plenamente (MACKALI, 2014; ROBERTS, HOOP E DUNN, 2012). Doenças psiquiátricas não invalidam a posse da capacidade de autogoverno, mas podem interferir negativamente no seu exercício efetivo. Alguns estudos mostram que, em meio a grandes transtornos psiquiátricos, a alteração da capacidade mental, em muitos casos, não é permanente nem global (HERAZO, 2011).

Seja qual for o quadro clínico do paciente atendido no contexto médico, a recusa de tratamento não deve, em si e por si só, ser considerada sinal de incapacidade (JONSEN, 2012). No entanto, é essencial considerar que situações clínicas diversas podem cursar com estados mentais alterados, por exemplo devido a distúrbios metabólicos ou infecciosos, interferindo na capacidade de decisão do paciente. Adicionalmente, cabe enfatizar que pessoas com transtornos mentais também passam por atendimentos em outras especialidades da medicina por motivos de saúde diversos.

É necessário, portanto, aprofundar nosso entendimento de como e quando a doença mental afeta essa capacidade, de maneira sistemática. O que parece incabível é desconsiderar essa questão e tratar paternalisticamente todas as pessoas que vão aos atendimentos psiquiátricos, presumindo capacidade mental alterada, e consentir aos demais doentes, que passam por outros tipos de assistência médica, maior liberdade para recusar tratamentos, discriminando os primeiros (HERAZO, 2011; HOPE, 2004).

Em situações de recusa aos tratamentos médicos psiquiátricos e clínicos gerais, a questão prática é: quando o paciente deve ser considerado não autônomo o suficiente para não ser concedido esse direito de renúncia? São necessários critérios para determinar quando esse paternalismo seria justificável e necessário.

A capacidade mental no contexto do atendimento médico, considerada pré-condição para o direito à recusa de tratamento, envolve a avaliação da aptidão do paciente para compreender informações, apreciar a situação e as possíveis consequências e comunicar sua opção.

Determinar a capacidade de decisão é um julgamento clínico (JONSEN, 2012). Existem vários instrumentos que ajudam a avaliar a capacidade mental no contexto da assistência e exploram a capacidade de tomada de decisão relacionada ao tratamento. Um dos mais estudados e utilizados é o Instrumento MacArthur para a avaliação da competência para decidir a aceitação do tratamento (MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment, ou MacCAT-T). O instrumento permite uma avaliação ampla das dimensões mentais, através de 4 subescalas: compreensão, raciocínio, apreciação de diferentes opções e comunicação da escolha. Não há pontuações específicas que indiquem incapacidade. A escala indica graus de comprometimento nas habilidades quantificadas e deve ser analisada à luz dos achados clínicos (GRISSE, APPELBAUM, 1997). Estes instrumentos auxiliam os médicos, mas não dão respostas absolutas para esta problemática da recusa ao tratamento.

Em pacientes com transtornos psiquiátricos, a incapacidade pode não ser tão evidente, não ficando claro ao médico se o paciente consegue tomar decisão de forma aceitável para o seu próprio bem-estar. Um paciente, por exemplo, com sintomas psicóticos paranóides pode aparentar completa saúde mental se, na avaliação, seu sistema de crenças delirantes não for ativado (JONSEN, 2012). Pellegrino e Thomasma (2018) reconhecem as dificuldades em avaliar a capacidade de decisão, inclusive porque a própria definição de capacidade ainda não está clara (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). A natureza e gravidade dos sintomas, o estado atual do paciente, suas condições e contexto de vida, seu histórico, valores pessoais e outros fatores devem ser considerados na avaliação da capacidade mental. Para tal, o clínico tem a missão importante de interagir cuidadosamente com o indivíduo e ouvir e observar a outra pessoa com sensibilidade (MACKALI, 2014).

A neutralidade de valor é uma maneira central de explicar autonomia e capacidade decisória, baseada nos conceitos liberais e direito à capacidade de autodeterminação. Oferece uma interpretação à ideia de que se uma escolha é autônoma, e não resulta de coerção ou manipulação e não tenha um impacto negativo significativo sobre os outros, apenas sobre a pessoa que faz a escolha, deve ser protegida de interferências, mesmo que essa escolha possa ser recebida com sérias objeções por motivos morais, por prejudicar ou desviar de alguma forma a pessoa que a faz. Considerando isso, a autonomia seria incompatível com intervenções paternalistas (RADOILSKA, 2012).

Para Engelhardt (1998), diante de uma sociedade com diferentes valores morais, as controvérsias que se apresentam são problemas, muitas vezes, insuperáveis. Segundo ele, apenas a autonomia da pessoa, através de seu consentimento, é capaz de nortear as decisões tomadas.

Pellegrino e Thomasma (2018) elegeram e redefiniram um modelo de beneficência baseada na confiança, na tentativa de não absolutizar nem o paternalismo nem a autonomia. Em relação às situações de risco e de capacidade comprometida, os autores afirmam que quanto maior a incerteza sobre qual escolha fazer, maior a necessidade da beneficência, ou seja, da promoção do bem do paciente, e que, neste caso, devem ser tomadas providências adequadas de modo a proteger os reais interesses do mesmo. Para tal, o médico precisa dialogar com diversos representantes, que podem ser familiares ou não, e deve tentar interpretar a verdadeira vontade do paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Segundo Pellegrino e Thomasma (2018), não há como determinar o que é o melhor para o paciente apenas em termos médicos. Esta definição estará sempre relacionada com os valores assumidos pelo paciente e pela sociedade e com aqueles mantidos pela cultura como sendo significativos.

Para Pellegrino e Thomasma, em psiquiatria, é possível e, muitas vezes, necessário ser paternalista e violar o consentimento informado em favor de bens mais importantes, mesmo que o paciente não tenha sido declarado incapaz. A pessoa com capacidade prejudicada receberia o tratamento que o médico julgasse adequado para melhorar sua capacidade, tratando os distúrbios da função cerebral, com reavaliações subsequentes das capacidades até que um conjunto de escolhas autônomas fosse possível. No momento em que a capacidade fosse restaurada, o paciente poderia decidir interromper os tratamentos iniciados, se assim desejasse (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Esse raciocínio, entretanto, não é consistente com a neutralidade de valor.

Como visto, existem discordâncias sobre o escopo exato das escolhas em que a autonomia deveria ser protegida contra interferências. Quando a recusa ao tratamento pode afetar a integridade corporal da pessoa a ponto de causar morte evitável, surge espaço para intervenções paternalistas. Neste momento, a incapacidade de tomar uma decisão oferece uma base para anular a recusa explícita de tratamento do paciente (RADOILSKA, 2012). Assim sendo, é fundamental mostrar como avaliar a capacidade mental de maneira mais estruturada e com

aplicações rotineiras na assistência, a fim de evitar sua avaliação inadequada e a violação dos direitos humanos dos pacientes.

É tarefa de grande responsabilidade avaliar a capacidade mental e autonomia em psiquiatria. Médicos psiquiatras estão na difícil posição de serem responsáveis por tarefas extremamente exigentes. E em resposta a essa dificuldade, muitos podem optar por uma intervenção desnecessária e restritiva, como uma hospitalização involuntária preventiva (BRITTON; WILLIAMS; CONNER, 2008).

Levando isso em consideração, nos casos de pacientes aparentemente competentes que tomam decisões com consequências significativamente prejudiciais, é também atraente tentar argumentar que eles não seriam autônomos o suficiente ao fazer decisões autodestrutivas. Assim, como colocam Sjöstrand e Juth (2013), se não podemos culpar a capacidade do paciente para raciocinar e entender as informações, tentamos questionar a legitimidade da autonomia de suas atitudes. A própria questão da estigmatização da doença mental parece ser um fator que alimenta uma resposta da sociedade a limitar a autonomia da pessoa.

Os profissionais de saúde precisam equilibrar as necessidades e os direitos dos pacientes em situações complexas e que não possuem diretrizes claras (KORR et al., 2005). Se o médico deixa de aplicar uma intervenção e isso acarreta formas de prejuízo ao paciente, qual princípio deve prevalecer: autonomia, beneficência ou não-maleficência?

Parece ser muito difícil excluir critérios carregados de valor e resolver este debate. Conforme Gracia (2010), neutralidade não é possível quando se leva em conta questões de valor relacionadas a vida humana. Sendo assim, é ainda um desafio elaborar critérios válidos e confiáveis para recusas de tratamento dignas de respeito não apenas em virtude de serem escolhas pessoais, mas na medida em que também concordam com valores adicionais (RADOILSKA, 2012). Como expõe Zoboli (2013, p.169), “há valores que devem ser assumidos por todos a fim de a realidade se torne mais apropriada a uma vivência compatível com a dignidade humana”.

Com a intenção de evitar abusos e danos ao paciente, psiquiatras devem ser melhor treinados tecnicamente na avaliação da capacidade mental, bem como no enfrentamento dos conflitos éticos relacionados a autonomia do paciente e às questões de valor relativas à saúde e à vida.

## 1.2 PSIQUIATRIA MODERNA, DELIBERAÇÃO E AUTONOMIA RELACIONAL

O exercício da psiquiatria moderna está orientado pelo modelo convencional biomédico de compreensão do processo saúde-doença. Com isso, o entendimento do adoecimento fica, muitas vezes, limitado aos manuais de classificação, aos conhecimentos extrapolados das neurociências e às práticas de controle das doenças baseadas em evidências. Diante disso, a especialidade tem sido acusada de reduzir a pessoa à bioquímica cerebral, tratar apenas sintomas em vez de causas, hipermedicalizar e descaracterizar o indivíduo em sua integralidade. Assim como mencionam Ramadam e Assumpção Junior (2005, n.p): “(...) a dinâmica dos processos psíquicos, os fatores ambientais, socioculturais e antropológicos, de forte presença nos transtornos mentais, foram relegados a segundo plano (...)”.

A tentativa de eliminar a subjetividade da psiquiatria, através de uma prática reducionista, é fator que ameaça a legitimidade desta prática profissional, tradicionalmente desenvolvida a partir da medicina clássica (LOPES, 2001). Segundo Ramadam e Wang, tendo em vista uma compreensão apropriada do ser humano e o resgate de uma prática médica humanística, é importante reconhecer que:

A comunidade psiquiátrica precisa iniciar o difícil processo de desconstrução das falhas do atual modelo biomédico e de reconstrução de uma alternativa viável que restabelece o equilíbrio entre o médico e seu paciente. (...) Para evitar os excessos da antipsiquiatria, o praticante da psiquiatria terá que ocupar uma posição crítica de meio-termo, entre a rejeição total da noção de doença mental e os conhecimentos neurobiológicos acumulados. (...) Somente o bom senso e a boa formação médica podem estabelecer limites adequados à onipotência e à tentação ingênua de tudo resolver (...). Os desvios da psiquiatria atual devem ser retificados sob o risco de deteriorar a essência desta prática médica (RAMADAM, WANG, 2011, p. 46 e seg.).

Para Perales (2016), neste contexto, o risco de desumanização da prática psiquiátrica é alto. Esta parece estar ameaçada de se tornar uma técnica substituível por computadores que aplicam questionários no lugar da anamnese clínica, e cujas respostas, por meio de algoritmos estabelecidos, conduziriam ao diagnóstico e a recomendação terapêutica do medicamento a ser utilizado. Através dessa psiquiatria, seria possível tratar cada vez mais doenças, mas cada vez menos pessoas. É através da integração de conhecimentos de várias áreas e, portanto, de uma abordagem ampliada que a pessoa adoecida pode tornar-se mais adaptada,

com o controle doença por meio farmacológico, caso seja necessário, e, ao mesmo tempo, adquirindo a maturidade emocional, social e espiritual por meio da relação com o médico, de psicoterapias e intervenções familiares, psicossociais e outras (PERALES, 2016). No modelo prevalecente atual, tem sido cada vez mais difícil encontrar abordagens mais cuidadosas, relacionamentos médico-paciente baseados no vínculo e interpretações mais amplas para além da doença, de modo a explorar a experiência do adoecer e as várias dimensões da saúde.

Desta forma, se faz necessário também considerar que na formação de um médico psiquiatra contemporâneo muita ênfase é dada à importância de usar evidências científicas nas tomadas de decisões clínicas, desconsiderando, com frequência, reflexões acerca das suposições éticas envolvidas nestas decisões e comprometendo, portanto, a qualidade dessas decisões. Pastura e Land (2016) ressaltam que análises que desconsideram particularidades e decisões racionais que não passam por ponderação de valores não respondem aos conflitos modernos na área da saúde (PASTURA, LAND, 2016).

Em situações de incerteza, por exemplo, quando a indicação médica entra em conflito com as preferências, crenças e valores do paciente em relação ao tratamento, o processo deliberativo e a autonomia relacional, fundamentada na ideia aristotélica de razão prática, são particularmente úteis (WIDDERSHOVEN; ABMA, 2012). Gracia explica que “o objetivo da deliberação moral é buscar e escolher a decisão mais apropriada, mais sábia, mais razoável e mais prudente, a que mais promova a realização ou promoção de valores, de todos os valores em jogo, ou que os lesione menos” (GRACIA, 2016, p. 26. Tradução própria).

Decisões mais adequadas são tomadas agregando fatos e valores através de uma complexa interação entre o paciente e o médico, na busca por um entendimento conjunto. Conforme coloca Siqueira (2014, p.335): “encontrar ‘a melhor escolha’ para o paciente é o ponto central de um rico exercício clínico que obriga o médico a dominar conhecimentos e habilidades que invariavelmente não são oferecidos pelas disciplinas acadêmicas do modelo cartesiano de ensino”.

A partir disto, questiona-se: seria a deliberação um caminho para solucionar o conflito ético que se apresenta nas situações de recusa ao tratamento psiquiátrico? Como deliberar quando uma das partes apresenta funções mentais alteradas?

Há situações especiais em que a qualidade da deliberação estará comprometida devido à gravidade da alteração mental apresentada pelo paciente

e/ou por conta de urgências e riscos iminentes. No entanto, como destaca Roberts, Hoop e Dunn (2012, p.1660), o diálogo entre médico e paciente, ainda que este esteja mentalmente adoecido, com frequência “promove o encontro de uma solução razoável e benéfica do ponto de vista clínico”. Assim, a deliberação é possível e auxilia a resolução de muitos conflitos éticos na prática psiquiátrica.

O indivíduo não está desmembrado da comunidade. É a partir dos primeiros relacionamentos, que o ser humano desenvolve a capacidade de se orientar na vida. De acordo com Papalia e Feldman (2013) a criança passa a assimilar melhor situações confusas e ambíguas através da referenciação social, ou seja, baseando-se na percepção de outra pessoa. À medida em que amadurece, caminha em direção à autonomia, se fazendo mais apta a explorar novas ideias, expressar suas vontades e tomar decisões particulares.

Estudos do desenvolvimento humano reconhecem que o desenvolvimento, em seus aspectos físico, cognitivo e psicossocial, são processos que duram a vida toda (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Levando em conta, portanto, que as mudanças são contínuas e ocorrem nas dimensões biopsicossocial e cultural, uma pessoa será capaz de estruturar sua vida e desenvolver sua autonomia através das relações, ao longo do tempo.

Isto posto, na perspectiva de uma autonomia entendida, desta forma, como relacional, médicos podem auxiliar seus pacientes a descobrir melhores formas de participar da sociedade e viver uma vida com sentido. Através da deliberação e da interação com o profissional de saúde, o paciente é desafiado a reexaminar sua situação e seus valores e considerar novos valores relacionados a sua saúde e sua vida (WIDDERSHOVEN; ABMA, 2012).

Neste processo, médico e paciente são estimulados a administrar suas angústias diante das incertezas e riscos e a refletir (ZOBOLI, 2016). Uma verdadeira proposta deliberativa implica que o médico esteja também aberto a possibilidade de que o ponto de vista do paciente seja melhor. O profissional tem conhecimento médico e o paciente tem conhecimento empírico, das experiências de vida. Ambas as partes são convidadas a aprender entre si. Ambos precisam reconhecer a relevância do conhecimento do outro, de modo a compreender a situação à luz deste conhecimento, para encontrar o caminho mais adequado (WIDDERSHOVEN; ABMA, 2012).

Nos contextos de saúde mental e capacidade de decisão potencialmente enfraquecida, o modelo deliberativo de relação entre médico e paciente é uma proposta para ampliar as perspectivas do psiquiatra e do paciente, favorecendo o discernimento sobre o que é o bem desejado e contribuindo para construção ou reconstrução da autonomia do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A bioética, como ponte entre ciência e valores, campo de estudo preocupado com o “conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social” (POTTER, 2016, p.27), nos proporciona a oportunidade de reflexão acerca dessa temática. Neste sentido, como aponta Jonsen (2012, prefácio), não se trata de “decidir entre ético *versus* não ético, entre bom e certo *versus* mau e errado; ao contrário, envolve encontrar as soluções que forem melhores e mais sensatas entre as opções relevantes”. Os médicos não precisam ter conhecimentos filosóficos aprofundados, devem, porém, estar preparados para a reflexão tendo em vista o bem do paciente (ROQUÉ-SANCHEZ; MACPHERSON, 2018).

A autonomia como autodeterminação e princípio ético absoluto em qualquer situação médica pode não demonstrar respeito aos pacientes como pessoas. O profissional precisa reconhecer que o adoecimento mental pode envolver limitações para a autonomia em diferentes graus (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Ao refletir sobre a ética do cuidar, Torralba-Roselló diz (2009, p.175) que “a pessoa doente sofre uma redução considerável de seu livre-arbítrio e não de sua liberdade potencial”. O grande desafio que se apresenta no contexto da psiquiatria é: como prestar um cuidado que contemple a liberdade da pessoa adoecida mentalmente? Como o médico deve agir e se constituir moralmente para que isso seja possível?

