

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS I

JANAÍNA MACHADO STURZA

VALMIR CÉSAR POZZETTI

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

B615

Biodireito e direitos dos animais I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Heron José de Santana Gordilho; Janaína Machado Sturza; Valmir César Pozzetti – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-351-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Biodireito. 3. Animais. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS I

Apresentação

A edição do Terceiro encontro Virtual do Conpedi, sediada pelo Centro Universitário Unicuritiba em junho de 2021, consolida o Biodireito e o Direito dos Animais como áreas de ampla produção acadêmica entre programas dos mais diversos, em todos os quadrantes do país.

O grande interesse demonstrado pelos pesquisadores em estudar temas dessas áreas encontrou, nas sessões do Grupo de Trabalho realizadas no evento, uma enorme receptividade e oportunidade de discussão.

A obra que ora apresentamos reúne os artigos selecionados, pelo sistema de dupla revisão cega, por avaliadores ad hoc, para apresentação no evento.

Diversamente do ocorrido em edições anteriores, na atual obra constatamos uma diversidade temática tal, capaz de propiciar um bloco de interesse específico dos pesquisadores, ampliando cada vez mais, o alcance do Direito nos temas discutidos.

Apresentamos, assim, os trabalhos desta edição.

No trabalho intitulado “ALTERIDADE COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A CONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES SIMÉTRICAS ENTRE MÉDICOS E PACIENTES” as autoras Tatiane Gomes Silva Santos e Ana Thereza Meireles Araújo destacam a necessidade de relações mais humanizadas entre médicos e pacientes para obtenção da alteridade. No mesmo sentido, o artigo “AUTONOMIA DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL À LUZ DOS NEGÓCIOS JURÍDICOS” de autoria de Melissa Mayumi Suyama Ferrari, Rita de Cassia Resquetti Tarifa Espolador e Daniela Braga Paiano, examina os cuidados e atenção especial que deve ter com os pacientes com transtornos mentais para lhes dar o tratamento adequado, à luz do direito. Seguindo a mesma linha de raciocínio, o trabalho intitulado “AUTONOMIA EXISTENCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DIREITO À SAÚDE, BIODIREITO E VULNERABILIDADES NO CONTEXTO DA CRISE DO DIREITO PRIVADO” de autoria de Iara Antunes de Souza, Eloá Leão Monteiro de Barros e Daniele Aparecyda Vali Carvalho fazem uma busca humanística da necessidade de se conceder a autonomia existencial à pessoa com deficiência. Já os autores Aracelli Mesquita Bandolin Bermejo, Rita de Cassia Resquetti Tarifa Espolador, em suas pesquisas exploraram

a questão da “AUTONOMIA PESSOAL NA TOMADA DE DECISÃO DO PACIENTE ADULTO: UMA ANÁLISE DA(IN)COMPATIBILIDADE DAS NORMAS JURÍDICAS BRASILEIRAS PARA TUTELA DA CAPACIDADE DECISIONAL, trazendo reflexões importantes no contexto da autonomia do paciente adulto. Janaína Alves de Araújo, Ana Thereza Meireles Araújo exploraram a temática intitulada “BIOÉTICA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: O USO DA TECNOLOGIA EM FACE DO PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA”, trazendo reflexões importantes quanto a utilização do uso da inteligência artificial, com vista a um relacionamento ético que produza benefícios aos pacientes, primando pelo princípio da não maleficência.

No tocante às questões dos direitos dos animais, o artigo intitulado “ENSAIO SOBRE A MANUTENÇÃO TEÓRICO-CENTÍFICA ANTROPOCÊNTRICA NO PODER JUDICIÁRIO: ANÁLISE DE JULGADOS SOBRE O "FOIE GRAS" de autoria de David Goncalves Menezes, Felipe Bellini, José Adércio Leite Sampaio, verificamos um cuidado e zelo específico na proteção animal e a análise criteriosa dos autores em evidenciar a efetivação dos direitos dos animais. No tocante ao artigo “LEVANTAMENTO POPULACIONAL DE EQUÍNOS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: UM SUBSÍDIO PARA TOMADAS DE DECISÕES PÚBLICAS” de autoria de Barbara Goloubeff, pode-se perceber o cuidado da autora em evidenciar a necessidade de elaboração de políticas públicas protetivas à população de equinos na cidade de Belo Horizonte para um desenvolvimento sustentável da espécie. No mesmo sentido, buscando evidenciar as urgentes tomadas de decisões no tocante ao reconhecimento de direitos e proteção dos direitos dos animais não humanos, com vista à manutenção do equilíbrio da vida sustentável no Planeta, Tatiane Gomes Silva Santos, Marcia Bittencourt Barbosa Matias Jadson Correia de Oliveira fazem ampla e acertada discussão no artigo “O RECONHECIMENTO DE DIREITOS E PROTEÇÃO DECORRENTES DA AUTONOMIA PRÁTICOS ANIMAIS NÃO HUMANOS”. Já o trabalho intitulado “O TRANSUMANISMO, O BIOMERCADO E O SER HUMANO COMO MATÉRIA PRIMA: DISCUSSÕES ACERCA DOS LIMITES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS de autoria de Leonardo André Schilling e Gustavo Silveira Borges aborda dados históricos e a partir daí, procura oferecer suporte teórico apto a criticar juridicamente o biomercado tendo como matéria prima o ser humano. Já o artigo “ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS: UMA ANÁLISE À LUZ DO PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO” de autoria de Christiane Vincenzi Moreira Barbosa e Lino Rampazzo, trabalhou com profundidade a necessidade de se aplicar com rigor o Princípio da Precaução na liberação de alimentos transgênicos, seja na produção, armazenagem ou comercialização.

