

OS CONTORNOS BIOÉTICOS DE UM CASO CLÍNICO DE PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR¹

Filipe Arantes-Gonçalves*, Pedro Almeida*

Resumo

Tomando como ponto de partida, um caso clínico de perturbação depressiva major, os autores propõem-se a enquadrar a bioética no âmbito da saúde mental, no sentido de discutir a partir da questão do consentimento informado e através dos princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Também é enfatizada a discussão psicopatológica sobre a competência do doente mental bem como as questões da ortoeutanásia, tratamento compulsivo e responsabilidade médica na situação de urgência.

Palavras-chave: *Princípios bioéticos; Perturbação depressiva major; Competência; Tratamento compulsivo.*

A BIOÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

"Por saúde mental entende-se a capacidade do ser humano se situar fluentemente em três vertentes: na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação prática com a vida. Trata-se de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior. Supõe um prazer de funcionar, realizado de forma tão íntima que em circunstâncias normais nem se quer se consciencializa. É uma função essencial na existência, uma condição psicológica primordial, não susceptível de ser contabilizada. Só quando se perturba alguém repara, porque nessa altura o próprio deixa de comunicar ou comunica mal; deixa de poder estar «saudavelmente» consigo mesmo e com os outros. Os conflitos, sempre potenciais, tornam-se então dominantes e limitam a funcionalidade"⁽¹⁾.

Em relação ao conceito de pessoa, consideramos que não é suficiente sermos reconhecidos como organismos biológicos, mas sim como pessoas, as quais se caracterizam por exercer a autonomia no sentido de atingirem a liberdade e dignidade intrínsecas sempre com vista à relação com o outro. Assim sendo, a comunicação torna-se o único meio capaz de atin-

¹ Trabalho realizado no âmbito da Disciplina de Bioética e Deontologia Profissional da Faculdade de Medicina do Porto.

* Alunos da Faculdade de Medicina do Porto.

gir a compreensão individual inerente à saúde mental de cada um⁽²⁾. A enorme variabilidade das reacções humanas e a diversidade de personalidades levam-nos a pensar que o normal tem diversas variantes, incluindo aquelas que podem causar problemas no momento⁽³⁾. No que respeita à saúde mental no contexto da relação terapêutica, Miguel Ricou afirma: "o doente necessita, muitas vezes, de se tornar dependente do terapeuta para que a reabilitação seja possível, sendo que esta só será efectiva quando a autonomia do doente for de novo conquistada. A verdadeira cura reside no restabelecer do equilíbrio, isto é, da sua liberdade"⁽⁴⁾. Seguindo a mesma linha de pensamento, Sousa refere que o doente, muitas vezes, acaba por identificar-se com o terapeuta e modelar as suas opiniões pelas do médico, aumentando a sua dependência. Pelo que é importante que o médico não dê opiniões, sugestões ou faça juízos de valor⁽⁵⁾. Voltando a Ricou, este autor chama a atenção para o estigma que ainda acompanha o conceito de doença mental: "Tratarmo-nos de uma doença orgânica terá uma significação concreta e bem identificada socialmente, enquanto que tratarmo-nos de qualquer coisa que passa unicamente pelas percepções e emoções terá, por isso mesmo, um significado bem diverso"⁽⁴⁾. Não admira, pois, que a doença mental só recentemente comece a ser melhor entendida do ponto de vista científico pois no passado era-lhe atribuída um significado de castigo ou maldição divina⁽⁴⁾. Por isso mesmo, as sociedades perseguiram e protegeram-se dos doentes mentais durante séculos⁽⁵⁾. Depois de tudo o que foi enunciado, não restarão dúvidas de que a saúde mental merece, devido às suas especificidades, uma abordagem dife-