O médico psiquiatra tem diante de si um ser humano em sofrimento psíquico e é junto a ele, nesta interação, que será capaz de tomar decisões competentes e éticas. O modelo deliberativo de relação entre médico e paciente contribui para as discussões relacionadas a recusa ao tratamento psiquiátrico, propondo uma prática médica comprometida com as questões valorativas referentes a saúde e a vida humana.

Se “deliberar não é algo inato ao ser humano, ou seja, as pessoas não sabem fazê-lo naturalmente” (ZOBOLI, 2016, p.149), se faz necessário capacitação e preparação para a deliberação. Neste contexto deliberativo em psiquiatria, ao médico é exigido que desenvolva competências e virtudes ao mesmo tempo que aprimora seus conhecimentos técnicos. Disposição para agir em favor do outro naturalmente distinto, com serenidade, coragem, humildade, honestidade, justiça, prudência e responsabilidade são indispensáveis quando se almeja uma atuação profissional verdadeiramente comprometida com o respeito a dignidade e alteridade da pessoa que se encontra diante do médico como paciente e se recusa a receber alguma forma de tratamento.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**: DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

BRITTON, P.C.; WILLIAMS, G.C.; CONNER, K. R. Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. **Journal of Clinical Psychology**. Vol. 64, No. 1. 2008. p. 52-66.

CONSENZA, R. M. **Por que não somos racionais**: como o cérebro faz escolhas e toma decisões. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

GLANNON, W. **Psychiatric neuroethics**. Oxford: Oxford University Press, 2019.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

GRACIA, D. Tomar decisiones morales: Del casuismo a la deliberación. **Dilemata - Revista Internacional de Éticas Aplicadas**. No.20. 2016. p. 15-31.

GRISSE, T, APPELBAUM, P.S. The MacArthur treatment competence study III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. **Law and Human Behavior**. Vol. 19. 1995. p. 149– 174.

GRISSE, T. APPELBAUM, P. S. HILL-FOTOUCHI, C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. **Psychiatr Serv**. Vol. 48. No. 11. 1997. p. 1415-9.

HERAZO, E. Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatria. **Revista Colombiana de Psiquiatria**. Vol. 40. No. 1. 2011. p. 152-163.

HOPE, T. **Medical ethics**: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press, 2004.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética clínica**: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

KORR, W. S.; ENCANDELA, J. A.; BRIELAND, D. Independence or autonomy: Which is the goal? **International Journal of Law and Psychiatry**. Vol. 28. 2005. p. 290-299.

LOPES, C.B. Desafios éticos atuais na psiquiatria. **Revista Bioética**. Vol. 9, No. 1. 2001. p. 29-43.

MACKALI, Z. Informed Consent and Capacity to Give Consent in Mental Disorders. **Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/ Current Approaches to Psychiatry**. Vol. 6. No. 3. 2014. p.227.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASTURA, P.S.V.C., LAND, M.G.P. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. **Revista Bioética**. Vol. 24, No.2. 2016. p.243-9.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **Para o bem do paciente**: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde. Tradução Daiane Martins Rocha Esis Steines. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

PERALES, A. Ethics, psychiatry and mental health. **Acta Bioethica**. Vol. 22. No. 1. 2016. p. 27-36.

POTTER, V. R. **Bioética**: ponte para o futuro. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

RAMADAM, Z. B. A.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Psiquiatria**: da magia à evidência? Barueri: Manole, 2005.

RAMADAM, Z.B.A.; WANG, Y.P. Psiquiatria e seus Limites. In: MIGUEL, Euripedes C.; GENTIL, Valentim; GATAZ, Wagner F. Clínica Psiquiátrica. Barueri: Manole, 2011.

ROBERTS, L. W.; HOOP, J. G.; DUNN, L. B. Ética em psiquiatria. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROQUÉ-SANCHEZ, M. V.; MACPHERSON, I. Análise da ética de princípios, 40 anos depois. **Revista Bioética**. Vol. 26, No. 2. 2018. p. 189-97.

SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética, Cuidado e Humanização: Sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

SJÖSTRAND, M.; JUTH, N. Authenticity and psychiatric disorder: does autonomy of personal preferences matter? **Medicine, Health Care and Philosophy**. Vol. 17. 2014. p. 115-122.

TEIXEIRA, J. M. Ethics and care. [Entrevista concedida ao] Jornal Oficial do 19º Congresso Mundial de Psiquiatria. **World Congress News - World Psychiatry Association**, Londres, p. 4-5, agosto, 2019.

TORRALBA-ROSELLÓ, F. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 45. No. 5. 2014. p. 274-277.

WIDDERSHOVEN, G. A. M.; ABMA, T. A. Autonomy, dialogue, and practical rationality. In: RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

ZABOW, T. Modern psychiatry: a change in ethics? **South African Psychiatry Review**. Vol. 7. 2004. p. 23-26.

ZOBOLI, E. L. C. P. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista Bioética**, Vol. 21, No. 3. 2013. p. 389-96.

ZOBOLI, E.L.C.P. Tomada de decisão em bioética clínica. In: SIQUEIRA, José Eduardo de; ZOBOLI, Elma; SANCHES, Mário; PESSINI, Leo. **Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética**. Brasília: CFM/SBB, 2016.

## 2. TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: CONSIDERAÇÕES BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA PROPOSTO POR PELLEGRINO E THOMASMA (ARTIGO 1)

### RESUMO

Conflitos podem surgir no processo de tomada de decisão em saúde, quando se consideram os diferentes pontos de vista entre os participantes. O que é, de fato, o melhor para um paciente em particular em uma situação de crise? É aquilo que ele mesmo interpreta como preferível ou o que a ciência e as indicações médicas recomendam? Ao assumir uma decisão clínica particular, faz-se necessário definir o que se entende pelo bem. Essa tarefa é ainda mais difícil em sociedades pluralistas. Assim, por meio de análise crítica, pretendeu-se discutir sobre os formatos de relação entre médico e paciente e descrever a perspectiva da beneficência apresentada por Pellegrino e Thomasma para os cuidados em saúde. Essa proposta reformula o ideal da profissão médica e estabelece uma teoria filosófica que engloba o sistema de valores e a autonomia do paciente ao bem técnico, auxiliando nas escolhas frente a questões complexas encontradas na prática clínica contemporânea, a exemplo do cuidado de pacientes com capacidade reduzida.

**Palavras-chave:** Ética Médica. Relação Médico-Paciente. Filosofia médica.

### ABSTRACT

Conflicts may arise in healthcare decision-making process, when the different points of view among participants are considered. What is really the best for a particular patient in a crisis situation? Is it what he interprets as preferable or what science and medical advice recommend? When making a particular clinical decision, it is necessary to define what is meant by the good. That task is even more difficult in pluralistic societies. Thus, through critical analysis, this article intended to discuss the formats of relationship between physician and patient and to describe the perspective of beneficence presented by Pellegrino and Thomasma for healthcare. That proposal reformulates the ideal of the medical profession and establishes a philosophical theory which encompasses not only the value system and the patient's autonomy, but also the biomedical good, as well as it helps decision-making involving complex issues faced in contemporary clinical practice, such as care of patients with reduced capacity.

**Keywords:** Medical Ethics. Physician-Patient Relationship. Medical Philosophy.

## INTRODUÇÃO

O exercício da medicina no século XXI é marcado pelas mudanças culturais e históricas que ocorreram nos últimos anos, em uma sociedade pós-industrial, caracterizada por avanços tecnológicos e uma grande diversidade moral (GRACIA, 2010).

Vive-se uma época de melhor controle das doenças e aumento da expectativa e qualidade de vida. Entretanto, esses benefícios foram acompanhados de novos conflitos. Gracia (2010, p.88) afirma que “o problema principal hoje em dia não é saber quanto vamos viver, mas sim como e para que vamos viver, quais são nossos ideais, nossas expectativas e nossos valores na vida”.

Numa sociedade pluralista e secular, pessoas com diferentes crenças, perspectivas e modos de agir convivem no mesmo espaço, fator que influencia significativamente a prática médica (ROCHA, 2013a). É preciso estar ciente do surgimento de problemas éticos nos cuidados de saúde, os quais influenciam a tomada de decisão clínica.

A bioética clínica é um campo de estudo recente, que surgiu na década de 1970 diante das situações críticas enfrentadas no âmbito da saúde e das limitações da ética tradicional para solucionar as questões emergentes. É um ramo da bioética que busca unir conhecimento científico médico e humanístico (FIGUEIREDO, 2011).

O princípalismo padrão formulado por Beauchamp e Childress (2011) foi um importante marco para pensar questões éticas no campo da saúde. Os autores estabeleceram os princípios morais que deveriam ser aplicados nos diferentes problemas práticos encontrados na assistência médica: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. No modelo princípalista, os princípios são considerados *prima facie*, ou seja, do mesmo nível. São normas não hierarquizadas, que, caso entrem em conflito, devem ser cumpridas conforme as consequências prováveis da situação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Esses princípios são úteis para reduzir incertezas em muitas circunstâncias do cuidado e foram assumidos pelo direito e códigos deontológicos, como exigências éticas das profissões de saúde. No entanto, diversas críticas à proposta princípalista foram manifestadas nas últimas décadas acerca da sua incapacidade de resolver diversos conflitos morais na área das ciências da vida e da saúde (FIGUEIREDO, 2011). A literatura bioética tem discutido de modo aprofundado esses princípios e outras perspectivas para além dos princípios que auxiliam na

tomada de decisões frente a questões complexas encontradas na prática clínica contemporânea.

Pellegrino e Thomasma (2018) afirmam que a natureza da relação médico-paciente é essencial para a fundamentação da ética profissional em saúde. Para eles, o modelo baseado na beneficência e na virtude, estruturado na obra *Para o bem do paciente*, seria o mais apropriado para o contexto médico específico encontrado hoje. Os autores salientam que, quando o paciente vai ao médico, ele procura um bem e é essa noção de bem do paciente que deve guiar as decisões em saúde.

O objetivo deste trabalho é refletir sobre o processo decisório em saúde e os modelos de relação-médico paciente, bem como apresentar como base filosófica para as práticas médicas a perspectiva da beneficência baseada na confiança proposta por Pellegrino e Thomasma. Pretendeu-se explicitar as características e as vantagens que esse referencial oferece à tomada de decisão médica, inclusive em situações de incerteza como no tratamento de pacientes com capacidade comprometida.

### 2.1.A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA E OS MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Tomar decisão é, de modo geral, eleger uma ação entre várias outras, através de um processo intelectual que avalia as probabilidades de resultados, na busca por aqueles mais favoráveis (SILVA G., 2013). Conforme Motta *et al* (2016), diferentes disciplinas do conhecimento, das neurociências às ciências sociais aplicadas, elaboraram conceitos diversos sobre o processo decisório.

No âmbito da prática clínica, a tomada de decisão é o processo em que o médico, através do domínio de conhecimentos e experiências, escolhe uma ação que visa solucionar o problema trazido pelo paciente. Na prática médica contemporânea, consolidada a partir da racionalidade científica, a condução dessas decisões está intimamente ligada a medicina baseada em evidência. Conforme descreve G. Silva (2013), o processo de tomada de decisão em saúde passa pelas etapas de propedêutica (com a obtenção das informações), formulação de hipóteses e escolha terapêutica. Escolha que está apoiada na avaliação, no conhecimento

médico das evidências científicas e no raciocínio do profissional, e que visa o melhor resultado ao paciente (SILVA G., 2013).

Para Gracia (2010), o positivismo reduziu a enfermidade ao fenômeno biológico e aos fatos científicos. Segundo o autor, a doença é um fenômeno complexo, não apenas biológico, mas também psicológico e social. E, sendo assim, as tomadas de decisão clínicas precisam considerar os fatos concretos e objetivos, sem desprezar a dimensão humana dos valores e dos deveres. Conforme afirma Zoboli (2016, p.149), “a habilidade para a tomada de decisões é essencial para o alcance da excelência ética e a boa qualidade técnica da atenção à saúde, pois a primeira depende da responsabilidade moral nas escolhas feitas”.

Jonsen (2012) também afirma que o atendimento médico engloba considerações técnicas e morais. E, da mesma forma, Pellegrino e Thomasma (2018, p. 12) asseguram: “o objetivo da medicina é tratar não só da agressão física que a doença ou lesão causa, mas também das dimensões psicológicas, sociais e espirituais dessa agressão”. Para eles, agir terapêuticamente é mais que curar uma doença, é ajudar da melhor forma o paciente a restabelecer um senso de equilíbrio na vida.

O processo de tomada de decisão diante de problemas morais que se apresentam no contexto clínico é um elemento fundamental na bioética. Diversas abordagens estruturadas para o processo decisório foram descritas na literatura, como a casuística considerada por Jonsen e a deliberação proposta por Gracia, de modo a refletir e tentar solucionar os conflitos éticos que emergem na assistência (MOTTA et al, 2016).

Para Gracia (2001), a tomada de decisão precisa considerar, sobretudo, que existem obrigações impostas universalmente para todos cidadãos, de caráter público, tanto na ordem biológica quanto na ordem social, representadas, respectivamente, pelos princípios da não maleficência e justiça. Para o autor, os princípios da autonomia e beneficência, que se referem à relação entre o profissional de saúde e o paciente, estariam no nível privado, em um segundo nível de importância numa hierarquização que facilite o julgamento moral.

Assim sendo, a relação entre médico e paciente é aspecto central na discussão acerca dos conflitos morais que surgem na assistência. Como explica Pellegrino (2018, p. 17), “a tomada de decisão entre humanos é uma transação

interpessoal". Deste modo, a qualidade da relação entre os envolvidos é fundamental para que melhores decisões sejam tomadas (SILVA H., 2010).

Diversas mudanças puderam ser observadas nas sociedades e nos indivíduos, ao longo do tempo, remodelando a natureza da relação médico-paciente (ZOBOLI, 2016). O modelo hipocrático tradicional definiu o dever médico de agir em benefício do paciente. Este pressuposto levou, muitas vezes, durante os séculos, a interpretações e práticas paternalistas (WANSSA, 2011). O paternalismo médico esteve centrado na noção de que o profissional, por virtude e domínio da técnica, seria melhor conhecedor a respeito dos melhores interesses do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

A vontade do paciente foi, portanto, por muito tempo, negligenciada nos cuidados médicos (ROCHA, 2013a). A autonomia passou a ganhar destaque na saúde apenas mais recentemente, quando se passou a considerar o direito à autodeterminação do paciente, ou seja, o direito de escolha do paciente em questões relacionadas ao seu bem-estar (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Para Gracia (2010), as mudanças históricas de paradigma na medicina ocidental foram de uma lógica bivalente, caracterizada pela onipotência e autoritarismo do profissional, com a obediência do paciente às decisões clínicas, a um novo modelo, experimentado nas últimas décadas do século XX, orientado pelas ideias liberais radicais de neutralidade de valor e direito à liberdade de consciência e à diversidade. Neste último molde, a saúde é vista como um bem de consumo, o profissional atende como um mero prestador de serviços e o encontro médico fica em grande parte limitado a uma atividade mercantil regulada pela lei.

Em um importante trabalho, E. Emanuel e L. Emanuel (1992), expuseram quatro modelos de relação estabelecida entre o médico e o paciente: paternalístico, informativo, interpretativo e deliberativo. No modelo paternalístico, o médico, conhecedor da técnica, é quem tem autoridade e toma as decisões, agindo em nome da beneficência. O paciente é submisso e sua autonomia não é uma questão relevante. O modelo informativo é baseado na escolha autônoma do paciente, que decide após receber informações prestadas pelo médico. A autonomia neste modelo é vista como autodeterminação e o paciente assume o poder de decisão. No modelo interpretativo, classificado como de médio envolvimento, os valores morais do paciente são levados em consideração e o médico assume a posição de um conselheiro. No quarto modelo, chamado deliberativo e avaliado como de alto

envolvimento, os valores do paciente também são levados em conta e precisam passar por discussão e deliberação com o médico (EMANUEL E.; EMANUEL L., 1992; SILVA H., 2010). Em cada um deles se evidenciam em diferentes formas o paternalismo e os princípios da autonomia e da beneficência.

De modo geral, pode-se dizer que a relação clínica vem se tornando mais democrática nas últimas décadas. Com isso, a tomada de decisão faz-se mais complexa e com diversas particularidades, abrangendo médicos, outros profissionais da equipe de saúde, o próprio paciente, seus familiares e todas limitações econômicas e burocráticas envolvidas, como normas do governo ou das seguradoras de saúde, interferindo no relacionamento entre os participantes e no desfecho clínico (ZOBOLI, 2016).

Com essa perspectiva ampliada, os desacordos podem ser ainda mais frequentes. E, apesar da crescente valorização da participação da pessoa adoecida nas decisões, é ainda bastante comum a existência de críticas sobre o modo como médicos desconsideram as vontades e direitos dos pacientes. O debate a respeito do quanto de interferência médicos e pacientes devem ter nas decisões clínicas se mantém atual e pertinente.

Segundo Siqueira (2014), a ética contratual predominante na relação entre médicos e pacientes, na pós-modernidade, gerou um crescente distanciamento entre os mesmos. Tem-se como exemplo disso, os processos jurídicos instaurados por pacientes contra seus médicos, levando a uma conseqüente medicina defensiva, baseada na desconfiança.

Diante deste contexto atual, tem sido cada vez mais comum e valorizado o uso de formulários de consentimento informado para formalizar a concordância do paciente com os procedimentos terapêuticos, tentando minimizar as demandas judiciais.

Para Wanssa (2011), as circunstâncias atuais são de transição paradigmática, na qual um novo modelo de relação entre o médico e o paciente ainda não está completamente definido, mas passa a incorporar a ideia de direitos da pessoa humana, sem que isso acarrete prejuízo da convivência democrática. Neste contexto de mudanças sociais e culturais, o papel do médico é questionado e repensado.

No próximo tópico serão discutidos os problemas do paternalismo tradicional e de modelos que consideram a autonomia de forma absoluta. Na sequência, será abordado com detalhes o modelo de beneficência baseada na confiança proposto

por Pellegrino e Thomasma, como fundamentação para as tomadas de decisão em bioética clínica.