É importante destacar o desfecho dado por Anna Caramuru Pessoa Aubert que destacou com maestria a importância de se garantir direitos fundamentais à autonomia e consentimento informado no âmbito das internações psiquiátricas, em seu escrito intitulado “OS DIREITOS FUNDAMENTAIS À AUTONOMIA E AO CONSENTIMENTO INFORMADO NO ÂMBITO DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS: UMA ANÁLISE FUNDADA EM FOUCAULT E NA CONSTITUIÇÃO”. No mesmo sentido, Anna Caramuru Pessoa Aubert se debruça, em seu texto, sobre “REFLEXÕES EM TORNO DO PROJETO DE LEI N. 318 DE 2021: ANTROPOCENTRISMO, SOFRIMENTO ANIMAL, AQUECIMENTO GLOBAL, E O RISCO DE NOVOS SURTOS VIRAIS” e traça um paralelo jurídico de grande importância para a sustentabilidade do planeta, no âmbito de equilíbrio na utilização de espaços destinados à população não humana. Insta destacar, também, o brilhante destaque jurídico que Uendel Roger Galvão Monteiro, Allan Thiago Barbosa Arakaki e Erison Rickelme Santos Freitas Arguelho, realizam a respeito dos direitos dos animais quando nos oferecem o fundamentado texto intitulado “VAQUEJADA: O EFEITO BACKLASH E A (IN) CONSTITUCIONALIDADE DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 96/2017”.

Assim, a presente obra é um verdadeiro repositório de reflexões sobre Biodireito e Direito dos Animais, o que nos leva a concluir que as reflexões jurídicas, nessa obra, são contribuições valiosas no tocante a oferta de proposições que assegurem Direitos aos Animais Humanos e Não Humanos. Reflexões estas que devem ser levadas ao conhecimento de todas as Nações, uma vez que o homem não vive só, mas em harmonia com os demais seres, sendo imprescindível discutir e assegurar direitos, não só do homem, mas dos animais não-humanos.

Desejamos, pois, excelente leitura a todos.

Profª Drª Janaína Machado Sturza

Prof Dr Heron José de Santana Gordilho

Prof. Dr. Valmir César Pozzetti

**OS DIREITOS FUNDAMENTAIS À AUTONOMIA E AO CONSENTIMENTO
INFORMADO NO ÂMBITO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: UMA
ANÁLISE FUNDADA EM FOUCAULT E NA CONSTITUIÇÃO**

**THE FUNDAMENTAL RIGHTS TO AUTONOMY AND TO AN INFORMED
CONSENT IN THE CONTEXT OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS: AN
ANALYSIS BASED ON FOUCAULT AND ON THE CONSTITUTION**

Anna Caramuru Pessoa Aubert ¹

Resumo

O objetivo deste artigo é refletir sobre a internação e medicalização de pessoas com transtornos ou deficiências mentais, independentemente de consentimento. Partiremos da obra de Michel Foucault, debatendo brevemente a loucura, a anormalidade e a disciplina ao longo da história. Após, via metodologia exploratória, analisaremos normativas e doutrinas referentes à autonomia e ao consentimento informado, partindo de um recorte genérico para, então, nos debruçarmos nos contextos mais específicos da deficiência e internação. Ao final, por meio de estudo de caso baseado no documento “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional”, refletiremos, via metodologia analítica, sobre nosso objeto de estudo.

Palavras-chave: Foucault, Deficiência, Internação, Autonomia, Consentimento informado

Abstract/Resumen/Résumé

The purpose of this paper is to reflect on the hospitalization and medication of people with disabilities or mental disorders, regardless of consent. Using Michel Foucault's work as a starting point we will briefly discuss madness, abnormality and discipline throughout history. Afterwards, through an exploratory methodology, we'll analyze norms and doctrines regarding autonomy and informed consent, first adopting a generic approach, to then focus on the specific context of disability and hospitalization. Finally, performing a case study based on the document "Psychiatric Hospitals in Brazil: National Inspection Report", we'll adopt an analytical methodology to think over our object of study.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Foucault, Disability, Hospitalization, Autonomy, Informed consent

¹ Graduada em direito pela PUC-SP. Mestre em direito constitucional pela PUC-SP. Atualmente, realiza especialização em direitos animais pela Universidade de Lisboa.

1. INTRODUÇÃO

Quando pensamos no direito do paciente à autonomia, o consentimento informado é dos institutos mais importantes, o que se dá por um motivo bastante óbvio: se não houver consentimento, o tratamento será imposto, e se não houver informação, o paciente não poderá tomar uma decisão com verdadeira liberdade.

Trata-se de direito, de mais a mais, relativamente bem estabelecido no âmbito da medicina tradicional, de modo que já é prática corriqueira nos hospitais a entrega de formulários a enfermos para que estes indiquem que tratamentos estão, ou não, dispostos a receber.

Não obstante, se é verdade que muitas vezes esses documentos são redigidos de um modo padrão, como se fossem meros contratos de adesão entregues pelos profissionais de saúde apenas para protegê-los de uma eventual responsabilização, no âmbito dos hospitais psiquiátricos eles estão longe de se mostrarem presentes, ainda que como mera formalidade.

Tendo esse cenário em vista, a finalidade do presente artigo será, portanto, discutir a percepção sobre pessoas com deficiências ou transtornos mentais, e como isso impacta no modo como elas são segregadas e controladas pelo restante da sociedade, tendo seu direito à autodeterminação repetidamente violado.

Para este fim, partiremos da obra de Michel Foucault para construirmos um breve recorte histórico sobre a loucura, trabalhando com as noções de anormalidade e disciplina exploradas pelo autor.

Após, por uma metodologia eminentemente exploratória, analisaremos normativas diversas e posicionamentos adotados nas doutrinas nacional e estrangeira com relação à autonomia e ao consentimento informado, de um modo, inicialmente, mais genérico e, em seguida, voltado ao âmbito da deficiência e da internação psiquiátrica.

Ao final, a partir de um estudo de caso que tomará por base o documento intitulado “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional”, adotaremos uma metodologia analítica para refletir sobre o modo como pessoas consideradas inaptas para o convívio social são segregadas em hospitais psiquiátricos à força e, uma vez lá dentro, são constantemente medicadas, tendo seu direito à autodeterminação no âmbito da saúde repetidamente violado.