renciada⁽⁴⁾. A própria Psiquiatria, é a especialidade médica que está "mais voltada para fora" do tronco comum da medicina, entrecruzando-se marcadamente com as outras ciências sociais e humanas⁽⁵⁾. Ou seja, a saúde mental está muito mais ligada às questões éticas, no que respeita aos problemas vivenciais, isto é, à dificuldade de cumprimento das normas éticas, políticas e sociais que abrangem toda a sociedade⁽⁴⁾. Por outro lado, o mesmo autor, comentando a conformidade a que estamos "obrigados" no contexto das normas sociais, afirma que esta pode ser encarada como um mecanismo adaptativo, mas também pode ser produto de valores intrínsecos ao sujeito e, então, nesse caso, passa a assumir uma dimensão ética para o próprio⁽⁴⁾. Tendo como ponto de partida este último sentido, podemos inferir que se a procura de ajuda se baseia na autoridade do técnico de saúde mental, essa mesma autoridade pressupõe o primeiro princípio ético – a competência – que é fundamental para legitimar esta relação⁽⁴⁾. Por último, é importante salientar que a Associação Mundial de Psiquiatria tem como principal objectivo bioético promover a saúde, a autonomia e o crescimento da pessoa, devolvendo-lhe a liberdade intrínseca à condição humana⁽⁶⁾.

Quando se avalia do ponto de vista ético ou jurídico um caso que envolve alguém com perturbação mental, o mais importante não é saber se a psicopatologia tem ou não tem peso, mas se essa patologia mental teve ou não influência directa e indispensável na acção desse mesmo indivíduo⁽⁷⁾. Ou seja, o que importa averiguar é se "por força da anomalia psíquica, o portador era incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude des-

te ou de se determinar de acordo com essa avaliação"⁽⁸⁾. No entanto, é fundamental sublinhar que a anomalia (mesmo que psíquica) só é considerada patológica se implicar sofrimento⁽⁹⁾. E não é demais lembrar que a distinção entre o normal e o anormal não é unânime entre as diferentes sociedades. Com efeito, existem sociedades antropoémicas que expõem os "anormais" para hospitais psiquiátricos, hospícios e prisões, e existem as sociedades antropofágicas que acolhem os "anormais" no seio da comunidade⁽⁹⁾. É com plena consciência da zona de penumbra que continua a delimitar as fronteiras da saúde mental que aceitamos correr o risco de nos desafiarmos a nós mesmos, no sentido de apresentar e tentar discutir este caso clínico.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

C.A.D., 75 anos, sexo masculino, casa-do, recorre ao serviço de urgência devido a sintomas de dor abdominal, vômitos, obstipação e distensão abdominal. Após a realização da história clínica, o médico de serviço procedeu ao exame físico o qual confirmou distensão abdominal e presença de movimentos de hiperperistaltismo à inspecção, dor e distensão à palpação, timpanismo generalizado à percussão e alternância de sons intestinais aumentados com períodos de silêncio dos mesmos sons na auscultação abdominal. O toque rectal confirmou a existência de uma ampola rectal vazia.

Perante estes dados clínicos, o médico decide internar o doente por suspeita de oclusão intestinal. Durante o período de internamento, o médico pede uma radiogra-

fia abdominal simples em posição ortostática que lhe confirma a existência de níveis hidroaéreos ao nível do cólon direito, bem como distensão gasosa. Também é pedida uma colonoscopia que revela a presença de um adenocarcinoma do cólon direito. Perante a concordância do caso clínico ao nível da história clínica, exame físico e exames complementares de diagnóstico, o médico faz o diagnóstico clínico de oclusão intestinal e propõe como terapêutica fundamental a cirurgia.

O doente é informado da gravidade do seu estado clínico bem como da necessidade extrema de ser operado (sob pena de morrer) mas acaba por rejeitar essa possibilidade, não dando o seu consentimento informado. O doente chega mesmo a dizer "não quero ser operado, quero morrer". Face a esta situação, o médico decide não operar, respeitando, desta forma, a vontade expressa pelo doente.

A família é informada da vontade do doente, da urgência da operação cirúrgica e da posição assumida pelo médico. Após essa informação, a família pressiona o médico para efectuar a cirurgia e informa-o de que o doente sofre de depressão há cerca de 25 anos bem como da consulta psiquiátrica e nome do clínico que o acompanha. O doente apresenta quadros depressivos recorrentes desde os 50 anos de idade que se caracterizam por total desinteresse e falta de prazer nas suas actividades pessoais e sociais, marcada apatia, tristeza profunda, isolamento total, ideação auto-destrutiva, anorexia com emagrecimento e insónia. Estes episódios revertem com tratamento farmacológico embora no último episódio depressivo que terá ocorrido há cerca de um ano o doente tenha mantido sintomas residuais,

obtendo-se uma recuperação apenas parcial do seu estado depressivo. Num dos episódios, o doente esteve internado para tratamento da depressão face ao elevado risco de suicídio. Mais, a família solicita a avaliação do doente por psiquiatria. Contudo, o hospital onde o doente está internado não tem especialidade de psiquiatria. Contactado pela família, o psiquiatra que assiste o doente, pertencente a outro hospital, disponibilizou-se para o atendimento do doente no seu hospital, indicando o dia e horas mas acabou por não se pronunciar sobre o caso dada a última consulta se ter efectuado há cerca de dois meses.