## 2.2. AS LIMITAÇÕES DO PATERNALISMO E DA AUTONOMIA

Como dito, o paternalismo tradicional dominou as relações entre médicos e pacientes na maior parte da história da medicina ocidental, desde os tempos clássicos de Hipócrates. O movimento da autonomia, fundado nas noções de direitos e liberdade de decisão do indivíduo sobre a própria vida, ganhou força nas últimas décadas no âmbito da saúde, como uma resposta a esta relação abusiva de poder e autoridade do médico sobre o paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

No modelo paternalista, o profissional, por conhecer as chamadas indicações médicas para os problemas de saúde específicos apresentados pelo paciente, é quem define o que é melhor para este último, desconsiderando ou ignorando suas preferências e expectativas. Segundo Pellegrino e Thomasma (2018), isto é problemático, pois a escolha pessoal é essencial e a cura da pessoa, num sentido amplo, envolve a restauração da sua autonomia antes mesmo da recuperação da doença. Desta forma, é possível afirmar que o paternalismo viola a regra moral de respeito a humanidade do paciente e desonra o propósito da atividade médica.

Para Gracia (2010), aquilo que se tem de mais importante na vida são os chamados valores. Uma decisão ética em saúde depende do conhecimento dos dados científicos e dos valores do médico e do paciente. O paternalismo médico reduz o bem do paciente tão somente aos valores biomédicos. Segundo Pellegrino e Thomasma (2018, p. 29):

não há como definir claramente o que é absolutamente o melhor para o paciente apenas em termos médicos. Tal definição vai estar sempre relacionada com os valores processados pelo paciente, com aqueles assumidos pela instituição e pela sociedade e com aqueles sustentados pela cultura como sendo importantes. Na falta de uma definição inequívoca de “benefício”, o médico não pode dar uma definição completa do bem do paciente sem informações essenciais desse paciente.

Tornar absoluta a indicação médica no processo de escolha clínica é algo problemático. É uma falha assumir que o melhor para o paciente diz respeito apenas às melhores evidências científicas de efetividade dos tratamentos. Um paciente pode rejeitar terapêuticas mais eficazes cientificamente e preferir outras, com base

na ideia e experiência pessoal de qualidade de vida considerada desejada. Outras dimensões do bem do paciente precisam ser contempladas nos diversos contextos nos quais as decisões em saúde são tomadas (JONSEN, 2012; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Respeitar a autonomia do paciente implica não suprimir ou diminuir suas preferências em relação às decisões em saúde. Quando isso é valorizado, pacientes demonstram maior confiança na relação terapêutica, se mostram mais cooperativos com as recomendações médicas e mais satisfeitos globalmente com o atendimento (JONSEN, 2012).

Para Engelhardt (1998), uma moralidade canônica, padronizada, já não é possível na modernidade diante dos diversos padrões morais existentes. Para o autor, as ideias iluministas fracassaram ao tentar trazer objetividade aos problemas morais. Ele afirma que é preciso reconhecer que se vive num contexto moral pluralista e que jamais seriam possíveis decisões clínicas consensuais entre médicos e pacientes, na condição de estranhos morais.

Engelhardt defende que as preferências dos que buscam assistência em saúde deveriam predominar nas decisões, ainda que o resultado lhes sejam maleficiente. Para ele, nas sociedades contemporâneas, não caberiam quaisquer restrições a decisões de caráter pessoal e a liberdade precisaria ser preservada a todo custo. Nesta perspectiva, diante de conflitos, “nenhuma visão ou bioética moral particular, em termos seculares gerais, pode ser considerada melhor que qualquer outra”, como afirma Engelhardt (1998, p.89).

No entanto, se por um lado, o paternalismo pode violar o respeito à vontade e aos valores do paciente; por outro, o modelo da autonomia também parece limitado e pode ser perigoso, pois pode favorecer o bem individual em detrimento do bem comum e não levar em conta a capacidade, ou incapacidade, da pessoa para esta autonomia (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Se um profissional de saúde deixa a responsabilidade da decisão exclusivamente para a pessoa enferma, fragilizada pela doença, o resultado é uma condição de “autonomia solitária”, não-cooperativa e não-solidária, como descreve Siqueira (2014, p.345).

De acordo com Lázaro e Gracia (2006, p. 16): “o respeito à autonomia do paciente é uma conquista histórica importante das sociedades mais avançadas,

entretanto, não significa que os profissionais tenham renunciado, ou devam renunciar, à promoção do bem do paciente”.

A ideia de que a autonomia deve triunfar em qualquer circunstância médica nem sempre demonstra respeito aos pacientes como pessoas. Seria apropriada a concordância plena com a vontade de pacientes incapacitados de alguma forma para julgamentos autônomos, como crianças, pessoas confusas e adoecidas mentalmente ou pessoas desesperadas em virtude de doenças agudas? A situação de fragilidade e sofrimento poderia levá-los a decisões questionáveis. Conforme Pellegrino e Thomasma (2018, p. 20), “a variabilidade de contexto é uma importante limitação moral à autonomia”. Respeitar a autonomia em algumas situações e determinados contextos clínicos pode ser mais danoso aos interesses últimos do paciente que algum nível de paternalismo. Ou seja, uma ação vista como paternalista pode ser, na verdade, considerada beneficente.

Existem, portanto, objeções à autonomia como princípio exclusivo e absoluto nas tomadas de decisão médicas. A experiência do adoecer implica em alterações psicopatológicas, como dor e medo, prejudicando a unidade do *self*, e a condição moral da pessoa. É essencial que o médico considere essa limitação e não abandone o paciente à uma decisão solitária (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Como destaca Pastura e Land (2016, p. 247): “o foco na defesa da autonomia do paciente parece uma visão simplista e quase esquiva, porque não livra o profissional de sua responsabilidade em relação às decisões de cada caso”.

No que se refere a ética social e à preocupação com a democracia e o bem-comum, a ideia de autonomia irrestrita também traz consequências problemáticas. A autonomia é, na verdade, relativa, pois indivíduos tem deveres sociais na condição de integrantes de uma comunidade. Ou seja, as liberdades individuais não podem prevalecer sobre propósitos e objetivos morais comuns da sociedade (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Conforme exposto, decisões que não consideram os aspectos valorativos, as particularidades e os diversos fatores contextuais presentes em cada caso analisado são incapazes de resolver os problemas contemporâneos que surgem nos cuidados em saúde (JONSEN, 2012; PASTURA; LAND, 2016; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Se a autonomia é parte do objetivo dos tratamentos médicos, mas não é o único elemento, é, portanto, indesejável tê-la como fundamento da ética médica

(ROCHA, 2013a). Há facilidade na tomada de decisões com base na autonomia ou no paternalismo, sendo que um cuidado verdadeiro ultrapassa os valores puramente médicos e a autonomia (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Como apontam Pellegrino e Thomasma, os modelos autonomistas e baseados no paternalismo tem deficiências e conduzem a decisões unilaterais, não consensuais e limitadas (CRUZ, 2014; ROCHA, 2013a). Para eles (2018), uma reinterpretação do princípio da beneficência seria capaz de evitar os problemas desses formatos de relação médico-paciente, pois engloba a preocupação com a autonomia e o bem-estar do paciente.

### 2.3. O MODELO DA BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA

A beneficência baseada na confiança surgiu do “esforço para descrever um caminho do meio entre paternalismo e autonomia” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p. 241). Para Pellegrino e Thomasma (2018), apesar de nenhum princípio em ética ser capaz de gerir completamente a prática médica, a beneficência seria o princípio básico dos cuidados médicos, pois é apropriada para a promoção do *telos* ou finalidade da medicina que é garantir o bem-estar do paciente.

Ao refletir sobre a necessidade de redefinir os objetivos da medicina, os autores remetem a Aristóteles. Conforme afirma este no início da obra *Ética a Nicômaco* (2016, p.17 e 24):

Toda arte e toda investigação, e semelhantemente toda ação e toda escolha parecem tender a um bem qualquer; por isso, corretamente declararam que todas as coisas tendem ao bem. (...) se existe algo que é o fim de todas as coisas feitas pelo homem, este seria o bem prático, e se existem muitos fins, a soma deles seria o bem.

Tradicionalmente, desde o código hipocrático, os médicos foram convocados a agir pelos melhores interesses daquele que sofre (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Para Pellegrino, ainda que o contexto tenha muito se transformado desde os tempos clássicos, a medicina não seria uma construção social, em que povos de culturas diferentes poderiam esperar por práticas médicas distintas, baseadas em interesses externos e sem uma fundamentação moral. Segundo eles, um desafio bioético da atualidade está justamente na recuperação de regras morais de aceitação universal, capazes de conviver com a pluralidade de valores existentes (ROCHA, 2013b).

Em especial no contexto clínico, ainda que diante da existência de diversas interpretações para a saúde, certas crenças compartilhadas pelos seres humanos enquanto humanos, independente da cultura e preferências, precisam ser admitidas como guia de ação para definir quais práticas médicas são adequadas. Para Pellegrino e Thomasma (2018) negar a noção de bens comuns a todas pessoas é recusar a própria viabilidade da ética.

O modelo proposto por Pellegrino e Thomasma parte da ideia de que a beneficência é a norma fundamental da relação médico-paciente. A necessidade do doente pela cura é aquilo que une ao médico, capaz de fornecer alívio para essa falta. “O profissional da saúde ou o médico é aquele que responde e toma as decisões certas (corretas) e boas (morais) com o paciente e em nome dele” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p. 125).

Levando em consideração esta abordagem teleológica e normativa da ética biomédica, se faz necessário examinar com atenção a noção de beneficência, o significado de bem do paciente e as características e implicações dessa teoria nas práticas médicas.

### 2.3.1. Características do modelo da beneficência

Existem diversos níveis de interpretação do que seria o agir em nome da beneficência. Em um grau elementar está a não maleficência, presente na regra tradicional da ética hipocrática *primum non nocere*, “ao menos não cause dano”. Para além desta ideia básica, simples e passiva de beneficência, tem-se ações benéficas mais abrangentes em nome do outro. São exemplos: condutas capazes de remover intervenções potencialmente danosas ao outro e atitudes de supressão dos interesses pessoais em favor do próximo. A beneficência baseada na confiança como modelo de relacionamento entre médico e paciente inclui uma beneficência ativa do profissional para aquele que sofre (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Esta perspectiva ativa e ampliada de beneficência proposta pelo modelo em questão compreende seis principais características: “o objetivo da medicina é beneficente; primazia da condição existencial do paciente; classificação não automática de valores; consenso; objeto moral prudencial; e axiomas éticos gerais” (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p.38-41). Tais critérios que compõem a base do modelo de beneficência serão explorados a seguir.

Para Pellegrino e Thomasma (2018), a consciência da vulnerabilidade e da aflição de outro ser humano impõe uma obrigação a todos indivíduos de agir para ajudar o primeiro. A medicina surge desta necessidade e pedido de auxílio de uma pessoa em sofrimento. Em outras palavras, a beneficência, ou a busca pelo benefício do paciente, é a essência da medicina.

Ao se apresentar como cuidador, o profissional tem o dever de agir em nome do ser humano que está em sofrimento, evitando danos a ele e sem se basear em conceitos puramente intelectuais ou precipitações e inclinações próprias. Conforme descrevem (2018, p.39):

Beneficência é um requisito primordial para a medicina e tem três obrigações específicas. Primeiro, a principal preocupação dos médicos são os problemas do paciente e suas necessidades, que precedem a todas outras preocupações, exceto em raras circunstâncias. Em segundo lugar, o dano deve ser evitado, porque o médico não pode cumprir a promessa de ajudar se ele, por alguma razão, intencionalmente causa dano ao paciente. O terceiro ponto é que tanto a autonomia quanto o paternalismo são suplantados pela obrigação de agir de forma beneficente, ou seja, a decisão de promover a autonomia ou, em vez disso, agir de forma paternalista deve ser baseada no que melhor beneficia o paciente e não em convicções intelectuais ou impulsos emocionais do médico.

No modelo de beneficência baseada na confiança, a condição existencial do paciente tem prioridade aos códigos profissionais. A tomada de decisão neste modelo é feita com base em cada paciente, levando em conta os diversos fatores da sua vida e compreendendo que os princípios éticos da deontologia são muitas vezes insuficientes para análises mais apropriadas do bem ideal do paciente e da finalidade da medicina (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Este molde se contrapõe a uma classificação automática de valores e o objeto moral tem caráter prudencial. No agir beneficente, os valores médicos são identificados, assim como os valores individuais do paciente, e, através do diálogo mútuo, o bem do paciente é definido, tentando assegurar a validade de ambas moralidades da forma mais integral possível. Ao longo do processo de cuidado, com a ocorrência de novos fatos, esse diálogo permanece contínuo na busca pela manutenção do consenso atingido (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Para os autores, a cura do paciente, no significado amplo, só pode acontecer se sua autonomia e bem-estar estiverem alinhados, não conflitantes, mas em equilíbrio. Apenas através desta perspectiva, será possível alcançar o bem do paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). A ênfase exagerada na autonomia, bem como

ações paternalistas que visam apenas o bem médico, são incompletas e deficientes para realizar o fim último da medicina. Em outras palavras, autonomia e cura médica são essenciais, mas apenas elementos do cuidado médico.

Nesta proposta, os julgamentos clínicos e morais do profissional precisam estar embasados nestes quatro axiomas ou regras éticas descritas. São premissas que dizem respeito ao consentimento informado, responsabilidade e integridade moral médica e a tomada de decisão diante de debates morais. Como descrevem (2018, p.41-42):

(1) Tanto médico quanto paciente devem ser livres para tomar decisões informadas e agir plenamente como agentes morais. (2) Médicos tem a maior responsabilidade na relação por causa da desigualdade de informação e capacidade inerente entre eles e quem está doente. (3) Os médicos devem ser pessoas com integridade moral pessoal. (4) Os médicos devem respeitar e compreender a ambiguidade moral sem, no entanto, abandonar a busca pelo que é certo e bom em cada decisão.

A tomada de decisão em medicina exige uma busca pelo consenso, onde médicos e pacientes não impõem seus valores uns aos outros. A comunicação deve ser livre e ter como objetivo a saúde ou bem do paciente em sentido abrangente. No entanto, nesse processo, médicos tem maior responsabilidade. Responsabilidade que inclui aperfeiçoamento constante das habilidades técnicas e formação do próprio caráter (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Afinal, a prática das virtudes no ato de escolha dos meios convenientes aos fins possibilita melhores decisões médicas (PASTURA; LAND, 2016).

Os axiomas e outras características descritas anteriormente devem ser considerados, com a função maior de delimitar em que consiste o agir beneficente do médico e o que seriam os melhores interesses do paciente.

### 2.3.2. Uma teoria ética baseada na virtude

Como visto, o modelo da beneficência não é baseado em direitos e deveres, mas uma teoria ética baseada na virtude. Pellegrino e Thomasma (2018) afirmam que a pessoa adoecida se submete a que tipo de médico lhe atenderá, e se terá a intenção e agir de modo certo e bom. Eles propõem uma teoria baseada em um bem relacional, ou seja, um bem que se origina da relação entre médico e paciente.

Através dessa abordagem relacional, a autonomia, a dignidade e a vulnerabilidade da pessoa doente são reconhecidas, assim como o papel ativo do médico na busca pelo bem do paciente (CRUZ, 2014). Ao refletir sobre a importância do bem almejado nesse relacionamento e sobre direitos e deveres em ética médica, Pellegrino e Thomasma consideram (2018, p. 144):

Quanto mais ansiamos pela sensibilidade ética, menos nos apoiamos em direitos, deveres, regras e princípios, e mais sobre os traços de caráter do agente moral. Paradoxalmente, sem regras, direitos e deveres especificamente registrados, não podemos prever que forma a expressão da virtude de uma pessoa em particular tomará. Em uma sociedade pluralista, os princípios e padrões profissionais devem assegurar um nível mínimo e confiável de conduta moral. Mas esse nível mínimo é insuficiente nas circunstâncias complexas e muitas vezes imprevisíveis na tomada de decisão, em que técnica e valor *desideratos* se cruzam tão inextricavelmente.

O modelo da beneficência está em oposição à condição contratual dos modelos autonomistas, que enfatizam o direito do paciente de tomar decisões e uma relação de contrato entre os envolvidos. Ele não propõe uma ética de regras, mas baseada na confiança da relação médico-paciente. Afinal, diante de regras, quais garantias se tem de que a pessoa as cumprirá? É necessário um tipo de caráter capaz de levar o indivíduo a comportar-se conforme os códigos (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

O modelo proposto por Pellegrino e Thomasma apresenta uma beneficência que está baseada, portanto, na natureza fiduciária do relacionamento, do latim *fiducia*, no propósito de tanto médico quanto paciente conduzirem-se pelos melhores interesses deste último. Esta proposta sustenta o valor da autonomia do paciente e destaca a atribuição do profissional como um representante em situações de incapacidade (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Teorias éticas baseadas nas virtudes entendem que princípios e virtudes não se excluem, mas se complementam. Aqueles não são possíveis sem estas, e vice-versa (GRACIA, 2007). Esta ideia traz a necessidade de aprofundar o entendimento sobre virtude. Pode ser difícil encontrar definições para as virtudes; elas são, porém, de fácil reconhecimento por todos (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). O conceito de virtude para Aristóteles (2016) designa a disposição para agir da maneira correta, um desejo para o bem, após o conhecimento do bem. Para ele, as virtudes intelectuais, como a sabedoria, a inteligência e a prudência, podem ser ensinadas, e as morais, como justiça, coragem e temperança, adquiridas, pelo hábito das práticas

virtuosas. A noção clássica de virtude inclui traços de caráter que buscam uma arte de viver bem, algo que não é mutável ou relativo, embora possa ter diferentes aplicações (PASTURA; LAND, 2016).