2. A LOUCURA, A ANORMALIDADE E A DISCIPLINA EM FOUCAULT

A loucura foi percebida, ao longo da história, de diversas maneiras. Nessa seção, verificaremos, brevemente, como Foucault e alguns autores que com ele dialogam compreendem esse processo.

Segundo Foucault (1975, p. 52), “Foi numa época relativamente recente que o Ocidente concedeu à loucura um status de doença mental”.

Em seu *História da Loucura na Idade Clássica*, o autor narra, como um dos eventos marcantes na exclusão social dos loucos, o final das Cruzadas, e a segregação dos leprosos em leprosários (para evitar o contágio do restante da população). Isso porque, séculos depois, as estruturas utilizadas para essa forma de isolamento permaneceriam, e os mesmos locais, com frequência, seriam utilizados para segregar outros grupos, dentre os quais os chamados, mais tarde, alienados (FOUCAULT, 1972, p. 9-10).

Seguindo esse processo, no século XVII, a França testemunhou o fenômeno conhecido como “A grande internação”, na qual foram aprisionados diversos indesejados sociais, dentre os quais os loucos, sendo que “mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado” em alguma instituição “por alguns meses” (FOUCAULT, 1972, p. 55). Um dos marcos desse movimento foi a construção do Hospital Geral, que figurava como “uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”. Como nos conta o autor:

O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os "internos". O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto. (FOUCAULT, 1972, p. 57).

No final do século XVIII e início do XIX, Foucault (1999, p. 210) narra o surgimento de um novo modo de olhar e de exercer o poder sobre o indivíduo, que passa a se sujeitar a um “exame quase perpétuo”, que se reflete nos mais diversos âmbitos, como o da medicina, em que o profissional de saúde se coloca em posição hierarquicamente superior ao paciente; ou o da escola, que passa a representar um “aparelho de exame ininterrupto que acompanha em todo o seu comprimento a operação do ensino”, havendo, neste local, a “comparação perpétua de cada um com todos, que permite ao mesmo tempo medir e sancionar”.

Começa a ganhar protagonismo, nesse contexto, a ideia da loucura como doença mental (FOUCAULT, 1980), da qual se apropria a psiquiatria, substituindo-se a figura do

louco pela figura do alienado (ENGEL, 2001). A medicina passa, então, a exercer seu poder sobre a personalidade de cada um, avaliando se os indivíduos estão, ou não, dentro de um determinado padrão de normalidade, ou se devem ser disciplinados.

Nas palavras de Magali Engel (2001, p. 134):

A importância e a necessidade da psiquiatria aparecem, então, explicitamente vinculadas, de um lado, à perspectiva de definir as fronteiras do território demarcado pela associação entre crime e loucura, assegurando seu controle à autoridade médica; de outro, à necessidade de afirmar e legitimar a intervenção do médico sobre o espaço urbano que, marcado por tensões e conflitos sociais – sinais reveladores da “doença” da cidade –, tornava-se cada vez mais “perigoso”.

Passa a ocorrer, para a autora, uma ampliação das fronteiras da anormalidade, sendo papel da psiquiatria discernir e julgar as consequências para cada indivíduo da presença de anomalias e distúrbios mentais, ainda quando não esteja presente a loucura propriamente dita (ENGEL, 2001, p. 142).

Essa expansão da noção de anormalidade trouxe consequências como a tragédia do Hospital Colônia de Barbacena, hospício que matou mais de sessenta mil pessoas entre as décadas de 1930 e 1980, sendo que 70% dos pacientes internados não sofriam de quaisquer condições de saúde que justificassem, minimamente, seu aprisionamento. Daniela Arbex (2019, p. 21 e 112) traz como exemplos o caso de uma moça de vinte e três anos internada porque era triste, e de um garoto de dezesseis, que era tímido.

Os diagnósticos eram realizados, pois, por psiquiatras que buscavam os mais ínfimos sinais que indicassem a presença de alguma patologia, exercendo seu poder sobre os corpos e mentes daqueles que considerassem, por qualquer motivo, anormais, de um modo extremamente arbitrário.

Como ensina Engel (2001, p. 156):

Mais uma vez depara-se com uma dessas esquinas onde o conhecimento científico se cruza com as mais diversas tradições de saber que permeiam, de forma múltipla e complexa, as sociedades. Entretanto, partindo da ideia de que o louco seria necessariamente detentor de uma fala confusa e sem sentido, o médico iria bem mais além, definindo e classificando as múltiplas formas de expressão distintivas da doença mental. Assim, o mutismo ou a fala abundante, os graus de sonoridade, os tremores e hesitações da voz, a rouquidão e o vocabulário utilizado seriam considerados, freqüentemente, como sintomas de perturbação mental, e as variações indicariam o tipo de doença. A fala abundante, por exemplo, poderia ser um sintoma de excitação maníaca [...]. O que poderia parecer simples característica do modo de ser de algumas pessoas, aparecia, no entendimento do psiquiatra, como indício de

anomalia mental, sendo imediatamente identificada com o rótulo genérico da degeneração ou classificada como doença específica.

Para Renata Guarido (2007, p. 158), a partir de Foucault é possível perceber como se construiu, desde a Idade Clássica, o exercício do poder e do controle disciplinar pelos diversos discursos (dentre os quais, o pedagógico, o psiquiátrico e o psicológico) sobre nossa existência. Nesse contexto, a medicina passa a exercer “seu saber e seu poder” sobre “os elementos mínimos do orgânico – os neurotransmissores e as funções da bioquímica cerebral”, nos mesmos termos apontados por Foucault em *Vigiar e Punir* (1999), em que o autor revelou de que modo, a partir de exames diagnósticos, a psiquiatria sujeitava seus pacientes. “O desenvolvimento do saber psiquiátrico esteve, de maneira geral, constantemente filiado às aplicações dessa técnica – o exame” (GUARIDO, 2007, p. 158).

Tendo todas essas considerações e reflexões em mente, passemos, agora, a uma análise dos direitos fundamentais que entram em jogo quando tratamos da medicalização de pacientes institucionalizados.