Perante este novo dado, o médico manteve a mesma posição: respeitar a vontade do doente.

A PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

A perturbação depressiva *major* é caracterizada por um ou mais episódios depressivos *major* (isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo, ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão), sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos⁽¹⁰⁾.

Sobre a sua etiopatogenia é importante mencionar que não é a perda do objecto mas sim a perda do amor e do afecto que o objecto proporcionava que levam à formação da depressão⁽¹¹⁾. Na depressão, o cerne da sua estrutura reside no facto de o indivíduo incorrer num erro cognitivo de avaliação da realidade. Isto é, o sujeito ao perder o afecto e o amor já mencionados vai idealizar essa perda e

culpabilizar-se a si mesmo⁽¹¹⁾. Idealização e culpa são as duas faces da mesma moeda ou, se quisermos, o amo e o escravo que mantêm entre si uma relação de dependência mútua como se de uma simbiose se tratasse. Torna-se, por isso, essencial sublinhar a diferença entre luto e depressão: no primeiro caso há apenas a perda do objecto (e não do amor do mesmo) enquanto no segundo existe a perda do amor e do afecto mas não a perda do objecto⁽¹¹⁾. Logo, podemos afirmar que na primeira situação não há perda da auto-estima mas na segunda há uma ferida narcísica que necessita de ser reparada⁽¹¹⁾. E a terapêutica consiste exactamente em inverter este processo patológico: retirada da idealização do objecto e retirada da auto-culpabilidade⁽¹¹⁾. Quase se poderia falar em masoquismo, mas depressão e masoquismo, embora sendo conceitos imbricados um no outro, são entidades objectivamente diferentes. A diferença reside no facto de a relação de complementaridade (ou simbiose) no masoquismo depender da atitude sádica do objecto (que está na mente do paciente) enquanto na depressão depende da alimentação narcísica do mesmo⁽¹²⁾. E então o que acontece é que o sujeito vive um conflito intrapsíquico entre o amo que pretende a submissão do escravo (para que dele se possa alimentar) e o escravo que pretende a revolta contra o amo. Quando o sujeito pende para a submissão, diminui o conflito mas proporciona a regressão do Eu psíquico embora melhorem os sinais e sintomas da doença somática (ou psicossomática, melhor dizendo). Quando pende para a revolta, agrava o conflito, agrava os sintomas físicos (neste caso, dor, obstipação, distensão e vômitos) mas coloca

se na senda do triunfo sobre o objecto⁽¹³⁾. Chegamos pois, ao capítulo da Medicina Psicossomática que como afirma Mota-Cardoso jamais poderá ser entendida como uma categoria nosológica ou etiológica mas deve dar lugar a uma abordagem do doente como Pessoa Humana⁽¹⁴⁾. Chegadas a este ponto, torna-se imprescindível relacionar depressão e suicídio. Retomando a problemática do conflito interno que o depressivo vivencia, pode acontecer que o mesmo pense que o conflito mais dia, menos dia se vai resolver, o que leva ao eternizar do mesmo: "sofrer é mostrar a sua bondade, o seu estóico valor, que no futuro-nem que seja além da morte-será seguramente (pensa-o) reconhecido e retribuído"⁽¹⁵⁾. Também para Coelho a depressão pode ser encarada como uma defesa rígida, arcaica e hermética do conflito intrapsíquico internalizado de forma a proteger o Eu que é relutante à mudança, pois mantém a ilusão de eternizar o conflito⁽¹⁶⁾. No que respeita à evolução do doente depressivo, é importante referir que um dos caminhos possíveis é levar ao suicídio como medida antecipatória "da morte tida como certa às mãos do perseguidor alucinado ou pelo aniquilamento total do mundo que o indivíduo espera, porque o deseja"⁽¹⁵⁾. Razões que podem explicar o desejo de morrer: 1) Obter o amor total e duradouro do objecto que corresponde ao desejo de fusão com o objecto; 2) Vulnerabilidade narcísica; 3) Intolerância à dor da perda e do abandono, com aumento do penar e pedir perdão; 4) Impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onipotência⁽¹⁵⁾. Passaremos agora a descrever os critérios clínicos que permitem diagnosticar uma depressão. Resumindo, os

critérios para episódio depressivo *major* são:

- 1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo ou pela observação de outros;
- 2) Diminuição clara do prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- 3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias;
- 6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
- 8) Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão quase todos os dias;
- 9) Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio⁽¹⁷⁾.