Para Aristóteles (2016), tanto virtudes intelectuais quanto morais são necessárias para o desenvolvimento das capacidades naturais do homem. O autor dá grande importância à virtude da prudência, do grego *phronesis*, uma sabedoria prática que possibilita escolher ações intermediárias entre os extremos e atingir a boa vida como fim. Neste sentido, Pellegrino e Thomasma citam Hauerwas e destacam a relação médico-paciente (2018, p. 70) “como um diálogo de cuidado e um veículo para descobrir alguns de nossos mais profundos compromissos morais enquanto comunidade”.

O modelo da beneficência nos adverte, deste modo, a não subestimar a importância da educação de qualidades morais na formação médica. Conforme Pellegrino e Thomasma (2018), habilidades técnicas sem integridade moral são insuficientes para o julgamento e tomada de decisão ética, pois em última instância, o caráter e as virtudes do médico são as condições que garantiriam o respeito ao bem-estar do paciente.

Uma teoria das virtudes depende intimamente de um conceito de bem. Perspectiva esta que difere do argumento defendido por Engelhardt (1998) de que, em sociedades pluralistas, diante da diversidade de valores, uma compreensão de bem seria impossível entre indivíduos considerados estranhos morais, como mencionado anteriormente. Engelhardt afirma que (1998, p.98): “não é possível justificar uma modalidade canônica essencial, uma interpretação do comportamento apropriado, ou bioética, em termos seculares gerais.” O autor defende a autonomia e o consentimento como únicas saídas para evitar o niilismo no âmbito coletivo.

Na concepção de Pellegrino e Thomasma (2018), as conclusões de Engelhardt são falhas, pois propor uma ideia de bem é essencial para garantir sociedades pacíficas, que maximizam o bem-estar dos cidadãos, assim como para a medicina, cujo propósito é servir ao bem do paciente. A noção de bem no modelo da beneficência é a razão de ser da medicina clínica e o padrão para relacionamentos entre profissionais e pacientes ou sujeitos de pesquisa. Investigações mais apropriadas sobre o bem do paciente são capazes de nortear a qualidade desses relacionamentos e da ética médica.

Para Pellegrino e Thomasma, o bom médico, ou o médico virtuoso, é aquele que faz o bom e o correto para o paciente, ainda que sacrificando os próprios interesses. Os autores informam sobre a ideia de bem do paciente e de virtuosidade médica (2018, p. 139):

O bem que o paciente procura é ser curado, ser restaurado ao seu estado anterior, ou melhor, o estado de funcionamento, ao ser feito “completo novamente”. Caso isso não seja possível, o paciente espera ser ajudado, ser assistido ao lidar com a dor, incapacidade ou morte que a doença possa acarretar. O fim imediato na medicina não é simplesmente um desempenho técnico proficiente, mas o uso desse desempenho para alcançar um bom fim, o bem de seu paciente – o bem médico ou biomédico, na medida do possível, é claro, mas também o bem como percebido pelo paciente, o bem enquanto pessoa humana que pode fazer um plano de vida, e o bem enquanto pessoa com um destino espiritual, se esta é sua crença. É o equilíbrio sensível desses tipos de bem do paciente que o médico virtuoso busca até a perfeição.

Para uma melhor compreensão, este bem do paciente, como o fim da medicina, que determina quais regras e virtudes são fundamentais para sua promoção, será melhor analisado a seguir.

### 2.3.3. O bem do paciente

Ao procurar um médico, o paciente espera um bem. Como explica Rocha (2013a, p. 16), “esse bem pode ser a cura de uma doença, a amenização de sintomas, a busca por um diagnóstico, o cuidado paliativo, a suspensão de um tratamento considerado fútil (...)”.

Médicos e pacientes podem ter interpretações distintas sobre o certo e bom. Este é um problema de grande relevância e urgência para a ética médica. No passado, ações paternalistas foram identificadas erroneamente como ações para o bem do paciente. Na atualidade, fazer o bem para o paciente é muitas vezes visto como fazer o que ele deseja. Os direitos do paciente ganham destaque quando não se examina com detalhes aquilo que seria o seu bem em outros sentidos. As decisões clínicas precisam equilibrar as noções de bem entendidas pelo médico e pelo paciente, bem como a natureza ontológica do bem, uma vez que isoladamente nenhuma poderá determinar a complexidade do bem (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Pellegrino e Thomasma (2018) retomam o pensamento de Aristóteles de que o bem não é definição simples, mas inclui vários elementos. Há ao menos 3 sentidos de bem na moral aristotélica: 1) bem como aquilo pelo qual todas as coisas são procuradas; 2) bem como aquilo que é bom para um ser humano; e 3) bem como aquilo que é desejo de uma pessoa em particular (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

O conceito de bem do paciente no modelo da beneficência baseada na confiança é algo complexo. Os teóricos demonstram 4 componentes do bem do paciente: [1] o bem biomédico, [2] a percepção do paciente acerca de seu próprio bem, [3] o bem do paciente como pessoa humana [4] e o bem último ou supremo do paciente. Neste modelo, o médico é convocado a promover o bem do paciente em seu quádruplo significado, conforme for possível (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

O bem biomédico é efeito da habilidade técnica do médico através das intervenções verificadas por meio científico e indicadas para a cura da doença, alívio dos sintomas ou prolongamento da vida. Equivocadamente, muitos médicos relacionam o bem biomédico ao bem completo do paciente e garantem a necessidade de realizar procedimentos que proporcionem algum benefício fisiológico ou capazes de alterar a história natural da doença apresentada pela pessoa (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Modelos de entendimento da prática médica que assumem a natureza ética e humana do cuidado explicam que a medicina baseada em evidências é apenas parte de uma abordagem integral da saúde e valorizam a autonomia do paciente. Os valores, objetivos e projetos definidos pelo paciente na sua situação de vida devem ser considerados para uma definição de bem do paciente.

O conceito do paciente de próprio bem, ou seja, suas percepções e preferências de como realizar sua vida diante de circunstâncias particulares são essenciais para a decisão clínica. Para Pellegrino e Thomasma (2018, p. 95):

(...) o interesse do paciente é necessariamente subjetivo e relativo, uma vez que está enraizado na visão do paciente de seus próprios interesses em determinado momento e em determinadas circunstâncias. Não podemos saber o que é isso até perguntarmos ao paciente. Esse ponto de vista não nega a possibilidade de que alguns objetos de interesse vão ser ruins ou prejudiciais. Não é nenhuma novidade que podemos conhecer o bem mas não infalivelmente escolhê-lo. Por outro lado, o fato de alguém ter escolhido algo como bom não significa intrinsecamente ou instrumentalmente bom. Aceitar a definição própria de paciente de seus melhores interesses não é o mesmo que concordar com ela. O médico deve dar o maior peso para o julgamento do paciente acerca de seu próprio interesse na tomada de decisões. Com efeito, deve ser concedida primazia a essa decisão, uma vez que ela tem sua origem no funcionamento de um bem ainda mais fundamental – a capacidade humana de escolher.

Os desconfortos, riscos e benefícios das indicações de tratamento médico precisam passar pelo julgamento do paciente, auxiliado pelo médico, para que o primeiro possa decidir acerca da qualidade de vida desejada (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

O bem do paciente como pessoa humana é um bem geral e diz respeito a liberdade do ser humano de usar a razão e escolher ou rejeitar. Não permitir que pacientes façam suas escolhas nas decisões médicas é violar sua humanidade. De acordo com Pellegrino e Thomasma (2018), a liberdade de escolha é a base para construir os conceitos de autonomia e beneficência. Eles acreditam que essa é uma condição que está vinculada a capacidade mental dos pacientes. Para eles, recém-nascidos, crianças e pessoas com distúrbios da função cerebral e mentais, por exemplo pacientes em coma ou com sintomas psicóticos, ainda que incapazes, devem ser respeitados em sua humanidade e natureza racional, e isso implicaria serem representados por terceiros.

O conceito de bem último do paciente está relacionado a uma concepção padrão de bem. Existem diversas teorias filosóficas sobre a natureza do bem, que sustentam ideias, muitas vezes, opostas. Pellegrino e Thomasma (2018, p.96-97) explicam:

O bem último ou final, o *telos* da vida humana como percebido pelo paciente, sua visão do significado e do destino da existência humana, as posições tomadas com referência às relações com outros homens e mulheres, o mundo e Deus. Referimo-nos aqui ao bem como último recurso, o que Tillich chamou de “preocupação última”, aquela à qual nos voltamos para a justificação final de nossos atos se todas as razões secundárias ou intermediárias falham. Esse bem pode ser a contemplação do conjunto de genes ou quaisquer alternativas que os seres humanos possam escolher.

Este bem último poderia ser explicado, em outras palavras, como o fim desejado e absoluto da vida, de modo que nada precisaria ser somado a ele. Está representado por condições almejadas por todas as pessoas, como a ausência de dores e sofrimentos, condições físicas e psicológicas para existir, etc. Pode também ser descrito como, na visão aristotélica, o bem enquanto busca pela felicidade (ROCHA, 2013a). Pessoas religiosas podem entender que as leis divinas são o significado de bem maior. Para indivíduos não religiosos, esse bem pode ser a maior utilidade, o bem das pessoas em maior vulnerabilidade, a autonomia do indivíduo, a sobrevivência da espécie, entre outros (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Através desta proposta, nas melhores decisões clínicas, cada nível de bem precisa estar bem compreendido e, preferencialmente, todos devem ser respeitados e combinados. Para os autores, é dever médico promover esses bens na medida do possível (ver Fig.1.1).

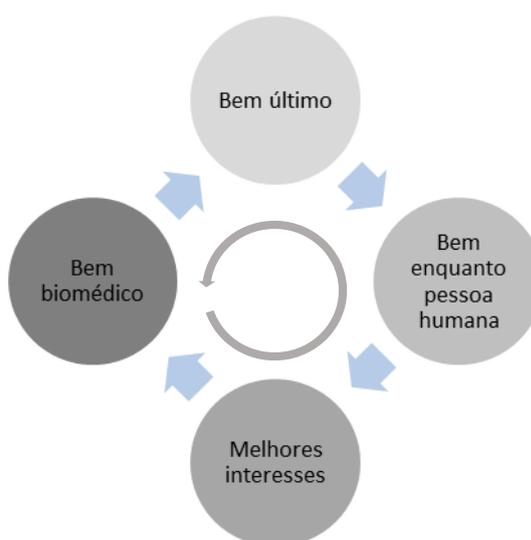


Figura 1.1 O quádruplo significado do bem do paciente na proposta de Pellegrino e Thomasma (2018).

Há, porém, situações em que esses bens podem entrar em conflito ou existirem diferentes interpretações de bem pelos envolvidos, dificultando a tomada de decisão. Neste caso, a qualidade do relacionamento é fundamental. Na relação de confiança proposta, as distinções podem ser especificadas de modo claro e objetivo e ajustadas respeitosamente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Como

dito anteriormente, através do diálogo e da deliberação, médicos e pacientes irão discernir sobre as melhores escolhas relacionadas ao tratamento.

Na prática clínica diária, quando esses conflitos não podem ser negociados, um sistema de prioridades se faz necessário informando uma hierarquia entre esses quatro níveis de bem do paciente, de maneira que a decisão seja moralmente defensável. O modelo da beneficência baseada na confiança estabelece a seguinte ordem decrescente de importância: 1) bem último do paciente, 2) bem do paciente enquanto pessoa humana, 3) melhores interesses do paciente, e 4) bem biomédico. Na ausência de uma hierarquia, a tomada de decisões fica estagnada ou leva a imposições de uma parte sobre a outra (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Pellegrino e Thomasma (2018) entendem que discordâncias profundas no sistema de crenças sobre a noção de bem implicariam na interrupção da relação entre o médico e paciente. Nas circunstâncias, em que as negociações sobre valores ameaçam demasiadamente as convicções de vida do profissional, o mesmo tem liberdade para se retirar do caso.

Como explica Rocha (2013a), através da proposta da beneficência, o bem do paciente pode ser contemplado em termos de “bem-estar” no lugar de “melhores interesses do paciente”, pois depende de critérios objetivos e subjetivos e aponta para um bem racionalmente desejável a todos seres humanos, adequado para orientar a prática médica.

#### 2.4A BENEFICÊNCIA MÉDICA E O PACIENTE COM CAPACIDADE COMPROMETIDA

Como exposto, os valores e preferências do paciente precisam ser levados em conta no processo de decisão em medicina. No modelo da beneficência baseada na confiança, as concepções de bem-estar do paciente devem ser compatíveis entre este e seu médico para que as melhores escolhas sejam tomadas.

Alguns cenários, no entanto, parecem ser particularmente desafiadores para a tomada de decisões éticas. Em algumas circunstâncias, o paciente pode apresentar uma vulnerabilidade ainda maior, como no caso de crianças, idosos com demência, rebaixamento do nível de consciência (coma), deficiência intelectual e outras alterações mentais. Estas são situações de incerteza, em que o paciente pode ser

considerado incapacitado para o processo de decisão ou não ser possível conhecer seus valores e melhores interesses.

Para muitos eticistas, a avaliação da capacidade mental é exigência para o consentimento informado e essencial para a legitimidade moral das decisões clínicas. O questionamento principal apontado seria (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018, p. 177): “esse paciente tem aptidão para fazer uma escolha consciente e fundamentada *neste* momento, *neste* contexto e sobre *este* tratamento?”.

Em contextos de emergência médica, quando o paciente se encontra inconsciente, em estado de coma tratável, presume-se que a pessoa tem como valor a saúde e a segurança física e desejaria receber tratamento. A intervenção clínica se faz imperativa ao invés de deixar o paciente morrer simplesmente pela falta de consentimento (FISTEIN, 2012). Do mesmo modo, há circunstâncias em que a doença ou lesão apresentada pelo paciente, acometendo ou não o cérebro de modo primário, está acompanhada de outras alterações fisiopatológicas temporárias da atividade mental, como desorientação e comprometimento da atenção, memória, pensamento, linguagem, entre outros. Nestas situações de estado confusional agudo, é difícil assegurar que escolhas capazes possam ser feitas. No caso de recusas ao tratamento nestas condições, o médico se vê diante do dever da não-maleficência e do respeito à decisão do paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Em muitas outras situações enfrentadas pela medicina, pode ser ainda mais obscuro e menos evidente se o paciente é capaz de decidir pelo seu bem-estar ou não. Diferentes formas de transtornos mentais, podem interferir, de forma mais ou menos extensa, na capacidade de tomar decisões (FISTEIN, 2012; JONSEN, 2012; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). E há que se tomar cuidado para não julgar o paciente incapaz apenas pelo fato dele ter um diagnóstico psiquiátrico e não concordar com as indicações médicas.

Pellegrino e Thomasma (2018) reconhecem a complexidade envolvida na tarefa de avaliar a capacidade de decisão e ressaltam que, tanto análises formais feitas por especialistas em saúde mental, como psiquiatras e psicólogos, quanto às apreciações informais realizadas por médicos clínicos, são passíveis a erros e parcialidade. Para evitar ou minimizar confusões, eles ressaltam que as avaliações devem estar apoiadas em definições e ser feitas com o máximo de responsabilidade

moral, respeitando as características descritas do modelo da beneficência baseada na confiança.

O complexo conceito de capacidade de decisão no contexto clínico envolve a aptidão do paciente para compreender as informações fornecidas, analisar riscos e benefícios em relação aos seus valores individuais, escolher entre as várias opções, de forma intencional e fundamentada e expressar essa escolha sem equívoco (JONSEN, 2012; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

A linha divisória entre capacidade e incapacidade para tomar decisões pode ser tênue. Para evitar análises relativistas, critérios e testes empíricos precisam ser feitos, de modo que sinais de aptidão suficiente para a escolha possam ser demonstrados (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Esta capacidade de decisão, como conceito, está limitada aos contextos clínicos. No entanto, ainda que grandes esforços sejam feitos para análises técnicas objetivas adequadas, podem surgir conflitos de valores e a autonomia e a beneficência precisam ser refletidas.

Nos casos de evidências aceitáveis de incapacidade, o paciente estaria dependente de outro ser humano capaz de ajudá-lo. Conforme apresentado, o modelo da beneficência baseada na confiança propõe uma visão mais abrangente de bem, para além da autonomia. A partir deste ponto de vista, intervenções médicas deveriam ser feitas para proteger o bem-estar do paciente, mesmo na ausência de consentimento ou capacidade (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Para Pellegrino e Thomasma (2018) em situações de emergência e possibilidade de reversão da incapacidade, profissionais precisam agir para tratar as lesões, desconsiderando inicialmente a vontade contrária do paciente, até que se conheça seus desejos capazes. Em condições irreversíveis, em que o tratamento se tornar causa de dor e sofrimento, prolongando inadequadamente a morte, o médico deve agir de acordo com o desejo manifestado em momento de capacidade anterior ou atual, retirando as medidas de suporte à vida se for o caso.

Diante de recusas ao tratamento psiquiátrico, os autores consideram que o paternalismo seria necessário e a violação do consentimento informado justificável, em favor de bens mais importantes. Para eles, pessoas com capacidade de julgamento prejudicada seriam tratadas mesmo contra objeções, caso seja possível reverter as alterações da função cerebral, até que haja evidência de capacidade.