3. DIREITOS FUNDAMENTAIS EM JOGO: AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

3.1. Considerações gerais

A autonomia, segundo nos ensinam Tom L. Beauchamp e James F. Childress (1994, p. 120), traz, em seu seio, a ideia de autogovernança, já que *autos*, do grego, significa “si mesmo” e, *nomos*, “lei”. Assim, quem tem autonomia, tem o governo sobre si.

O direito à autonomia é, segundo Immanuel Kant (1980, p. 134-136 e 140-141), essencial para que esteja presente a dignidade, pois sem o direito de escolhermos sobre nosso destino, tornar-nos-emos meios, e não fins.

Com base nessa visão clássica da autonomia como dignidade, Luís Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel (2010, p. 84) assim escrevem:

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação, o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a própria personalidade. Significa o poder de realizar as escolhas morais relevantes, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas. Por trás da ideia de autonomia está um sujeito moral capaz de se autodeterminar, traçar planos de vida e realizá-los.

Não obstante sua relevância, trata-se de direito *prima facie*, podendo, portanto, sucumbir diante de outros direitos que com ele colidam, a depender do caso concreto. Não obstante, para que a autonomia seja afastada, é necessária a presença de um princípio moral capaz de, a ela, se sobrepor (BEAUCHAMP; CHILDRESS; 1994, p. 126). Como nos ensina John Stuart Mill (2018, p. 22-23), "[...] o único fim pelo qual a humanidade está autorizada, individual ou coletivamente, a interferir na liberdade de ação de qualquer um de seus integrantes é a autodefesa", evitando-se, portanto, danos a terceiros inocentes.

Quando tratamos da autonomia no âmbito da saúde – ou seja, da liberdade de aceitarmos ou recusarmos tratamentos –, faz-se necessário pensarmos, também, no direito à informação. Isso porque, sem que saibamos as consequências de escolhermos um ou outro caminho, não seremos, verdadeiramente, livres em nossas escolhas. Nas palavras de Michael Quante (2019, p. 174), “Decisões racionais só podem acontecer com base em informações corretas, ou seja: a autonomia também pressupõe a informação”. É necessário, portanto, que estejamos cientes do nosso quadro de saúde, de nosso diagnóstico, prognóstico, dos efeitos colaterais de cada procedimento ou medicamento, etc., para que possamos tomar uma decisão dotada de efetiva liberdade.

Para Roberto Dias (2010, p. 113), o direito à informação, no ordenamento jurídico brasileiro, vem previsto nos artigos 1º, incisos II e III, e 5º, *caput*, da Constituição Federal, podendo ser retirado dos direitos à cidadania, à dignidade e à liberdade. Ainda, no *caput* do mesmo dispositivo, o qual assegura o acesso à informação a todos de uma maneira coletiva, mas que é igualmente aplicável ao indivíduo, inclusive no âmbito da saúde.

De mais a mais, o Código de Ética Médica prevê, em seus artigos 22, 24, 31 e 34, o seguinte:

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa

lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Note-se que, para Dias, a parte final do artigo 31 deve ser interpretada de modo que se entenda que a exceção mencionada só deverá ocorrer quando se tratar de situação urgente em que não haja tempo hábil de informar o paciente e dele receber o consentimento ou recusa do tratamento (DIAS, 2012, p. 177-178).

Finalmente, no âmbito do estado de São Paulo, a lei n. 10.241 de 1999 prevê, em seu artigo 2º, inciso VI, o direito de todo paciente de ter acesso às seguintes informações:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: [...] VI – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto; g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; h) exames e condutas a que será submetido; i) a finalidade dos materiais coletados para exame; j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e l) o que julgar necessário.

No que diz respeito, propriamente, ao consentimento informado, este é a concretização de nosso direito à autonomia no âmbito da saúde. Para Michael Quante (2019, p. 166):

A passagem da primazia do princípio da não maleficência para o princípio da autonomia no contexto da ética médica é, portanto, também expressão da mudança geral de valores morais da sociedade. O indivíduo é tido como um sujeito livre, que define a si mesmo e sua vida e que escolhe seus valores de maneira autônoma. Aplicando-se esse conceito à relação médico-paciente, isso leva ao conceito informado, no qual o paciente assume o papel de uma parte ativa (QUANTE, 2019, p. 168).

Segundo o autor, ademais, o consentimento informado depende da precisão e da clareza da informação passada, ganhando importância, nesse contexto, a maneira como o paciente é informado (QUANTE, 2019, p. 165-166). Como já dito em outra ocasião:

O profissional de saúde, como conhecedor das ciências médicas, deverá traduzir, para o enfermo, leigo, todas essas informações, de maneira que este possa, realmente, compreendê-las, algo que não necessariamente acontece na prática, já que é frequente a entrega de formulários incompreensíveis aos pacientes, para que os assinem com a finalidade exclusiva de isentar os médicos e hospitais de eventual responsabilização. (AUBERT, 2019, p. 81)

Conclui-se, pois, que para que seja assegurada a dignidade do paciente, este deve ser devidamente informado de maneira clara e precisa sobre seu quadro de saúde, de modo que possa, então, consentir ou recusar tratamentos, de maneira verdadeiramente autônoma.

3.2. A autonomia e o consentimento informado no âmbito dos direitos das pessoas com deficiência

Tendo visto o direito à autonomia e ao consentimento informado de um modo mais genérico, passaremos, agora, a uma análise com enfoque dirigido à questão da deficiência.

O primeiro documento a ser mencionado, neste ponto, é a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada e internalizada pelo ordenamento jurídico brasileiro com status de norma constitucional pelo decreto n. 6.949/2009.

Em referida normativa, o direito à autonomia aparece, genericamente, no preâmbulo “n” e no artigo 3, “a”. Após, de uma maneira específica com relação ao direito à saúde, o artigo 25, “d”, dispõe que será exigido dos profissionais de saúde que estes “dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes”.

A lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, por sua vez, trata do tema nos artigos 11, 12, 13 e 18, senão vejamos:

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

Art. 18. [...] §2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia; [...] § 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar: [...] VIII - informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

Com relação ao parágrafo único do artigo 11, este retrata situação que deve ser excepcional, pois, via de regra, a autonomia da pessoa com deficiência deve prevalecer, por uma leitura sistemática do dispositivo em conjunto com o artigo 12, que prevê que, mesmo quando presente a curatela, a autonomia ainda assim deve ser assegurada na maior medida possível.

A curatela, note-se, é procedimento extremo, e que só retira a autonomia no âmbito patrimonial e negocial, como se verifica pelo artigo 85 da LBI, o qual, em seu §1º, prescreve que ela “não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto” (Conselho Federal de Psicologia *et al.*, 2019, p. 149-150).

Quanto ao artigo 13, este deve ser interpretado de maneira análoga ao artigo 31 do Código de Ética Médica, nos termos vistos no subcapítulo anterior, sendo essencial a urgência para a assistência médica forçada, a qual estará presente, tão somente, quando “o sujeito ou pessoa no entorno encontra-se, de modo inescapável, em risco de morte”, sendo que “nem toda crise em saúde mental está associada à risco de morte”, tornando arbitrário, nesses casos, o procedimento da internação forçada (Conselho Federal de Psicologia *et al.*, 2019, p. 162).

Finalmente, pelo artigo 18, fica estabelecido o direito à informação ao paciente com deficiência e aos seus familiares sobre seu quadro de saúde.

Com relação à internação de paciente com deficiência, o consentimento informado deve estar presente no momento da internação e, também, em cada um dos procedimentos ou terapias administrados ao interno (Conselho Federal de Psicologia *et al.*, 2019, p. 148-149). Nesse sentido, assim dispõem os artigos 11 e 12 da LBI, segundo os quais:

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

Com relação à internação, esta é regulada pela lei da reforma psiquiátrica (lei n. 10.216/2001), que prevê sua excepcionalidade e provisoriedade no artigo 4º, a necessidade de laudo médico circunstanciado descrevendo os motivos da internação e as modalidades possíveis, quais sejam, (i) voluntária (que se dá com o consentimento do paciente); (ii) involuntária (que se dá a pedido de terceiro, sem o consentimento) e (iii) compulsória (por determinação judicial), nos termos do art. 6º. Esta última modalidade, conforme prevê o art. 8º, deve ser autorizada por médico e comunicada, no prazo de setenta e duas horas, ao Ministério Público Estadual.

4. A VIOLAÇÃO DO DIREITO À RECUSA DE TRATAMENTOS NO ÂMBITO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

4.1. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional

Apesar das disposições legais vistas acima, o direito à informação e à autonomia são, ainda, frequentemente violados no âmbito da internação psiquiátrica, seja no momento da internação, seja na medicalização e aplicação de tratamentos não autorizados pelo paciente.

Como se verifica no Relatório de Inspeção Nacional “Hospitais Psiquiátricos no Brasil”, de 2019, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia”, a internação involuntária, além de comum, não costuma seguir os ritos legais.

Nesse sentido, dentre os quarenta hospitais psiquiátricos inspecionados e descritos no relatório em questão, apenas dois não registraram casos de internações involuntárias, o que revela a frequência desse tipo de prática.

De mais a mais, verificaram-se, a título de justificativa para a internação, situações de insônia, falta de apetite, desajuste social, etc. Como exemplo, citaremos, aqui, um dos relatos registrados: “Parei aqui por acaso. Passei mal em casa durante uma ladainha, pegando na imagem de Nossa Senhora comecei a chorar e meu tio disse ela não está bem, então resolveram me internar. Não vivi o luto da mãe, da avó, pai... o que contribuiu para surtar (...)”. Outrossim, uma das conclusões às quais chegaram os autores do relatório foi a de que “os critérios utilizados para essas internações em hospitais psiquiátricos estão em descompasso com os parâmetros da previsão legal” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 163).

São, de mais a mais, prescritos medicamentos e tratamentos no âmbito da internação sem que haja, como deveria haver, o consentimento informado dos internos. Segundo consta do relatório, “foi possível perceber que o consentimento é algo constantemente violado no contexto das internações psiquiátricas, uma vez que dentro dos hospitais psiquiátricos o contraditório” é repudiado, e qualquer manifestação de nervosismo ou reivindicação pode ser interpretada como evidência da loucura do paciente, a ser remediada com medicamentos a ele impostos, negando-se ao indivíduo o direito de recusa de tratamentos. Em um dos relatos trazidos pelo documento ora em análise, um interno informa que, na hipótese de recusarem medicamentos, eles recebem “ameaças e amarram pernas, braços, prendem a barriga e dão injeção nas coxas”, sendo preferível ficar “dopado para não ver muita coisa”. De mais a mais, verificou-se que, em grande parte dos casos, os pacientes sequer sabem qual medicação estão recebendo, e quais são os seus efeitos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 235-236).

Existe, nesse cenário, uma espécie de paternalismo por parte dos profissionais que dizem, apenas, que se tratam de remédios “bons”, deixando de informar sobre os efeitos colaterais de sonolência, cansaço, apatia, etc., o que leva à conclusão de que as altas doses de medicamentos fornecidos em situações em que, claramente, não haveria necessidade – e nem vontade por parte dos pacientes – acaba por atuar “como uma espécie de camisa de força em formato de comprimidos”, com o propósito único de controlar os pacientes sem critérios e protocolos mínimos para sua administração por parte dos enfermeiros e servindo, em inúmeras situações, como modo de punir a indisciplina dos internos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 237-238).

Outro procedimento descrito no relatório é ainda mais assustador do que a prescrição de medicamentos. Trata-se da eletroconvulsoterapia (a famosa terapia de choque), que induz convulsões no paciente por meio da administração, via eletrodos no couro cabeludo, de uma

frequência de corrente elétrica variável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005, p. 85):

Embora uma controvérsia significativa cerque a eletroconvulsoterapia (ECT) e algumas pessoas acreditem que a mesma deva ser abolida, ela foi e continua a ser usada em muitos países para certos transtornos mentais. Caso a ECT seja utilizada, ela só deve ser administrada depois de se obter consentimento informado. Ela só deve ser administrada de forma modificada, i.e., com o uso de anestesia e relaxantes musculares. A prática de se utilizar a ECT inalterada deve ser interrompida. Não há nenhuma indicação para o uso de ECT em menores e, conseqüentemente, ela deve ser proibida por legislação.