Por último apresentamos os critérios para o diagnóstico de depressão no idoso:

- 1) Neste, a depressão pode ser diferenciável relativamente ao processo normal de envelhecimento;
- 2) A Perturbação Depressiva *Major*, nos idosos, manifesta-se frequentemente do mesmo modo que nos adultos jovens;
- 3) Não há, actualmente, evidência ci-

entificamente comprovada de qualquer tipo de depressão específica dos idosos;

- 4) Contudo, vários factores modificam a sua apresentação tais como: reduzida queixa de tristeza; hipocondria e preocupação somática em vez de tristeza; memória subjectiva pobre ou quadro tipo demencial; ansiedade marcada; apatia e reduzida motivação⁽¹⁸⁾.

A OCLUSÃO INTESTINAL

A oclusão intestinal é uma patologia que cursa com a paragem total ou parcial, súbita ou progressiva do conteúdo do intestino delgado ou do intestino grosso⁽¹⁹⁾.

A oclusão intestinal pode ser classificada em mecânica, caso haja um impedimento da passagem do conteúdo intestinal ao longo do intestino devido ao bloqueio do lúmen. Caso o lúmen esteja desimpedido, mas o conteúdo intestinal esteja impossibilitado de passar devido a distúrbios do peristaltismo intestinal, estamos perante uma oclusão intestinal do tipo funcional⁽²⁰⁾.

A oclusão intestinal do tipo mecânico pode ser aguda (sintomas graves e imediatos) ou crónica (sintomas insidiosos e lentos). A etiopatogenia deste tipo de oclusão intestinal é variada e pode ter causas intrínsecas, em que a patologia é causada pela presença de obstáculos intraluminais ou por alterações da parede intestinal, por exemplo, no caso clínico apresentado, deveu-se a uma neoplasia. A oclusão intestinal também pode ser devida a causas extrínsecas, como aderências ou hérnias⁽²⁰⁾.

No que diz respeito à história clínica, os quatro sintomas cardinais da oclusão intestinal são: dor abdominal, vômitos, obstipação e distensão abdominal. De notar que estas manifestações clínicas variam com o tipo e localização da oclusão intestinal⁽²¹⁾. Será apenas importante descrever a sintomatologia de uma oclusão mecânica, uma vez que se trata da patologia do doente em questão.

Na oclusão mecânica do cólon a dor é semelhante à oclusão mecânica do intestino delgado, mas de menor intensidade. Relativamente ao vômito é menos comum, excepto em situações de vólvulo. A obstipação e a distensão abdominal são achados que estão igualmente presentes⁽²²⁾.

O exame físico do doente deve contemplar a observação geral e o exame do abdómen. Na inspecção do abdómen é necessário estar atento à presença de ondas peristálticas, cicatrizes, hérnias e massas. Na palpação do abdómen podem estar presentes sinais de defesa, bem como dor e massas palpáveis. A percussão deve ser realizada por todo o abdómen, pesquisando áreas de timpanismo ou maciez. À auscultação abdominal podemos ter um ventre mudo, o que orientará o clínico para uma situação de íleo paralítico. Por outro lado, os ruídos hidroaéreos poderão estar presentes e hiperactivos, contrabalançando com períodos de acalmia. O toque rectal deverá ser realizado tendo em vista a caracterização da ampola rectal e as fezes que, eventualmente, poderão estar presentes⁽²¹⁾.

Relativamente a exames complementares, a radiografia abdominal simples é o mais importante, permitindo fazer o diagnóstico diferencial de uma oclusão intes-

tinal mecânica do delgado, de uma oclusão intestinal mecânica do cólon e de uma oclusão intestinal funcional. A colonoscopia pode ser igualmente realizada, tendo a possibilidade de determinar o local e a natureza da lesão, não devendo ser usada em casos de perfuração⁽²⁰⁾.