Neste momento, se o paciente manifestar novamente contrário, o médico deve parar os tratamentos antes implementados (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Estas formas de paternalismo seriam consideradas, em última análise, atos de beneficência. O modelo da beneficência considera a extrema vulnerabilidade de pacientes nestas condições e informa o dever médico de dialogar continuamente com familiares e outros representantes na tentativa de compreender a vontade do paciente da forma mais acertada e responsável possível. Na ausência de outro representante, tomador de decisão substituto ao paciente, o médico deve atuar como agente do mesmo (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

A perspectiva proposta por Pellegrino e Thomasma, restaura a beneficência presente nas tradicionais *leges artis*, regras da arte médica (CRUZ, 2014). Um conjunto de conhecimentos tecnocientíficos e princípios profissionais de ordem valorativa orientam o agir médico. Ademais, se o juízo clínico é sempre incerto e as decisões são no máximo prováveis (GRACIA, 2010), o modo de relação estabelecido entre o médico e o paciente é, portanto, essencial para atingir o objetivo da medicina, ou seja, o maior benefício do paciente. Nas situações de prejuízo na capacidade do indivíduo, esta teoria ética fundamenta decisões prudentes que consideram dignidade humana e responsabilidade médica, através de um conceito ampliado de bem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que o processo de tomada de decisão na medicina atual esteja intimamente ligado às evidências científicas, é importante salientar que ele sempre terá como base a relação médico-paciente e os aspectos humanos nela compreendidos (SILVA G., 2013). Como coloca Gracia (2010, p. 49), “a medicina mais que uma ciência ou um saber puro, é uma prática social, a do cuidado da saúde dos indivíduos e dos grupos sociais”.

A tomada de decisão clínica e ética é tema que influencia os interesses individuais e coletivos. De modo específico, paciente, profissional e sociedade estão todos envolvidos nos cuidados em saúde. Cada uma das partes se relaciona moralmente com um princípio essencial: o paciente com a autonomia, o médico com a beneficência e a sociedade com a justiça; havendo dificuldade em honrar esses

três elementos conjuntamente (GRACIA, 2007). No entanto, se os processos decisórios dizem respeito diretamente e pretendem servir à pessoa adoecida, o centro do debate ético no nível privado é o bem do paciente em particular.

Conscientes da complexidade das questões relativas à relação terapêutica, Pellegrino e Thomasma não pretenderam defini-la completamente, mas traçar um modelo que levasse em conta o melhor interesse do paciente e defender certas premissas morais capazes de subsistir a pluralidade de valor da atualidade, solucionando os impasses dos moldes paternalista e autonomista.

A tomada de decisões éticas no modelo da beneficência proposto pelos autores está baseada na confiança demonstrada pelo paciente de que o profissional atuará pelos melhores interesses do primeiro, tendo conhecimentos, habilidades técnicas e caráter bem constituído para tal. O bem, nesta proposta, surge do relacionamento médico-paciente e orienta a prática clínica. As decisões são discutidas e acordadas entre ambos participantes, em verdadeira aliança terapêutica.

Quando a deliberação entre médico e paciente não é possível, como no tratamento de pacientes com capacidade comprometida, as discussões assumem dificuldades específicas e exigem participação ainda maior de familiares, cuidadores e outros membros da comunidade geral. Na proposta de Pellegrino e Thomasma, a beneficência se mantém como fundamento para a ética profissional diante destes conflitos, uma vez que promove o *telos* ou finalidade da medicina.

## REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

CRUZ, J. A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma. **Revista Brasileira de Bioética**. Vol. 10. No. 1-4. 2014. p. 10-22.

EMANUEL, E; EMANUEL, L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**. Vol. 267. No. 16. 1992. p.2221-2226.

ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética clínica e sua prática. **Revista Bioética**. Vol. 19. No. 2. 2011. p. 343-58.

FISTEIN, E. The Mental Capacity Act and the conceptions of the good. In: RADOILSKA, Lubomira. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin**. Vol. 117. 2001. p.18-23

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 2007.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica**. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

LÁZARO, J.; GRACIA, D. La relación médico-enfermo através de la historia. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Navarra, Vol. 29, No. 3, 2006. p. 7-17.

MOTTA, L. C. S. *et al*, Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Revista Bioética**. Vol. 24. No. 2. 2016. p. 304-14.

PASTURA, P.S.V.C.; LAND, M.G.P. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. **Revista Bioética**. Vol. 24, No.2. 2016. p.243-9.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde**. Tradução Daiane Martins Rocha Esis Steines. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

ROCHA, D. M. **Beneficência e autonomia: questões bioéticas da sociedade secular**. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 276. 2013a.

ROCHA, D. M. A filosofia da medicina de Edmund Pellegrino e os dilemas bioéticos relacionados ao suicídio assistido. **Revista Bioética**. Vol. 21. No. 1. 2013b. p. 75-83

SILVA, G. A. R. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado de arte. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Vol. 11. No. 1. 2013. p. 75-9.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Vol. 10. No. 2. 2010. p. 419-425.

SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética, Cuidado e Humanização: Sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**. Vol. 19. No. 1. 2011. p. 105-17.

ZOBOLI, E.L.C.P. Tomada de decisão em bioética clínica. In: SIQUEIRA, José Eduardo de; ZOBOLI, Elma; SANCHES, Mário; PESSINI, Leo. **Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética**. Brasília: CFM/SBB, 2016.

### 3. ESTUDO DE CASO ÉTICO-CLÍNICO: RECUSA À INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA E TOMADA DE DECISÃO COMPATÍVEL COM O MODELO DA BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA (ARTIGO 2)

#### RESUMO

O respeito à autonomia no campo da saúde é visto como a atenção ao direito de escolha do paciente, cujas preferências podem estar em desacordo com a indicação clínica e o que é benéfico em termos médicos. Autonomia, paternalismo e beneficência se relacionam intimamente com a avaliação da capacidade de fazer escolhas. Como garantir o bem do paciente na assistência de indivíduos com doenças mentais? O objetivo deste estudo é discutir a tomada de decisão médica em situações de conflito de valores entre o médico e o paciente no tratamento psiquiátrico. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa. O caso relatado foi escolhido entre os pacientes que buscaram atendimento médico em um consultório de psiquiatria de Curitiba e recusaram a indicação de internação hospitalar. O processo de tomada de decisão foi discutido com base na proposta deliberativa de Diego Gracia, tendo como âncora o modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma. A deliberação sobre o curso de ação ótimo mostrou que seria possível promover os dois valores conflitantes ao mesmo tempo, saúde e liberdade, evitando decisões extremas e equilibrando autonomia e bem-estar. A discussão apontou para a importância de um cuidado médico harmônico com os valores individuais do paciente, na busca pela realização do bem do paciente em toda a sua abrangência.

**Palavras-chave:** Relação Médico-Paciente. Deliberação. Autonomia Pessoal. Humanização da Assistência. Bioética.

#### ABSTRACT

Respect for autonomy in the healthcare field is seen as attention to the patient's right to choose, even if his preferences may be at variance with the clinical indication and what is beneficial in medical terms. Autonomy, paternalism and beneficence are closely related to the assessment of the ability to make choices. How is it possible to guarantee the patient's good while taking care of individuals with mental disorders? This study aims to discuss clinical decision-making in situations of value conflict between physician and patient in psychiatric treatment. This is a qualitative descriptive case study. The reported case was chosen among patients who sought medical care at a psychiatric office in Curitiba and then refused the medical indication for hospitalization. Decision-making process was discussed on the grounds of Diego Gracia's deliberative proposal, as well as Pellegrino and Thomasma's beneficence model. Deliberation on the optimal course of action showed that it would be possible to promote the two conflicting values at the same time, health and freedom, while avoiding extreme decisions and balancing autonomy and welfare. The discussion

pointed to the importance of making medical care compatible with the patient's individual values, in the pursuit of achieving the patient's good in all its scope.

**Keywords:** Physician-Patient Relationship. Deliberations. Personal Autonomy. Humanization of Care. Biethics.

## INTRODUÇÃO

O paternalismo tradicional da relação médico-paciente esteve baseado no modelo hipocrático, no qual o médico tomava decisões e tinha total responsabilidade pelo bem-estar do paciente. Essa prática foi questionada por desrespeitar o direito a autonomia da pessoa e reduzir o bem do paciente ao bem biomédico, à cura ou remoção da doença, mesmo que isso não se relacionasse ao “bem” em termos do sistema de valores deste paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Desde a segunda metade do século XX, o papel dos indivíduos tem sido fortalecido nos aspectos relacionados a sua saúde e outras condições (HERAZO, 2011). Embora a vontade expressa do paciente seja fundamental para um cuidado médico em sentido amplo, a ênfase exagerada na autonomia pode não considerar a fragilidade da pessoa diante do impacto da doença (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Conflitos envolvendo autonomia são frequentes nas decisões clínicas em psiquiatria. Teóricos com frequência concordam que doenças mentais comprometem, em diferentes graus, dependendo da doença e da gravidade, o funcionamento cognitivo e afetivo do indivíduo e muitas vezes enfraquecem sua capacidade de julgamento e escolha (RADOILSKA, 2012).

Durante o processo de adoecimento mental, a pessoa pode não se perceber doente e rejeitar a necessidade de tratamento ou ter outras prioridades. Em muitas situações, os valores e interesses do paciente podem estar em conflito com as indicações médicas apoiadas nas evidências, ou seja, aquilo que os estudos mostram como sendo o melhor e mais indicado a ser feito em relação à sua doença.

Com o avanço da medicina, certo problema pode apresentar várias opções de tratamento, acarretando riscos e benefícios distintos ao paciente. Desconsiderar as preocupações e vontades do paciente é um fator que está relacionado à falta de confiança do mesmo e conseqüente baixa adesão ao tratamento. Uma boa prática

clínica considera as preferências do paciente; não exige, no entanto, a concordância do profissional às mesmas, caso sejam inapropriadas do ponto de vista médico (JONSEN, 2012).

Diante de recusas ao tratamento psiquiátrico e sinais de capacidade de decisão comprometida, o tratamento deve acontecer mesmo contra a vontade do paciente? E quando há capacidade de decisão, porém o paciente se recusa ao procedimento proposto pelo médico, atentando gravemente contra sua saúde ou integridade física? É possível garantir a autodeterminação e proteger, de modo simultâneo, a pessoa em situação de vulnerabilidade? Como encontrar um ponto de equilíbrio entre o respeito à autonomia e a promoção do bem-estar? Estas são questões essenciais em uma abordagem de humanização da saúde, visto que o médico não está envolvido apenas na remoção da doença ou no alívio dos sintomas, mas também no cuidado e respeito pelas particularidades do paciente.

O modelo de beneficência baseada na confiança proposto por Pellegrino e Thomasma é útil na análise desses conflitos, pois não torna absoluto nem o paternalismo tradicional nem a autonomia. Segundo este modelo de relação médico-paciente, o paciente procura um bem, e é esse bem, o bem do paciente, que deve guiar as decisões médicas (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Para melhor compreensão acerca do processo de tomada de decisão em psiquiatria, foi relatado o caso de um paciente que recusou internação psiquiátrica em algum momento do tratamento. O caso foi analisado através das etapas do processo deliberativo de tomada de decisão clínica proposto por Diego Gracia (2001), com intuito de identificar os problemas éticos e conflitos de valores em questão e discernir sobre as alternativas possíveis e mais prudentes para o tratamento. O presente estudo pretendeu discutir uma tomada de decisão compatível com as características do modelo de beneficência baseada na confiança. Espera-se debater os problemas relacionados com a recusa da internação psiquiátrica e estudar como prestar uma assistência que respeite os valores individuais do paciente.

### 3.1. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O caso clínico foi escolhido entre os pacientes atendidos em um consultório

de psiquiatria da cidade de Curitiba, no Paraná. A participação do indivíduo no referido estudo foi através do acesso aos registros do seu prontuário médico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCPR. CAAE: 15420919.2.0000.0020.

Os critérios de inclusão no estudo foram: paciente adulto, com idade igual ou superior a 18 anos; que na avaliação clínica apresentou diagnóstico de Transtorno Mental pelo DSM-5 e também pelo menos uma das seguintes características para que o médico psiquiatra indicasse a internação psiquiátrica: risco de suicídio, risco de agressividade contra outras pessoas, transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos e/ou descuido pessoal grave; tendo manifestado recusa à hospitalização proposta. Além disso, foi critério de inclusão o seguimento com tratamento através de consultas por pelo menos 6 meses após ter recusado a hospitalização.

Foi excluído paciente que apresentava incapacidade grave de compreender e manifestar sua vontade e/ou suspeita de doenças chamadas orgânicas como causa da mudança de seu comportamento, conforme os seguintes critérios: diagnóstico de Deficiência Intelectual ou Transtorno Neurocognitivo Maior; paciente que apresentou durante a avaliação clínica redução do estado de consciência, sintoma neurológico de início recente e/ou queda repentina na atenção, orientação e memória; quadro de impedimento para a fala; e recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a apresentação do caso clínico, o mesmo foi submetido às etapas de um parecer deliberativo na proposta de Diego Gracia (2001), tendo como apoio para a discussão o modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma (2018).

### 3.2. APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem, 26 anos, solteiro, sem filhos, branco, ensino superior incompleto, estudante de curso de teatro, ateu. Mora com os pais e irmão mais novo.

Busca atendimento psiquiátrico acompanhado da mãe referindo perda de controle sobre o uso de álcool. Estava em uso diário de 400 ml por dia de bebida destilada. Também fazia uso de três cigarros de maconha e quinze cigarros de tabaco por dia. Manifestou desejo de mudar o padrão de uso de álcool. No último ano, referia ter sempre bebida por perto e pensar frequentemente no álcool. Dizia

entrar em pânico quando percebia que poderia não haver bebida consigo. Ao ingerir álcool, bebia o suficiente para ficar sem discernimento. Relatava história de sintomas leves a moderados de abstinência, como tremores das mãos e ansiedade, retomando ao consumo de álcool após período de abstinência. Negava ter apresentado sintomas compatíveis com quadro de abstinência alcoólica grave, como convulsões e *delirium tremens*. A última ingesta de álcool havia sido 12 horas antes da avaliação. Dava prioridade à ingestão alcoólica em detrimento de atividades sociais, profissionais e recreativas e encontrava-se com incapacidade de sentir prazer em várias esferas da vida, desânimo e diminuição da vontade, isolamento social, ideias de autodepreciação, descuido da aparência e higiene. Apresentava insônia e só dormia caso ingerisse álcool. Referia crises de ansiedade, nas quais apresentava angústia, agitação psicomotora e sintomas físicos, como falta de ar e palpitações, e recorria à maconha, relatando auxílio parcial no momento de uso. Contou que fazia “bicos para sustentar o vício” e tinha medo de buscar emprego fixo, pois acreditava que teria descontrole financeiro e piora do padrão de uso de drogas. Ideias de suicídio ativas, comportamento agressivo contra terceiros e sintomas psicóticos estavam ausentes. O paciente manifestou desejo de ajuda profissional para deixar comportamentos “autodestrutivos e não precisar do álcool para dormir e se sentir bem”. Referiu desejo de manter uso da maconha e do tabaco, demonstrando, naquele momento, que não estava aberto a considerar mudanças de comportamento relacionadas ao consumo destas substâncias.

Em relação aos antecedentes pessoais, o paciente relatou história de timidez na infância e adolescência, com ideias de inadequação em situações sociais. Conta que presenciou o alcoolismo do pai e esteve distante afetivamente do mesmo durante sua infância. Conflitos conjugais entre o pai e a mãe e fases de separação e reaproximação dos mesmos foram vivenciadas ao longo do seu desenvolvimento. Criado em família católica, frequentava grupo de jovens da comunidade religiosa e tinha expectativa de entrar no seminário e tornar-se padre. Aos 17 anos, iniciou namoro e desistiu de uma vida religiosa. Teve uso experimental de álcool e maconha aos 18 anos em encontro estudantil. Mencionou episódios depressivos prévios, desde os 17 anos. Após término de relacionamento há cinco anos, apresentou sintomas depressivos intensos e teve agravamento do uso de álcool e de maconha por cerca de dois anos. Chegou a beber um litro de destilado por dia no período. Os episódios depressivos alternaram-se com fase de hiperatividade,

desinibição excessiva e impulsividade, associado a abuso de múltiplas substâncias químicas, como cocaína, ácido lisérgico (LSD), ecstasy e uso indevido da medicação metilfenidato. Na época, abandonou o emprego. Nos últimos dois anos, havia iniciado um processo de busca de auxílio psicológico e médico, passando por vários profissionais com pouca adesão. Expressou a ideia de que profissionais de saúde queriam obrigá-lo a interromper o uso de álcool e que isso contribuiu para a baixa aderência ao tratamento, pois não tinha a intenção de parar de beber e fumar maconha. Estava sem uso de outras substâncias há mais de um ano. Encontrava-se em psicoterapia regular havia dois meses com profissional da psicologia.

Tinha história familiar de pai com quadro de dependência alcoólica, passando por internações psiquiátricas ao longo da vida. O pai estava em abstinência de álcool havia dez anos, após um episódio de trauma crânio-encefálico, e mostrava sintomas depressivos no momento. O avô paterno também apresentou dependência de álcool durante a vida e faleceu por homicídio, dentro de um bar. Além disso, o avô materno também manifestava sintomas de dependência de álcool; o irmão demonstrava instabilidade afetiva e uso de álcool e maconha; e um primo tinha dependência química de crack.

O paciente referiu dificuldades financeiras da família. A mãe trabalhava como professora e possuía a principal renda familiar. O pai tinha trabalho informal e o irmão estava desempregado. A relação sempre foi muito próxima com a mãe, seu único apoio. Havia dificuldade de relacionamento importante com o irmão.

Na avaliação do estado mental, o paciente mostrava aparência descuidada, estava orientado em relação ao ambiente e a si mesmo, apresentava humor depressivo, pensamento organizado, sem alteração no juízo de realidade e apresentava consciência parcial de morbidade (insight).

Os diagnósticos elaborados pelo médico na avaliação inicial foram de Transtorno Relacionado ao Álcool, Transtorno Relacionado a *Cannabis*, Transtorno Relacionado ao Tabaco e Transtorno de Humor Não Especificado (Síndrome Depressiva a esclarecer) e foi indicado internação psiquiátrica para desintoxicação e tratamento inicial do Transtorno de Humor em ambiente hospitalar.