Trata-se de procedimento, não obstante, regulamentado como prática médica pelo Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM n. 2057/2013 e que, com frequência, é aplicado sem o consentimento informado dos pacientes, sendo que, segundo a OMS (2005, p. 85), trata-se de procedimento inadequado para situações emergenciais, não havendo qualquer justificativa possível para sua administração à força ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 240-241). Nesse sentido, destacamos o seguinte trecho do relatório:

[...] as ECT são oferecidas aos mesmos como “cardápio clínico”, e foi percebido que não possuem informações e conhecimento satisfatório desse procedimento. Relataram, ainda, que as ECT são disponibilizadas aos usuários, sem o consentimento e/ou ciência dos familiares e sem avaliação clínica prévia [...]. A clínica o realiza às segundas, quartas e sextas-feiras pela parte da manhã. Foi possível observar, ao longo de toda a manhã e do período do almoço que a fila de usuários esperando para realizar o procedimento de Eletroconvulsoterapia se renovava a cada hora. Além disso, essa fila, com nove cadeiras naquele dia, estava sempre totalmente ocupada ou quase que totalmente ocupada [...]. Verificou-se ainda que uma significativa parcela das pessoas que esperavam eram mulheres [...]. Uma das pacientes que estava no Núcleo seria submetida em breve à Eletroconvulsoterapia (ECT) [...] em casos como o dela um familiar autoriza a ECT [...]. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 241).

Em suma, a Inspeção Nacional foi capaz de constatar, portanto, que tanto a internação psiquiátrica em si, quanto os procedimentos de tratamento realizados já no âmbito da internação, vêm acontecendo, no país, sem o respeito ao consentimento livre e informado (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.*, 2019, p. 146).

4.2. Outras inquietações

O paternalismo descrito pelo relatório no modo de tratamento dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, ligado às noções de disciplina e anormalidade exploradas na primeira parte do artigo podem ser sintetizadas pelo seguinte trecho escrito por Foucault em um dos cursos ministrados pelo autor no *Collège de France* (2001, p. 44):

Esse caráter propriamente grotesco, propriamente ubuesco¹, do discurso penal, pode ser explicado precisamente, em sua existência e em sua manutenção, a partir desse núcleo teórico constituído pela parelha perversão-perigo. De fato, vocês veem que a junção do médico com o judiciário, que é possibilitada pelo exame médico-legal, essa função do médico e do judiciário só se efetua graças à reativação dessas categorias, que vou chamar de categorias elementares da moralidade, que vêm se distribuir em torno da noção de perversidade e que são, por exemplo, as categorias de "orgulho", de "obstinação", de "maldade", etc. Em outras palavras, a junção do médico com o judiciário implica e só pode ser efetuada pela reativação de um discurso essencialmente parental-pueril, parental-infantil, que é o discurso dos pais com os filhos, que é o discurso da moralização mesma da criança. Discurso infantil, ou antes, discurso essencialmente dirigido às crianças, discurso necessariamente em forma de bê-á-bá.

É preciso que tenhamos, portanto, um olhar crítico para a medicalização da loucura, para a internação dos considerados loucos, como se eles fossem um risco à sociedade, a serem isolados, disciplinados e, com isso, neutralizados.

O direito à autonomia e ao consentimento informado demandam que os profissionais de saúde tratem seus pacientes – possuam eles deficiências ou transtornos mentais, ou não – com respeito e horizontalidade, informando todos os efeitos colaterais dos tratamentos propostos e respeitando a vontade manifestada pelo interno, sempre que isso for possível, nos estritos termos expostos no capítulo anterior.

O desafio, ante a complexa construção histórica da loucura, não é pequeno.

Além do mais, no âmbito da psiquiatria contemporânea, como ensina Sandra Caponi (2020, p. 170), “o saber psiquiátrico hegemônico acostuma a reduzir todos os nossos sofrimentos” a anormalidades cerebrais ou desequilíbrios neuroquímicos a serem reequilibrados e normalizados com drogas psiquiátricas. Assim, sentimentos e características comuns entre nós passam a ser descritos, por esse ramo da medicina, como patologias decorrentes de processos químicos anormais do nosso cérebro, que podem – e devem – ser corrigidas pela utilização de psicofármacos.

¹ Trata-se de referência à peça surrealista *Ubu Roi*. Cf.: JARRY, Alfred. *Ubu rei*. Trad.: Sergio Flaksman. São Paulo: Peixoto Neto, 2007.

Hans Jonas (2006, p. 65-66), sobre o controle de comportamentos por meio, por exemplo, de agentes químicos, sustenta que ainda quando os fins sejam “defensáveis e até mesmo louváveis”, é difícil traçar os limites entre a libertação dos doentes mentais de sintomas considerados dolorosos ou perturbadores, e a libertação da sociedade “da inconveniência de comportamentos individuais difíceis entre seus membros”, o que “significa a transição da aplicação médica para a social e abre um campo indefinível, que contém potencialidades inquietantes”. O que Jonas questiona, no fundo, é a ética por trás da manipulação social e da aplicação de métodos de controle, considerando os direitos humanos e o princípio da dignidade:

Devemos induzir disposições de aprendizagem em crianças na escola por meio da prescrição maciça de drogas, e assim contornar o apelo à motivação autônoma? Devemos superar a agressão por meio da pacificação eletrônica de regiões cerebrais? Devemos produzir sensações de felicidade ou ao menos de prazer pela estimulação independente dos centros de prazer, quer dizer, independentes dos objetos da felicidade e do prazer e da sua obtenção na vida e no desempenho pessoal? [...] Independentemente da questão de existirem efeitos colaterais indesejados, sempre que contornamos dessa maneira o caminho humano para enfrentar problemas humanos, substituindo-o pelo curto-circuito de um mecanismo impessoal, subtraímos algo da dignidade dos indivíduos e damos mais um passo à frente no caminho que nos conduz de sujeitos responsáveis a sistemas programados de conduta.

De mais a mais, cabe aqui a reflexão trazida por Joana Moncrieff (2008, pp. 14-15), para quem é preciso cautela antes de aceitarmos o pressuposto de funcionamento das drogas psiquiátricas nos termos em que ele nos é vendido. Nesse sentido, a autora fala na existência de dois modelos que explicam como se dá a ação dos psicofármacos, sendo um centrado na doença, e outro, na droga.

O primeiro entende a psiquiatria como parte da medicina geral, de modo que tanto na primeira, quanto na última, haveria, supostamente, uma condição biológica anormal a ser revertida pelos fármacos, sejam eles aqueles utilizados, por exemplo, para tratar doenças como a diabetes, sejam aqueles destinados a tratar transtornos psiquiátricos. O problema que a autora menciona com relação a estes últimos, contudo, é que diversamente do que se propaga na indústria farmacêutica, não existem estudos científicos confiáveis que revelem, definitivamente, as causas genéticas ou neuroquímicas que levem ao surgimento de tais transtornos e, conseqüentemente, qual a melhor maneira de revertê-los (CAPONI, 2020, p. 172-173).

Com relação a esse modelo, Moncrieff (2018, p. 133, tradução nossa) sustenta que ele parte do seguinte pressuposto:

Atualmente, entende-se que as drogas psiquiátricas atuam normalizando alguma disfunção cerebral subjacente considerada responsável pela produção de sintomas de determinado transtorno mental. Assim, acredita-se que antipsicóticos revertem a patologia que produz os sintomas psicóticos ou a esquizofrenia, que antidepressivos atuam no processo biológico que produz os sintomas da depressão, que estabilizadores de humor ajudam a normalizar processos anormais de alterações de humor, etc.

O modelo centrado na droga, por sua vez, em vez de presumir que as drogas psiquiátricas causam efeitos considerados positivos (como a redução da ansiedade, por exemplo) apenas em pessoas com determinadas doenças ou anormalidades corporais, entende que os psicofármacos causarão efeitos diferentes entre si, mas semelhantes entre todas as pessoas, independentemente da presença, ou não, de uma patologia. Nesse sentido, não teriam distinção relevante com relação a outras drogas de efeitos recreativos, como o álcool ou a cocaína, que também “produzem alterações no estado mental e psicológico de quem as ingere, alterando seu modo de pensar, sentir e agir, sendo que diferentes substâncias têm efeitos diferentes” (MONCRIEFF, 2018, p. 134, tradução nossa). Como destaca a autora:

Testes realizados com placebo não distinguem se as drogas psiquiátricas são centradas na doença ou na ação da droga. A única coisa que esses testes indicam é que drogas possuem efeitos diferentes com relação a uma substância inerte, o placebo (MONCRIEFF, 2018, p. 134, tradução nossa).

Com relação, especificamente, à prescrição de eletrochoques, estes, como visto, ainda não foram abolidos no país e, com frequência, são aplicados de maneira irregular.

Arbex, em seu *Holocausto Brasileiro*, narra uma situação que revela a violência e a imprecisão da aplicação desse tipo de tratamento quando de seu surgimento:

Francisca Moureira dos Reis [que era funcionária da cozinha e candidata à vaga de atendente de enfermagem] e outras vinte mulheres foram sorteadas para realizar uma sessão de choque nos pacientes masculinos do pavilhão Afonso Pena, escolhidos aleatoriamente [...]. A colega Maria do Carmo, que também era da cozinha, foi a primeira a tentar [...]. O coração da vítima não resistiu. O paciente morreu ali mesmo, de parada cardíaca, na frente de todos. [...] Imediatamente, os atendentes do hospital embrulharam o coitado num lençol, como se aquele não fosse um cadáver. Simplesmente fizeram o pacote, colocaram no chão, e o corpo ainda quente ficou à espera de quem o recolhesse para o necrotério. “Menos um”, pensou o guarda enquanto fazia o serviço. [...] A segunda candidata se aproximou de outra cama e, trêmula, iniciou a prova. [...] O paciente escolhido era mais jovem que o primeiro.

Apresentava ter menos de vinte anos. [...] Não resistiu. Era a segunda morte da noite e as aulas só estavam começando. (ARBEX, 2019, p.33-34)

Vale mencionar, para fins de comparação e reflexão, um relato mais recente e de origem estrangeira. Em “A pequena outubrista”, da escritora sueca Linda Boström Knausgård, temos acesso às lembranças e reflexões da autora – diagnosticada com transtorno de bipolaridade – a respeito das internações pelas quais ela passou entre os anos de 2013 e 2017, em que era submetida, com frequência, ao procedimento do eletrochoque:

Para começar, numa sequência intensiva de doze ciclos de tratamento. Essa era a terminologia para tornar neutras aquelas ações e que deveria minimizar o medo diante daquela intervenção. Disseram que seria um tratamento leve e que poderia ser comparado a reinicializar um computador. [...] Realizam vinte intervenções por dia (KNAUSGÅRD, 2020, pp. 5-6).