O prejuízo no controle volitivo relacionado ao quadro de dependência de álcool e da síndrome depressiva, a história de tratamentos ambulatoriais sem sucesso em obter a abstinência, o prejuízo no suporte social e as limitações

financeiras para manter tratamento particular com consultas frequentes foram os fatores que justificaram a indicação médica para o tratamento hospitalar.

A mãe, preocupada com a dependência, demonstrou sentimento de impotência e medo, ideias de descrença na possibilidade de melhora e mostrou-se favorável a internação. O paciente recusou a intervenção proposta, argumentando que não gostaria de interromper o curso de teatro, pois o envolvimento com as artes cênicas era sua única satisfação na vida.

Diante do conflito apresentado após a avaliação inicial, propõe-se a deliberação sobre a melhor conduta para o caso.

### 3.3. DISCUSSÃO

O exercício diário da psiquiatria possibilita o surgimento de questões éticas diversas relativas a “escolhas rotineiras da prática clínica, como o cuidado ao se fazer um diagnóstico ou uma interpretação das opções terapêuticas consideradas para um paciente e analisadas com ele”, como destacam Roberts, Hoop e Dunn (2012, p. 1682).

Embora exista atualmente um crescente número de tratamentos farmacológicos, a resposta e as taxas de remissão ainda estão aquém das almejadas, e o desafio de tratar transtornos psiquiátricos permanece envolto de grande dificuldade (CRISAFULLI et al., 2011).

No caso analisado, a indicação médica entrou em conflito com as preferências, crenças e valores do paciente em relação ao tratamento. Para o melhor entendimento dessa questão, se faz necessário refletir sobre o conhecimento técnico médico acerca do problema apresentado pelo paciente, bem como os aspectos éticos envolvidos para a tomada de decisão terapêutica.

Ao longo da história, as dependências de álcool e drogas foram temas analisados puramente na perspectiva da moralidade, como um desvio de caráter. Apenas a partir do século XX, foram incorporadas aos estudos científicos, passando a ser vistas como doenças de natureza biológica, psicológica e social (RIBEIRO, 2015). Ao considerar as dependências químicas como doenças, abriu-se espaço para respeitar os indivíduos dependentes como humanos merecedores de auxílio, de modo a poder resgatá-los da marginalização social (GRACIA, 2010).

Essa nova concepção levou a pensar diferentes estratégias de tratamento. Para Ribeiro (2015, p. 466-467):

O tratamento da dependência química de boa qualidade é efetivo para reduzir ou interromper o consumo de substâncias psicoativas, melhorar a saúde clínica dos usuários, prevenir danos, tais como infecções e superdosagens, bem como aumentar o funcionamento social. (...) Um serviço de atendimento contemporâneo deve ser preferencialmente interdisciplinar, construído com base nas necessidades do paciente, considerando parceiros locais e envolvendo familiares nos cuidados oferecidos. (...) Há uma possibilidade ilimitada de modelos de tratamento. (...) Cada um deles tem vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente químico. Não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço. (...) O momento do tratamento também influencia a escolha do serviço. É preciso reconhecer o serviço mais indicado para aquele momento e saber combiná-lo a outros ambientes em que a sequência do tratamento se dará.

A motivação do paciente em uso de substâncias para a mudança é também um fator que precisa ser considerado para o planejamento das intervenções. Esse estado de prontidão ou vontade de mudar pode oscilar ao longo do tempo e é passível de ser influenciado (FIGLIE; SZUPSZYNSKI; BORDIN, 2015).

Em pacientes com dependência alcoólica, a diminuição ou interrupção do uso de álcool leva a sinais e sintomas físicos e psíquicos, que podem ser de leves e intermitentes a frequentes e intensos, com risco de morte e consequências graves aos que não recebem tratamento. A avaliação dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais determinará a complexidade do comprometimento do paciente e o tratamento a ser submetido, realizado em nível ambulatorial ou hospitalar (SILVA et al., 2015).

O hospital psiquiátrico pode ser necessário para manejar adequadamente quadros de abstinência mais intensos, pacientes com fraco suporte social, bem como para lidar com as comorbidades psiquiátricas, como esquizofrenia, depressão maior, transtorno bipolar. Nestas circunstâncias, o ambiente de cuidado intensivo permite melhor tratamento de sintomas graves, como comportamentos suicidas e agressivos contra terceiros (RIBEIRO, 2015).

O tratamento da dependência química, como uma doença crônica, demanda a construção de uma boa relação médico-paciente (O'BRIEN; MCLELLAN, 1996). Quando o paciente encontra no tratamento proposto pelo médico o alívio para seu sofrimento e o atendimento a suas necessidades, o encontro terapêutico funciona de maneira efetiva. Entretanto, existem situações bastante controversas no cuidado

clínico de pessoas com quadros de adicção e outros transtornos mentais. Por exemplo, o que fazer se o paciente não aceita a indicação de tratamento feita pelo médico?

Negar-se a aceitar os desejos do paciente pode ser adequado ou não dependendo do sentido dado e da forma como se apreciam os diferentes princípios morais, especialmente a beneficência e o respeito ao indivíduo. Em práticas paternalistas fortes tradicionais, afirma-se ser necessário evitar que indivíduos causem danos contra si mesmos, independentemente de seus consentimentos ou outras condições. Isso é, no entanto, questionável do ponto de vista ético (GRACIA, 2007).

Avaliar a capacidade do paciente para a tomada de decisão sobre sua saúde é fundamental para o melhor atendimento médico em situações de recusa ao tratamento médico. A capacidade cognitiva e emocional para tomar decisão pode ou não estar presente em pessoas com transtorno mental (FISTEIN, 2012; HERAZO, 2011; HOPE, 2004; MAÇKALI, 2014; ROBERTS; HOOP E DUNN, 2012). Indivíduos que apresentam algum nível de alteração mental não deveriam ser classificados prontamente como incapazes de tomar decisões informadas aceitáveis para seu bem-estar (JONSEN, 2012). É contestável desqualificar a capacidade de escolha do paciente, sem investigações mais profundas, baseando-se apenas no diagnóstico psiquiátrico e na recusa ao tratamento médico indicado.

Considerando a ideia de capacidade mental como pré-condição para o direito à recusa de tratamento, alguns instrumentos auxiliam os médicos, como o Instrumento MacArthur para a avaliação da competência para decidir a aceitação do tratamento (GRISSE; APPELBAUM; HILL-FOTOUCHI, 1997). No entanto, estes recursos não resolvem definitivamente esta problemática.

Se o paciente se encontra em condições de formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza da sua decisão, muitos teóricos argumentam que seu direito de decidir sobre sua pessoa e sua saúde deve ser respeitado (QUEVEDO; CARVALHO, 2014). Já em circunstâncias especiais, devido à gravidade da alteração mental apresentada pelo paciente e/ou ao risco de morte iminente para si ou terceiros, eticistas podem considerar que cabe aos familiares ou profissionais de saúde decidir pela pessoa e que seria justificável tratar involuntariamente o paciente (JONSEN, 2012; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Em casos de rebaixamento do nível de consciência, como no estado de coma, pacientes visivelmente não possuem habilidades que os tornariam aptos a fazer escolhas explícitas. Porém, existem casos que estão em uma zona cinzenta entre capacidade e incapacidade de decisão. Nestes casos, em particular relacionados a transtornos psiquiátricos, a incapacidade pode não ser tão evidente, não ficando claro ao médico se o paciente consegue tomar decisão de forma aceitável para o seu próprio bem-estar (JONSEN, 2012; PELLEGRINO; THOMASMA, 2018). Há diferentes níveis de consentimento informado, com limites não claros entre si (GRACIA, 2007).

Como reflete Rosa (2009, p.122): “entre os extremos, existe uma área fronteira muitas vezes nebulosa e, por que não dizer, perigosa, influenciada por fatores de diversas ordens, como a social, a econômica e a cultural, extremamente angustiante para os envolvidos (...)”, podendo haver prejuízo na avaliação das condições da autonomia do paciente.

A multidimensionalidade dos transtornos psiquiátricos é fator constitutivo do adoecimento mental. Este não é um problema que está aguardando resolução. O debate sobre livre-arbítrio é a principal questão prática e ética da psiquiatria. Nos transtornos mentais, a personalidade da pessoa e a doença estão confusamente entrelaçadas, cabendo ao clínico a tarefa de preservar a autonomia individual de seu paciente (SCHEURICH, 2002).

Ao médico que busca cuidar com excelência e tomar decisões éticas em psiquiatria, não é suficiente o domínio dos conhecimentos científicos recentes. Cloninger *et al* (2011) aponta que reconhecer a singularidade de cada pessoa é compreender que os tratamentos baseados em evidências são valiosos como guia, porém são incapazes de contemplar a heterogeneidade neurobiológica e psicossocial de cada paciente com transtorno mental.

Uma boa prática clínica considera o conjunto de valores e as preferências de cada paciente. Para Pastura e Land (2016), processos de tomada de decisão médica que evitam generalizações, analisam cuidadosamente as circunstâncias e dão importância às questões valorativas culminam em boas escolhas.

Como coloca Gracia (2010, p. 369), “em toda doença há sempre um elemento que não é biológico, mas psicológico e social, ou, mais amplamente humano”. De acordo com o autor, não há fatos puros. Fatos estão, inevitavelmente, ligados a valores, condições que exprimem profundamente a identidade de cada indivíduo.

Há que se considerar que um mesmo problema pode ter várias soluções diferentes. A partir da compreensão das necessidades, desejos e perspectivas de todos os envolvidos, é possível trabalhar em direção a uma decisão compartilhada, evitando ações compulsórias. Em situações de hospitalização involuntária de pacientes psiquiátricos, é importante identificar os valores em conflito considerados pelo médico e pelo paciente, para então definir o melhor curso de ação, aquele que respeitará ao mesmo tempo a maior parte desses valores (VALENTI et al., 2013).

Cenários de recusa ao tratamento psiquiátrico exemplificam bem as dificuldades encontradas na prática clínica para equilibrar o dever da não-maleficência e da beneficência com o respeito a decisão do paciente.

Para Pellegrino e Thomasma (2018) a finalidade da medicina é a promoção do bem do paciente. Desta forma, o modelo proposto pelos autores considera que é incompleto enfatizar exageradamente a autonomia ou o bem médico. Esta perspectiva se preocupa com a cura do paciente no sentido amplo e entende a importância de autonomia e bem-estar estarem congruentes.

Neste modelo, os cuidados médicos devem promover o bem do paciente nos seus quatro componentes: [1] seu bem último, o padrão de bem que tem maior significado para ele, [2] o bem geral do paciente como pessoa humana, fundamentado na liberdade de escolha presente na condição de ser humano, [3] os melhores interesses do paciente, ou seja, sua percepção acerca de seu próprio bem em uma circunstância e tempo específicos e [4] o bem biomédico, benefício fisiológico ou capaz de conter a doença apresentada pela pessoa, atingido através de intervenções médicas (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Nas melhores decisões clínicas, cada nível de bem precisa estar bem compreendido e, preferencialmente, todos devem ser respeitados. Diante de conflitos, para evitar imposições da escolha de um lado sobre outro, faz-se necessário negociar. Este processo dialético deve existir dentro de uma relação de confiança. Quando isso não é possível, o estabelecimento de uma hierarquia entre estes sentidos de bem é indispensável. A ordem de importância assumida por Pellegrino e Thomasma (2018), conforme descrita acima, trata-se de um esquema metaético, baseado em uma filosofia da medicina (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

De acordo com Pellegrino e Thomasma (2018), se houver prejuízo na capacidade do paciente para a escolha consciente, como ocorre em transtornos

psiquiátricos graves, o paternalismo médico se faz necessário. Neste caso, devem ser tomadas as medidas adequadas para restaurar a capacidade da pessoa, quando possível, e proteger seus melhores interesses, com a ajuda de representantes que podem ser familiares ou não.

A discussão do caso segue através das etapas do processo deliberativo na proposta de Diego Gracia (2001), com intuito de analisar as particularidades do caso, reconhecer os valores em questão e promover uma tomada de decisão clínica que seja compatível com o modelo da beneficência baseada na confiança.

### 3.3.1. Esclarecimento dos fatos do caso

A análise do caso do paciente identificou como problemas de saúde principais: dependência alcoólica moderada, síndrome de abstinência leve a moderada e quadro depressivo de intensidade moderada.

Em relação às condições psicológicas do paciente, o contato com o profissional estava íntegro, o paciente estava orientado, com juízo da realidade mantido, sem risco importante de suicídio ou heteroagressividade. Manifestava ambivalência em relação ao desejo de parar de beber.

A rede de apoio do paciente era restrita, dependente da mãe, cujos cuidados eram parciais devido às atividades profissionais da mesma, necessárias para prover o sustento da família. Estava desempregado, porém desenvolvia atividade produtiva como estudante.

A indicação médica para o tratamento hospitalar baseou-se no histórico de tratamentos ambulatoriais sem sucesso em obter a abstinência, ao prejuízo no controle da vontade relacionado ao uso de substâncias e ao quadro depressivo, bem como nas limitações de suporte social e financeiras para manter tratamento particular frequente.

O paciente não aceitou a indicação de internação e desejava fazer tratamento em regime ambulatorial, com consultas. O motivo da recusa do paciente seria manter sua liberdade para continuar curso profissionalizante de ator de teatro.

### 3.3.2. Identificação dos problemas éticos

Os principais problemas éticos identificados no estudo do caso apresentado estavam relacionados ao direito à autonomia e à recusa ao tratamento da pessoa com transtorno mental. Foram levantados os seguintes questionamentos:

O direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa e suas condições de saúde deve ser respeitado? O paciente tem capacidade para decisão sobre o tratamento? O paciente tem entendimento adequado sobre a gravidade do seu quadro clínico e consegue tomar decisões informadas aceitáveis para seu bem-estar? A adicção e dependência de substâncias, independente de outras condições, é sinal de incapacidade de decisão?

Qual o melhor ambiente de tratamento para o paciente? Ele deve permanecer em casa e realizar consultas ambulatoriais, ainda que na frequência menor que a ideal devido limitações financeiras, em respeito à sua ideia de bem particular para sua qualidade de vida? Ou deve ser hospitalizado, tendo em vista a atual negligência com sua saúde e o maior benefício clínico com este recurso terapêutico?

A mãe, com sinais de desgaste emocional, considerou a história prévia do paciente e a história familiar de quadros graves de dependência alcoólica e se mostrou inicialmente favorável a internação. Ela precisa acatar o desejo do paciente ou deve ser a substituta na tomada de decisão?

Se o paciente tem um quadro de dependência de substâncias, mas não há outros sinais evidentes e fortes de incapacidade de decisão, a internação involuntária é uma conduta adequada?

O engajamento de médicos e familiares em condutas coercitivas pode estar enraizado nos seus próprios sentimentos de ansiedade diante dos desafios e da complexidade do cuidado desses indivíduos?

Na prática clínica cotidiana é comum uma relação assimétrica entre o poder decisório do médico, amparado em conhecimentos técnicos, e o espaço dos valores morais do paciente, reconhecido, muitas vezes, como incapaz para tomar decisões autônomas sobre seu próprio corpo e sua vida. Como minimizar a assimetria de poder entre médico e paciente nos tratamentos psiquiátricos?

### 3.3.3. Identificação dos valores em conflito e do problema ético fundamental

Do ponto de vista ético, a internação, indicada pelo profissional e em concordância com a opinião do familiar, está motivada pelo argumento de proteção à

saúde e à vida do paciente e entra em conflito com a liberdade individual para expressão artística, valor essencial para a vida do paciente, manifestado pelo mesmo.

O que é preferível: respeitar a autonomia do paciente ou recorrer a uma internação, ainda que involuntária, considerando seu estado de saúde e o bem biomédico?

#### 3.3.4. Identificação dos cursos de ação possíveis

Quais as alternativas possíveis para o tratamento do paciente?

- a) Hospitalização involuntária do paciente, feita em concordância com a família.
- b) Encaminhamento para outra modalidade de tratamento como CAPS, hospital-dia, grupo de apoio ou outro.
- c) Continuidade de acompanhamento do paciente em regime ambulatorial, com seguimento psiquiátrico e psicológico, considerando que já estava em psicoterapia regular há 2 meses.
- d) Encaminhamento do paciente para internação e, diante de falta de cooperação com as recomendações médicas, abandono do paciente e retirada do caso por parte do profissional.

#### 3.3.5. Deliberação sobre o curso de ação ótimo

A escolha da conduta terapêutica precisa ser precedida por uma discussão ampliada, que reflita acerca dos benefícios e riscos de cada opção e dos princípios bioéticos envolvidos no caso, ou seja, autonomia e beneficência.

Uma hospitalização poderia levar a um período de desintoxicação e tratamento dos distúrbios decorrentes do uso do álcool, de modo intensivo e multidisciplinar, somando cuidados físicos aos psicológicos e aumentando a probabilidade de recuperação. Num modelo paternalista de relação médico-paciente, o médico desconsideraria a autonomia do paciente e optaria pela internação, agindo em nome da beneficência. Esta beneficência alegada, no entanto, concebe apenas o bem biomédico. Para Gracia (2007, p. 151): “uma beneficência não paternalista é aquela que procura fazer o bem ou ajudar os outros nas suas necessidades, sempre que o peçam voluntariamente ou o aceitem”. O imperativo moral da beneficência

busca o maior bem do doente. Diferentemente do princípio da não-maleficência, a beneficência está relacionada com o consentimento informado. Fazer o mal jamais é legítimo, no entanto, em algumas circunstâncias, fazer o bem também pode não ser (GRACIA, 2007).

Ao ser feita contra a vontade do paciente, a hospitalização poderia ter como consequência a quebra no vínculo e confiança na relação do paciente com o profissional, o menor engajamento ao tratamento pelo paciente, uma maior resistência a mudança de comportamento e o afastamento afetivo da mãe, seu único suporte familiar.

Na decisão de manter consultas ambulatoriais, o paciente se sentiria valorizado e respeitado em sua prioridade de vida, favorecendo a construção de uma aliança terapêutica com o médico. A autonomia do paciente seria respeitada através dessa escolha. Porém, o cuidado provavelmente seria feito numa frequência menor que a ideal devido restrições financeiras do paciente. Como consequência, o paciente poderia ter complicações decorrentes de intoxicações agudas, da abstinência e do agravamento do quadro depressivo, podendo vir a ter comportamento suicida ou heteroagressividade, por exemplo.

Ao encaminhar o paciente para outra modalidade de tratamento, como CAPS, hospital-dia ou grupos de ajuda, sua autonomia também estaria sendo considerada e ele poderia se manter integrado a atividade social atualmente desempenhada e de grande significado pessoal, ao mesmo tempo que receberia cuidados. Uma vantagem das terapias de grupo e acompanhamento em CAPS ou hospital-dia é que podem contribuir para o processo de mudança, uma vez que trabalham na esfera multidisciplinar (MELO; FIGLIE, 2015; RIBEIRO, 2015). Em hospital-dia ou CAPS, também seria possível o cuidado medicamentoso e manejo dos sintomas agudos apresentados pelo paciente (RIBEIRO, 2015). Há, no entanto, chances maiores de recaída do uso de álcool, novas intoxicações agudas e quadros de abstinência. Além disso, estas possibilidades de tratamento estariam dependentes da disponibilidade da rede de serviços de saúde da região onde o paciente habita.

No modelo da beneficência baseada na confiança, os valores médicos e individuais do paciente são reconhecidos, e, através do diálogo mútuo, o bem particular do paciente é definido. O curso ótimo de ação seria aquele capaz de promover os dois valores conflitantes ao mesmo tempo, saúde e liberdade, evitando decisões extremas.

Cabe ressaltar que a questão da autonomia em pacientes com quadros de adicção é ainda uma questão controversa. No entanto, como não havia sinais clínicos de gravidade relacionada a abstinência de álcool, sintomas psicóticos ou ideação suicida grave, com riscos intensos e urgência de cuidados, e o paciente demonstrava que compreendia as informações fornecidas pelo médico acerca das doenças e riscos e benefícios dos tratamentos, e podia comunicar sua escolha, considerou-se, nesta análise, que não haveria evidência de inautenticidade da decisão do paciente. Indicando, assim, a observação à hierarquia metaética de bens para a tomada de decisão compatível com o modelo da beneficência baseada na confiança.

Ou seja, em ordem de importância tem-se: [1] a percepção do paciente de seu próprio bem último e maior da vida; para ele, a expressão artística, [2] sua liberdade para fazer suas próprias escolhas, [3] seu bem particular no momento, que é manter o curso de teatro e [4] o bem biomédico, isto é, primordialmente, a abstinência de substâncias e o controle do transtorno de humor.

Sendo assim, entendeu-se, neste estudo, que a hospitalização contra a vontade do paciente não seria uma decisão prudente e beneficente. O encaminhamento para outra modalidade de tratamento como CAPS e hospital-dia ou a continuidade de acompanhamento do paciente em regime ambulatorial, com seguimento psiquiátrico e psicológico, seriam, naquelas circunstâncias apresentadas pelo paciente, cursos de ação que equilibrariam autonomia e beneficência, respeitando prioritariamente os sistemas de valores e projeto de vida que o paciente forjou para si.

#### 3.3.6. Tomada de decisão

A decisão de continuar o tratamento em ambulatório ou encaminhar para CAPS ou hospital-dia seriam ambas decisões compatíveis com o modelo da beneficência baseada na confiança.

#### 3.3.7. Justificativa ou raciocínio final

Na deliberação sobre as responsabilidades, o curso ótimo é submetido às provas de publicidade, consistência de tempo e legalidade.

O teste de publicidade está relacionado ao raciocínio sobre possíveis argumentos contra a decisão tomada.

O paciente foi avaliado em seu estado atual e a prática oferecida baseou-se nas evidências científicas e nos direitos humanos, conforme os princípios preconizados pelo Plano de Ação em Saúde Mental (2013-2020) da OMS. Além disso, o paciente recebeu, juntamente com seu familiar, informações adequadas sobre o seu caso, os tratamentos, propósito e duração estimada dos procedimentos e os riscos envolvidos. Eles foram orientados sobre outros recursos terapêuticos disponíveis, não havendo, portanto, negligência médica. Se o paciente foi considerado, naquelas condições, capaz de consentir, respeitado em sua autonomia e, simultaneamente, não foi abandonado sem tratamento, compreende-se que a escolha pela não internação é passível de defesa pública, dando prerrogativa para outros casos.

O teste de temporalidade implica em uma avaliação sobre a validade da decisão após um prazo de tempo razoável.

Acredita-se que, dentro de condições semelhantes, a escolha seria a mesma no futuro. No entanto, o quadro clínico pode mudar ao longo do tempo, com agravamento dos danos e riscos. O paciente pode passar a apresentar sintomas graves que configuram emergência médica e psiquiátrica, como por exemplo abstinência alcoólica grave, estado confusional agudo ou comportamento suicida, configurando um chamado estado de necessidade, sendo impossível obter consentimento informado (BOTEGA, 2012). Também pode passar a ter sintomas que comprometem momentânea ou permanentemente a competência ou capacidade para tomar decisões razoáveis, como sintomas psicóticos ou dificuldade cognitiva importante para raciocinar e comunicar sua escolha. Essas situações implicariam em reavaliação do curso de ação ótimo, a fim de evitar que a pessoa cause danos graves contra si mesma por incapacidade para consentir.

A prova de legalidade ocorre através da confirmação das leis vigentes.

A decisão tomada está respaldada pela Lei Federal 10.216/01 que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redimensiona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. O paciente foi tratado com humanidade e respeito, protegido de abusos, tendo como objetivo a recuperação de sua saúde pela inserção na comunidade.

Adicionalmente, considera-se importante relatar que o acompanhamento deste paciente se deu, ao longo de um ano de observação, na forma ambulatorial. Constatou-se, neste período, o engajamento do indivíduo no curso de teatro, com atuações bem-sucedidas em apresentações artísticas públicas. O paciente apresentou, até o momento desta publicação, melhora parcial dos sintomas depressivos e atingiu estado de abstinência de álcool, mantendo uso de maconha e tabaco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de relação estabelecido entre o médico e o paciente é essencial para atingir o objetivo da medicina, ou seja, o maior benefício do paciente. Como nos lembra Siqueira (2014, p. 343), “a relação médico-paciente não deve ser simplesmente o encontro entre um técnico e um corpo doente, mas sim oportunidade de colaboração mútua”.

Cuidar de uma pessoa que adoece consiste em construir o sentido da vida através do diálogo e da responsabilidade e auxiliar este indivíduo a existir em suas particularidades (TORRALBA-ROSELLÓ, 2009).

No contexto dessa relação contínua, é esperado, atualmente, que a tomada de decisão no tratamento médico em psiquiatria esteja de acordo com as necessidades e valores dos pacientes (ROBERTS; HOOP; DUNN, 2012). O reconhecimento das escolhas dos pacientes oferece a eles a oportunidade de assumir a consciência e o compromisso com seus comportamentos e suas vidas (BRITTON; WILLIAMS; CONNER, 2008).

Em relação ao tema da adição de substâncias psicoativas, conforme Gracia (2010), este é um fenômeno claramente cultural e moral, relacionado ao sistema de valores que um indivíduo assume como próprios e com o projeto de vida que estabelece para si mesmo. Um problema que não pode ser visto apenas como patológico e cuja solução pode estar na promoção da responsabilidade. O tratamento psiquiátrico precisa contribuir para o amadurecimento e a responsabilidade do indivíduo com a vida e com o mundo. Neste sentido, a discussão do caso clínico apresentado esteve apoiada no modelo da beneficência

baseada na confiança, na tentativa de aproximar os valores do paciente aos benefícios terapêuticos e visando a cura do indivíduo em sentido amplo.

Na ética médica atual, espera-se que a beneficência, como essência do ato médico, esteja vinculada à proteção da autonomia e do bem social. São necessárias, portanto, novas discussões bioéticas de modo a definir com clareza em quais situações excepcionais a beneficência paternalista precisa de fato ocorrer na medicina e, em especial na psiquiatria, no tratamento das diferentes condições de adoecimento mental, garantindo a boa prática profissional.

## REFERÊNCIAS

BOTEGA, N. J (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.

BRITTON, P.C.; WILLIAMS, G.C.; CONNER, K. R. Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. **Journal of Clinical Psychology**. Vol. 64, No. 1. 2008. p. 52-66.

CLONINGER, C. R. *et al.* Biological Perspectives on Psychiatry for the Person. **Int J Pers Cent Med**. Vol. 1. No. 1. 2011. p. 1-5.

CRISAFULLI, C. *et al.* Pharmacogenetics of antidepressants. **Front Pharmacol**. Vol. 2. No 6. 2011.

FIGLIE, N. B.; SZUPSZYNSKI, K. P.; BORDIN, S. Motivação. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

FISTEIN, E. The mental capacity act and the conceptions of the good. In: RADOILSKA, Lubomira. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin**. Vol. 117. 2001. p.18-23

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 2007.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

GRISSE, T. APPELBAUM, P. S. HILL-FOTOUCHI, C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. **Psychiatr Serv.** Vol. 48. No. 11. 1997. p. 1415-9.

HERAZO, E. Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatria. **Revista Colombiana de Psiquiatria.** Vol. 40. No. 1. 2011. p. 152-163.

HOPE, T. **Medical ethics: a very short introduction.** Oxford: Oxford University Press, 2004.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica.** 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

MACKALI, Z. Informed Consent and Capacity to Give Consent in Mental Disorders. **Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/ Current Approaches to Psychiatry.** Vol. 6. No. 3. 2014. p.227.

MELO, D. G.; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

O'BRIEN, C. P.; MCLELLAN, A. T. Myths about the treatment of addiction. **Lancet.** Vol. 347, 1996. p. 237-240.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020.** World Health Organization. Geneva: 2013. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf) - Acesso em 01 de junho de 2020.

PASTURA, P.S.V.C., LAND, M.G.P. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. **Revista Bioética.** Vol. 24, No.2. 2016. p.243-9.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde.** Tradução Daiane Martins Rocha Esis Steines. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. (org.). **Emergências psiquiátricas.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RADOILSKA, Lubomira. (Ed.). **Autonomy and mental disorder.** Oxford: Oxford University Press, 2012.

RIBEIRO, M. Organização de serviços de tratamento para dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

ROBERTS, L. W.; HOOP, J. G.; DUNN, L. B. Ética em psiquiatria. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de psiquiatria clínica.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROSA, C. A. P. Considerações sobre internação compulsória em psiquiatria. In: OSELKA, G. (coord.). **Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre Casos**

Selecionados. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

SCHEURICH, N. Moral Attitudes and Mental Disorders. **Hastings Center Report**. Vol. 32, No. 2. 2002. p. 14-21.

SILVA, C. J. Álcool. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética, Cuidado e Humanização: Sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

TORRALBA-ROSELLÓ, Francesc. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

VALENTI, E. *et al.* Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. **J Med Ethics**. Vol. 0. 2013. p. 1-5.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate bioético permite refletir acerca da natureza e da complexidade dos problemas que surgem no cuidado em saúde. Os problemas éticos em psiquiatria são de grande relevância e devem envolver toda a sociedade. No entanto, aos médicos psiquiatras é exigido uma maior consciência (LOPES, 2001). Se considerarmos que a psiquiatria é uma prática médica que se favorece da ciência e se preocupa com o humano, psiquiatras clínicos podem ser considerados moralmente responsáveis, sendo convocados a se esforçar para melhorar os padrões e a qualidade dos serviços de saúde, garantindo o respeito a princípios éticos fundamentais (GREEN; BLOCH, 2001).

A ciência e a filosofia servem para que o exercício da medicina se aperfeiçoe continuamente (HOPE, 2004). Na busca por uma boa prática, o psiquiatra, é, portanto, chamado para o pensamento crítico e a reflexão moral sobre os meios e os fins da sua atividade. Os profissionais têm o desafio de entender, com inteligência e despretensão, seu papel médico diante da complexidade da existência, utilizando saberes diversos, científicos e humanos (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2005). Neste sentido, é indispensável reconhecer que os aspectos valorativos são relevantes sobretudo na prática psiquiátrica, dada as características objetivas e subjetivas, empíricas e morais desta atividade médica.

Se o paciente traz ao encontro clínico um corpo doente, assim como suas questões psicológicas, sociais e espirituais, a obstinação pela cura biomédica pode levar a tratamentos adversos e desproporcionais que causam maior angústia e desorganização psíquica ao paciente, em detrimento da compreensão do sofrimento e do verdadeiro apoio buscados pelo mesmo.

Com efeito, a função e as atitudes esperadas do médico necessitam ser repensadas urgentemente, diante do cenário contemporâneo marcado pela judicialização, medicina defensiva e desgaste profissional. As incontestáveis crises de saúde e humanitária vividas na atualidade evidenciam a importância dos campos humanísticos do conhecimento para a construção dos sentidos do encontro clínico, que, em última instância, nortearão a prática médica.

Através da perspectiva apresentada nesta dissertação, a autonomia do paciente não é pensada de forma absoluta. Os diferentes contextos são considerados e, se respostas rápidas e de extrema urgência não forem exigidas

para manutenção da vida, os desejos e as decisões iniciais do indivíduo adoecido são vistos como ponto de partida para um processo de deliberação que pode, favoravelmente, estar fundamentado na beneficência.

O paciente aprimora a compreensão de sua situação e seu potencial para lidar com suas questões de vida quando estimulado pelo médico a refletir sobre seus valores (WIDDERSHOVEN; ABMA, 2012). Através da escuta ativa, genuína, postura respeitosa e empática pelo médico, julgamentos automáticos são minimizados e se reconhece as perspectivas do paciente, suas preocupações e aquilo que ele estima, ao mesmo tempo em que são avaliados os fatos. Neste encontro, o paciente é ajudado a entender as informações fornecidas pelo profissional. O diálogo estabelecido busca uma decisão ótima, que não seja precipitada, que respeite a legalidade e seja compatível com os vários sentidos de bem.

A partir de relações em saúde firmadas sobre a confiança e respeito mútuos, valores e ideais de vida humanos são legitimados e uma autonomia conceituada como desenvolvimento moral é, então, construída ou reestruturada. É possível, deste modo, escolher intervenções terapêuticas menos restritivas à liberdade individual e que respeitem a dignidade e alteridade do paciente, uma proposta que se aproxima do almejado equilíbrio entre autonomia, beneficência e justiça.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**: DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANZATO, C. E. M.; DANTAS, C. R. Lidando com valores no hospital geral. In: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- BOLTON, D.; BANNER, N. Does mental disorder involve loss of personal autonomy? In: RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- BOTEGA, N. J (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.
- BRITTON, P.C.; WILLIAMS, G.C.; CONNER, K. R. Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. **Journal of Clinical Psychology**. Vol. 64, No. 1. 2008. p. 52-66.
- CLONINGER, C. R. *et al.* Biological Perspectives on Psychiatry for the Person. **Int J Pers Cent Med**. Vol. 1. No. 1. 2011. p. 1-5.
- CONSENZA, R. M. **Por que não somos racionais**: como o cérebro faz escolhas e toma decisões. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- CRISAFULLI, C. *et al.* Pharmacogenetics of antidepressants. **Front Pharmacol**. Vol. 2. No 6. 2011.
- CRUZ, J. A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma. **Revista Brasileira de Bioética**. Vol. 10. No. 1-4. 2014. p. 10-22.
- EMANUEL, E; EMANUEL, L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**. Vol. 267. No. 16. 1992. p.2221-2226.
- ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- FIGLIE, N. B.; SZUPSZYNSKI, K. P.; BORDIN, S. Motivação. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética clínica e sua prática. **Revista Bioética**. Vol. 19. No. 2. 2011. p. 343-58.

FISTEIN, E. The mental capacity act and the conceptions of the good. In: RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

FOUCAULT, M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

GLANNON, W. **Psychiatric neuroethics**. Oxford: Oxford University Press, 2019.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin**. Vol. 117. 2001. p.18-23

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, 2007.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

GRACIA, D. Tomar decisiones morales: Del casuismo a la deliberación. **Dilemata - Revista Internacional de Éticas Aplicadas**. No.20. 2016. p. 15-31.

GRISSE, T, APPELBAUM, P.S. The MacArthur treatment competence study III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. **Law and Human Behavior**. Vol. 19. 1995. p. 149– 174.

GRISSE, T. APPELBAUM, P. S. HILL-FOTOUCHI, C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. **Psychiatr Serv**. Vol. 48. No. 11. 1997. p. 1415-9.

HERAZO, E. Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatría. **Revista Colombiana de Psiquiatría**. Vol. 40. No. 1. 2011. p. 152-163.

HOPE, T. **Medical ethics: a very short introduction**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica**. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

KORR, W. S.; ENCANDELA, J. A.; BRIELAND, D. Independence or autonomy: Which is the goal? **International Journal of Law and Psychiatry**. Vol. 28. 2005. p. 290-299.

LÁZARO, J.; GRACIA, D. La relación médico-enfermo através de la historia. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Navarra, Vol. 29, No. 3, 2006. p. 7-17.

LOPES, C.B. Desafios éticos atuais na psiquiatría. **Revista Bioética**. Vol. 9, No. 1. 2001. p. 29-43.

MACKALI, Z. Informed Consent and Capacity to Give Consent in Mental Disorders. **Psikiyatride Guncel Yaklasimler/ Current Approaches to Psychiatry**. Vol. 6. No. 3. 2014. p.227.

MELO, D. G.; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

MÖLLER, L. L. Bioética e direitos humanos: delineando um biodireito mínimo universal. **Filosofazer**. No. 30. 2007. p. 153-172.

MOTTA, L. C. S. *et al*, Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Revista Bioética**. Vol. 24. No. 2. 2016. p. 304-14.