Uma das maiores queixas da autora dizia respeito ao fato de que, para pacientes internados coercitivamente – como ela – não era necessário o consentimento informado para a aplicação dos eletrochoques. Ainda, a única informação que ela recebia era aquela citada acima, qual seja, a de que o tratamento seria leve, e comparável a reiniciar um computador. Na prática, contudo, ela nos informa que a perda da memória é uma consequência conhecida e esperada desse procedimento, mas tratada pelos médicos como um “mal necessário” (KNAUSGÅRD, 2020, p. 58-59). A autora, diante de tudo isso, questiona:

Os médicos que dizem que o tratamento funciona, sem saber exatamente por que ele funciona. Mencionam o alívio imediato para o paciente. Algo que se assemelha à euforia e é interpretado como uma melhora do paciente. Se os choques fossem assim tão tremendamente magníficos, por que a eletroconvulsoterapia é proibida em vários países? Na maior parte dos estados nos EUA, nos Países Baixos e na Alemanha, a eletroconvulsoterapia raramente é usada, e na Itália é proibida. (KNAUSGÅRD, 2020, p. 57)

A questão, no fundo, é que se (re)pense, de um lado, a utilização de procedimentos psiquiátricos invasivos e de utilidade não comprovada (como é o caso da aplicação de terapias de choque) e a utilização de psicofármacos a partir do modelo da droga, pois somente assim é possível que adotemos um olhar mais atento ao que as terapias podem, de fato, nos oferecer: quais os efeitos positivos de cada droga/procedimento, e como eles podem nos servir em cada situação (por exemplo, se eu tenho ansiedade, insônia, etc., determinada droga terá efeitos positivos, ainda que de maneira provisória), e quais são os efeitos colaterais trazidos por cada uma delas (no caso da eletroconvulsão, a perda da memória é um importante efeito a ser

mencionado; no caso de drogas psiquiátricas, são comuns os relatos, por exemplo, de sentimento de apatia).

A partir daí, será possível que coloquemos as vantagens e as desvantagens – que não costumam ser poucas – na balança, antes de tomarmos uma decisão informada.

Passa a ser papel do médico psiquiatra, como conhecedor das ciências médicas, traduzir para seu paciente, leigo, todas as informações necessárias para a tomada de decisão sobre a própria saúde, de uma maneira que este possa, efetivamente, compreendê-las, antes que decida por ingerir, ou não, os psicofármacos prescritos, ou se submeter a quaisquer tratamentos psiquiátricos invasivos.

Não importa qual seja o caráter da internação (voluntária, involuntária ou coercitiva): o fato é que o consentimento informado para a prescrição de medicamentos ou procedimentos médicos é medida que se impõe, sob pena de violação de todos os dispositivos normativos aqui mencionados e, de uma maneira mais ampla, de direitos profundamente relacionados à dignidade do paciente, como a autonomia, a saúde, e a informação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o direito à autonomia essencial para que se possa falar na dignidade do paciente, é essencial que seja feito o debate sobre o direito à autodeterminação no âmbito da saúde de pessoas com deficiências ou transtornos mentais.

Na prática, as violações à liberdade de indivíduos internados em hospitais psiquiátricos são recorrentes, sendo urgente a reflexão sobre o motivo pelo qual isso se dá, para que haja uma necessária mudança no olhar sobre o valor que existe no pluralismo, e nos diferentes modos de se enxergar o mundo.

O tratamento forçado de pacientes internados em hospitais psiquiátricos se insere, como nos mostra Foucault, em um contexto muito mais amplo de domínio da diversidade e dos traços de personalidade por parte da ciência médica, que procura diagnosticar, classificar, disciplinar e normalizar condutas que decidiu serem patológicas, o que torna o debate ainda mais desafiador.

De todo modo, é papel da academia trazer luz a essas questões, e estimular um debate que possa, em um segundo momento, se refletir nos poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, e na sociedade civil como um todo.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista Panóptica**, v. 5, n. 2, 2010.
- BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. Nova York: Oxford University Press, 1994.
- BRASIL. **Decreto n. 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso: 10 mar. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso: 10 mar. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 13.146**, de 06 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso: 10 mar. 2021.
- CAPONI, Sandra. O uso de antipsicóticos na infância e a deficiência psicossocial. In: BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; VIVAS-TESON, Inmaculada. **Cruzando Fronteiras: Perspectivas Transnacionais e Interdisciplinares dos Estudos de Deficiência**. Porto Alegre: Editora Fi, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.* Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. 1ª ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso: 10 mar. 2021.
- DIAS, Roberto. A dignidade da pessoa humana e o testamento vital no ordenamento constitucional brasileiro. In: BERTOLDI, Márcia Rodrigues; OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de (Org.). **Direitos fundamentais em construção: estudos em homenagem ao Ministro Carlos Ayres Britto**. Belo Horizonte: Fórum, 2010, v. 1, p. 99-120.
- DIAS, Roberto. **O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.
- ENGEL, Magali Gouveia. 2001. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.
- _____. **Doença mental e psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. **O Nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

_____. **Vigiar e Punir**. Trad. Raquel Ramallete, 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

_____. **Os anormais**. Trad. Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: **Educação e Pesquisa**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>. Acesso em 18 fev. 2021.

JONAS, Hans. O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Trad. Marijane Lisboa e Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2006.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: KANT, Immanuel; CHAUÍ, Marilena de Souza (coord.). **Os pensadores: Kant II**. Seleção CHAUÍ Marilena de Souza. Traduções de Tania Maria Bernkopf, Paulo Quintela e Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KNAUSGÅRD, Linda Boström. A pequena outubrista. Trad. Luciano Dutra. Santo André: Rua do Sabão, 2020.

LOBO, Lígia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

MILL, John Stuart. *Sobre a liberdade*. Trad. Denise Bottmann. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2018.

MONCRIEFF, Joanna. An Alternative Drug-Centred Model of Drug Action. In: **The Myth of the Chemical Cure**. Londres: Palgrave Macmillan, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-0-230-58944-5_2. Acesso em 19 fev. 2021.

_____. Research on a ‘drug-centred’ approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. In: **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge University, n. 27, p. 133-144, 2018. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/45F9FAA613296EE119B331F5F884465C/S2045796017000555a.pdf/research_on_a_drugcentred_approach_to_psychiatric_drug_treatment_assessing_the_impact_of_mental_and_behavioural_alterations_produced_by_psychiatric_drugs.pdf. Acesso em 18 fev. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde. **Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar sim, excluir não**. Genebra, 2005. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

QUANTE, Michael. A dignidade humana e autonomia pessoal: valores democráticos no contexto das ciências da vida. Trad. Ana Paula Barbosa-Fohrmann; Daniel Martineschen; Leandro Freire de Miranda Cavalcante. São Leopoldo: Unisinos, 2019.

SÃO PAULO (estado). **Lei n. 10.241**, de 17 de março de 1999. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso: 24 fev. 2021.