O'BRIEN, C. P.; MCLELLAN, A. T. Myths about the treatment of addiction. **Lancet**. Vol. 347, 1996. p. 237-240.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020**. World Health Organization. Geneva: 2013. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf) - Acesso em 01 de junho de 2020.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASTURA, P.S.V.C., LAND, M.G.P. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. **Revista Bioética**. Vol. 24, No.2. 2016. p.243-9.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde**. Tradução Daiane Martins Rocha Esis Steines. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

PERALES, A. Ethics, psychiatry and mental health. **Acta Bioethica**. Vol. 22. No. 1. 2016. p. 27-36.

POTTER, V. R. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. (org.). **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

RAMADAM, Z. B. A.; ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. **Psiquiatria: da magia à evidência?** Barueri: Manole, 2005.

RAMADAM, Z.B.A.; WANG, Y.P. Psiquiatria e seus Limites. In: MIGUEL, Euripedes C.; GENTIL, Valentim; GATAZ, Wagner F. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

RIBEIRO, M. Organização de serviços de tratamento para dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2015.

ROBERTS, L. W.; HOOP, J. G.; DUNN, L. B. Ética em psiquiatria. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROCHA, D. M. **Beneficência e autonomia**: questões bioéticas da sociedade secular. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 276. 2013a.

ROCHA, D. M. A filosofia da medicina de Edmund Pellegrino e os dilemas bioéticos relacionados ao suicídio assistido. **Revista Bioética**. Vol. 21. No. 1. 2013b. p. 75-83

ROQUÉ-SANCHEZ, M. V.; MACPHERSON, I. Análise da ética de princípios, 40 anos depois. **Revista Bioética**. Vol. 26, No. 2. 2018. p. 189-97.

ROSA, C. A. P. Considerações sobre internação compulsória em psiquiatria. In: OSELKA, G. (coord.). **Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2009.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida [et al.]. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHEURICH, N. Moral Attitudes and Mental Disorders. **Hastings Center Report**. Vol. 32, No. 2. 2002. p. 14-21.

SILVA, C. J. Álcool. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015.

SILVA, G. A. R. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado de arte. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Vol. 11. No. 1. 2013. p. 75-9.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Vol. 10. No. 2. 2010. p. 419-425.

SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética, Cuidado e Humanização**: Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

SJÖSTRAND, M.; JUTH, N. Authenticity and psychiatric disorder: does autonomy of personal preferences matter? **Medicine, Health Care and Philosophy**. Vol. 17. 2014. p. 115-122.

TEIXEIRA, J. M. Ethics and care. [Entrevista concedida ao] Jornal Oficial do 19º Congresso Mundial de Psiquiatria. **World Congress News - World Psychiatry Association**, Londres, p. 4-5, agosto, 2019.

TORRALBA-ROSELLÓ, F. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 45. No. 5. 2014. p. 274-277.

VALENTI, E. *et al.* Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. **J Med Ethics.** Vol. 0. 2013. p. 1-5.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética.** Vol. 19. No. 1. 2011. p. 105-17.

WIDDERSHOVEN, G. A. M.; ABMA, T. A. Autonomy, dialogue, and practical rationality. In: RADOILSKA, L. (Ed.). **Autonomy and mental disorder.** Oxford: Oxford University Press, 2012.

ZABOW, T. Modern psychiatry: a change in ethics? **South African Psychiatry Review.** Vol. 7. 2004. p. 23-26.

ZOBOLI, E. L. C. P. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista Bioética,** Vol. 21, No. 3. 2013. p. 389-96.

ZOBOLI, E.L.C.P. Tomada de decisão em bioética clínica. In: SIQUEIRA, José Eduardo de; ZOBOLI, Elma; SANCHES, Mário; PESSINI, Leo. **Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética.** Brasília: CFM/SBB, 2016.

## ANEXO 1 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar de um estudo tipo: Relato de Caso, intitulado “Autonomia e tomada de decisão em psiquiatria: considerações baseadas no modelo da beneficência”. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo. A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O estudo AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA: CONSIDERAÇÕES BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA tem como objetivo: avaliar a decisão do médico psiquiatra em situações em que há conflito entre os valores do paciente e o conhecimento científico, ou seja, diferenças entre as crenças e os interesses do paciente e aquilo que os estudos mostram como sendo o melhor e mais indicado a ser feito em relação à sua doença. Como parte do estudo, será relatado o caso de um paciente que recusou internação psiquiátrica e, caso você aceite participar deste estudo, será relatado a sua recusa em internar em algum momento de seu tratamento e a situação que se seguiu no decorrer do acompanhamento médico. A apresentação do caso se dará de forma escrita, incluída na dissertação de mestrado da pesquisadora responsável pelo estudo.

Será incluído no estudo um paciente adulto; com idade igual ou superior a 18 anos; que na avaliação clínica apresentou diagnóstico de Transtorno Mental pelo DSM-5 (Quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014; que é um manual feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais) e também pelo menos uma das seguintes características para que o médico psiquiatra sugerisse a internação psiquiátrica: risco de suicídio, risco de agressividade contra outras pessoas, dependência química, descuido pessoal grave; com recusa à hospitalização. O paciente incluído deve ter prosseguido com tratamento através de consultas por pelo menos 6 meses após ter recusado a hospitalização. Será excluído paciente que apresente incapacidade grave de compreender e manifestar sua vontade e/ou suspeita de certas doenças chamadas orgânicas como causa da mudança de seu comportamento, conforme os seguintes critérios: diagnóstico de Retardo Mental ou Demência; paciente que apresentou durante a avaliação clínica redução do estado de consciência, sintoma neurológico de início recente e/ou queda repentina na atenção, orientação e memória; quadro de impedimento de falar; e recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A nossa intenção é discutir com outros médicos e profissionais de saúde os problemas relacionados com a recusa da internação psiquiátrica e estudar como fazer uma assistência psiquiátrica que respeite os valores individuais do paciente. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque ao longo da história, o médico costumou tomar as decisões e ter total responsabilidade pelo bem-estar do paciente, muitas vezes violando a liberdade da pessoa e tomando decisões com o objetivo de curar ou remover a doença, mesmo que isso não

correspondesse ao objetivo do paciente com o tratamento. Este estudo poderá contribuir para auxiliar os psiquiatras e outros profissionais da área de saúde mental a construir uma relação médico-paciente baseada na confiança e no vínculo, tomar decisão e resolver situações que envolvam conflitos éticos.

### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua autorização é voluntária. A sua recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora. Após entender e concordar em colaborar, sua participação no referido estudo será através do acesso aos registros no seu prontuário médico. Será garantido o sigilo e seu nome ou sua identidade não serão revelados. Será feita uma análise dos dados de sua história clínica, mostrando a respectiva evolução ao longo de um período passado. A apresentação da história clínica será feita com ênfase nos aspectos éticos, expondo apenas informações que forem julgadas como importantes para a compreensão da situação. Poderão ser apresentadas informações sobre condições sociais, familiares, culturais, educacionais e dados clínicos de saúde, mas sem incluir qualquer elemento que possa identificá-lo. Os problemas relacionados com a recusa à internação psiquiátrica serão analisados ao longo da discussão. Serão abordadas as opções de conduta para solucionar o problema com o objetivo de identificar a alternativa mais prudente e responsável para o caso. Não será feito nenhum procedimento adicional ao acesso ao seu prontuário. Não serão feitas novas entrevistas ou quaisquer atividades que tenham qualquer relação com este estudo, além das consultas médicas já realizadas. Não serão utilizados imagem ou áudio seus. Quando finalizado, o relato do caso estará à sua disposição para modificações, se considerar necessário.

### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, não haverá benefício direto para o participante deste estudo. Porém, podemos esperar que o estudo contribua para as discussões científicas e a melhoria no atendimento médico na área da saúde mental.

Os riscos decorrentes deste estudo são de quebra de sigilo ou constrangimento pela identificação no estudo. Contudo, seu caso será relatado de forma anônima minimizando ao máximo os riscos relacionados a exposição de sua identidade. A sua participação no estudo não irá interferir no seu tratamento médico nem seu relacionamento com a pesquisadora. Caso sua participação gere algum desconforto emocional, você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e, para minimizar tal risco, nós pesquisadores garantimos que estaremos disponíveis para fornecer suporte através do diálogo e todo tipo de esclarecimento que você precisar.

### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em

sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

### **AUTONOMIA**

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo. A não aceitação deste termo, de forma alguma irá influenciar ou alterar o seu tratamento e nem o relacionamento médico-paciente com a pesquisadora. Você também pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, ao desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo. Esperamos que todas as informações importantes para a sua decisão de participar ou não do estudo tenham sido dadas, porém se você ainda tiver qualquer dúvida deve sentir-se totalmente à vontade para perguntar às pesquisadoras. Você também pode, se quiser, adiar sua decisão. Você pode levar este documento para casa, refletir bem e até consultar outras pessoas, se assim desejar. Neste caso, quando voltar a conversar com as pesquisadoras, pode ficar à vontade para fazer novas perguntas.

### **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

Você não terá qualquer despesa nem receberá qualquer vantagem financeira decorrente da participação nesta pesquisa.

Ao assinar este documento, você não estará abdicando de nenhum direito legal. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

### **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Cassandra Medeiros Siqueira e Daiane Priscila Simão-Silva vinculadas à Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e com elas você poderá manter contato a qualquer momento pelos telefones (41) 999063073 e (41) 991348421.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br). O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética.

### **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas

foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, autorizo a utilização do meu prontuário médico pela pesquisadora e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

<b>Dados do participante da pesquisa</b>	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

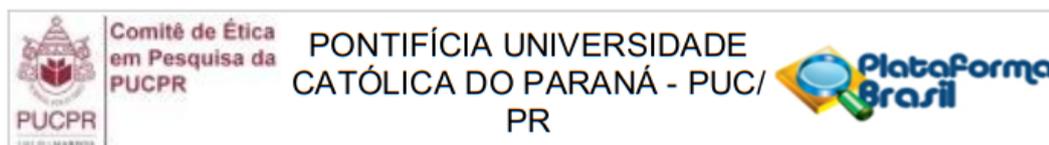
---

Cassandra Medeiros Siqueira

---

Daiane Priscila Simão-Silva

## ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO EM PSIQUIATRIA: CONSIDERAÇÕES BASEADAS NO MODELO DA BENEFICÊNCIA

**Pesquisador:** CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15420919.2.0000.0020

**Instituição Proponente:** PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.514.673

#### **Apresentação do Projeto:**

Descrito pela autora: A autonomia como autodeterminação é um conceito que tem origem no movimento dos direitos humanos e civis e nas teorias iluministas. Está fundada na dignidade dos seres humanos e na liberdade para agir sobre os resultados de suas reflexões (RADOILSKA, 2012). Na saúde, o respeito a autonomia é considerado como o respeito ao direito de escolha do paciente, quer esta pareça ou não ser adequada ao bem-estar dele. Não respeitar as decisões do paciente é comumente referido como um caso típico de paternalismo. O paternalismo tradicional da relação médicopaciente esteve fundamentado no modelo hipocrático, no qual o médico tomava decisões e tinha total responsabilidade pelo bem-estar do paciente. Essa prática é questionável por violar a liberdade da pessoa e reduzir o bem do paciente à cura, mesmo que isso não se relacione ao "bem" em termos do sistema de valores deste paciente. (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018) De acordo com Lázaro e Gracia (2006, p. 16): O respeito à autonomia do paciente é uma conquista histórica importante das sociedades mais avançadas, entretanto, não significa que os profissionais de saúde tenham renunciado, ou devam renunciar, à promoção do bem do paciente. [...] Entre o paternalismo mais tradicional, a autonomia extrema e a burocratização mais rígida se encontram uma ampla gama de possibilidades em que, de fato, a prática clínica é desenvolvida. Pellegrino e Thomasma (2018) reconheceram amplamente a realidade dos conflitos envolvendo a autonomia e o paternalismo e propuseram modificar a ética profissional em saúde. Elegeram e redefiniram um modelo baseado na beneficência e na virtude, afirmando ser este mais apropriado

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

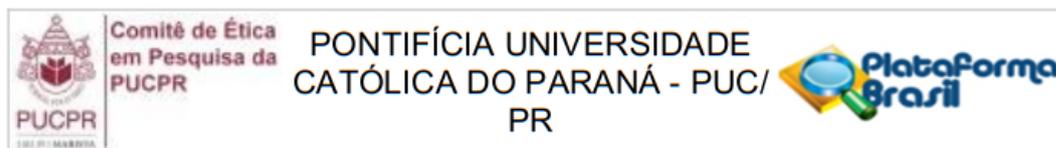
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br



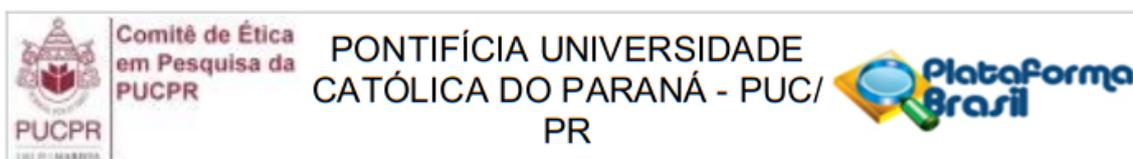
Continuação do Parecer: 3.514.673

para o contexto médico específico encontrado hoje. Para eles, o paciente procura um bem, e é esse bem que deve guiar as decisões na área da bioética clínica. Há facilidade na tomada de decisões com base na autonomia e no paternalismo, se comparada a um modelo do consenso. Um consenso é alcançado quando médico e paciente discernem o que é o bem desejado através de diálogo constante. (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018) Questões éticas e conflitos envolvendo autonomia são frequentes no cuidado e nas decisões em psiquiatria. Oulis (2013, p. 409) afirma que: É geralmente aceito que os transtornos mentais graves, desordens psicóticas e cognitivas, muitas vezes enfraquecem a capacidade de decisão e autonomia dos pacientes. Este fato apresenta vários desafios para a teoria ética contemporânea segundo a qual a autonomia pessoal como autodeterminação é considerada um direito moral humano básico. Se doenças mentais podem comprometer o funcionamento cognitivo e afetivo do indivíduo e enfraquecer sua capacidade de julgamento e escolha, a compreensão da autonomia e das particularidades do processo da tomada de decisão neste contexto pode ser algo complexo e se torna objeto de análise bioética. Segundo Pellegrino e Thomasma (2018, p.164), "em relação às decisões tomadas sob risco, afirmamos que quanto maior a incerteza sobre qual escolha fazer, maior a necessidade da beneficência". Para Zoboli (2016, p.149), "a habilidade para a tomada de decisões é essencial para o alcance da excelência ética e a boa qualidade técnica da atenção à saúde, pois a primeira depende da responsabilidade moral nas escolhas feitas". O método deliberativo proposto por Diego Gracia orientará a discussão da tomada de decisão em psiquiatria proposta neste trabalho. Para tal, é necessário conceituar e refletir sobre a atividade psiquiátrica, debater a autonomia na ética médica e examinar o modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma como proposta para um cuidado mais adequado. O presente trabalho aborda este tema desafiador, ainda explorado de modo insuficiente na literatura. E pretende analisar a tomada de decisão em situações em que há conflito de valores entre o médico e o paciente no tratamento psiquiátrico, a partir de um modelo baseado na beneficência.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Descrito pela autora: **Objetivo Primário:** Analisar a tomada de decisão em situações em que há conflito de valores entre o médico e o paciente no tratamento psiquiátrico. **Objetivo Secundário:** Os objetivos específicos do trabalho são: a) discutir o conceito de autonomia para pessoas com doenças psiquiátricas a partir de análise bioética. b) descrever o modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma de forma ampla. c) avaliar a tomada de decisão em situações de recusa ao tratamento psiquiátrico a partir do modelo de beneficência de Pellegrino e Thomasma.

<b>Endereço:</b> Rua Imaculada Conceição 1155	<b>CEP:</b> 80.215-901
<b>Bairro:</b> Prado Velho	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3271-2103	<b>Fax:</b> (41)3271-2103
	<b>E-mail:</b> nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.514.673

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descrito pela autora: Riscos: Os riscos decorrentes deste estudo são de quebra de sigilo ou constrangimento pela identificação do participante no estudo de caso. Contudo, o caso será relatado de forma anônima minimizando ao máximo os riscos relacionados a exposição da identidade do participante. Caso a participação gere algum desconforto emocional ao participante, nós pesquisadores garantimos que ele poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e, para minimizar tal risco, estaremos disponíveis para fornecer suporte ao participante através do diálogo e todo tipo de esclarecimento que ele precisar. Benefícios: Não haverá benefício direto para o participante deste estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os objetivos e a metodologia apresentados estão adequados e de acordo com a Resolução 466/2012.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão adequados e em acordo com a Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

No espaço para rubrica do TCLE substituir o termo "sujeito de pesquisa" para "participante de pesquisa"

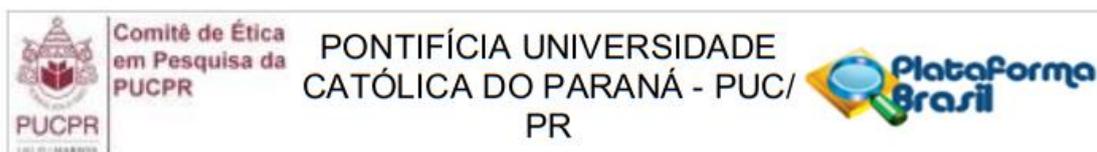
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155  
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.514.673

requerido por este CEP em qualquer tempo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1369559.pdf	18/07/2019 11:26:28		Aceito
Outros	TCUD.jpg	18/07/2019 11:25:19	CASSANDRA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.docx	18/07/2019 11:19:44	CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PDM.doc	09/06/2019 11:28:46	CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/06/2019 11:25:19	CASSANDRA MEDEIROS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 19 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:  
Ana Carla Efig  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br