ANÁLISE BIOÉTICA DO CASO CLÍNICO

A questão do consentimento informado no doente mental

Durante séculos a ética baseou-se no Juramento de Hipócrates, no qual a obrigação do médico em ter o consentimento do doente não existia⁽²³⁾. Hoje em dia, tal não acontece, pelo que, segundo Daniel Serrão, o consentimento informado é "uma mudança total no paradigma das relações do médico com o seu doente"⁽²⁴⁾. O consentimento informado determina o fim do paternalismo médico, em que só ao médico competia fazer o diagnóstico e determinar a terapêutica⁽²³⁾. Esta evolução do paradigma da relação clínica pressupõe o princípio da autonomia. No entanto, o princípio da beneficência pode também estar presente no conceito de consentimento informado, porque, por vezes, uma decisão partilhada pode ser do melhor interesse para o doente⁽²⁵⁾.

Podem surgir conflitos, quando o médico pensa que a decisão do doente não é a mais correcta para a sua saúde e até para a sua vida, como acontece com o caso clínico que estamos a analisar. Numa situação de conflito o médico pode questionar a competência do doente. A resolução do conflito varia, dando-se em certos casos privilégio ao princípio da autonomia do

doente e noutros ao princípio de beneficência e não-maleficência⁽²³⁾.

O doente só pode dar o seu consentimento informado se:

1. For competente para agir;
2. Receber a informação completa;
3. Compreender a informação;
4. Decidir voluntariamente;
5. Consentir a intervenção⁽²⁵⁾.

No contexto deste caso clínico, uma questão fulcral será a avaliação da competência do doente para dar o seu consentimento informado, no sentido deste poder ser valorizado.

A questão da avaliação da competência no doente mental

A competência de um indivíduo pode ser definida como a capacidade de entender informação relevante, apreciar essa informação relativamente à sua doença, sendo capaz de elaborar um raciocínio lógico, que culmine na expressão da sua escolha⁽²⁶⁾. "Para que se possa declarar alguém incompetente é necessário demonstrar que tal transtorno existe por si mesmo, no momento da observação, e que por conseguinte não foi simplesmente inferido a partir do diagnóstico psiquiátrico"⁽²⁷⁾. Contudo, o mesmo autor assume que esta avaliação pode, em alguns casos, ser difícil de ajuizar. Temos como exemplo as situações fronteira, na qual se incluem os psicopatas, toxicodependentes, deprimidos com ideias suicidas e neuróticos que se refugiam numa denegação defensiva da realidade. Nestes casos torna-se essencial que o médico faça uso do seu senso clínico para tomar a decisão acertada⁽³⁾.

Segundo Beauchamp e Childress, a avaliação do doente deverá ser realizada

de acordo com a "estratégia da rampa deslizante", ou seja, o doente para aceitar uma terapêutica de inegável benefício e baixo risco necessita de um baixo grau de competência⁽²⁵⁾. Também para Barreto a aceitação da terapêutica numa situação de urgência requer uma capacidade mínima, que pode ser compatível com certas doenças psiquiátricas, desde que elas não tenham abolido completamente a crítica. São os casos de esquizofrenia moderada, uma depressão grave e uma demência na fase inicial⁽³⁾.

Partindo dos pressupostos já enunciados, nomeadamente da "estratégia da escada deslizante", concluímos que o doente deste caso clínico não foi capaz de decidir no seu melhor interesse, a favor de uma terapêutica de elevada razão benefício/risco, pelo que podemos considerar que "uma depressão, por leve que seja, distorce a avaliação dos factos e a expectativa em relação ao futuro. Ele vai crer então que o seu pessimismo é justificado, julgar mesmo que está mais lúcido do que nunca"⁽³⁾.

De facto é o que se verifica no presente caso clínico, pois o doente apresenta uma perturbação depressiva *major*, com ideias auto-destrutivas, chegando mesmo a dizer "eu não quero ser operado, eu quero morrer".

Análise do caso clínico segundo os princípios de ética biomédica

Tendo em vista a análise de problemas bioéticos, Beauchamp e Childress propuseram, no livro *Principles of Biomedical Ethics*, quatro princípios fundamentais: o princípio da autonomia, o da não maleficência, o da beneficência e o da justiça⁽²⁸⁾.

O uso destes princípios na análise de

problemas bioéticos é muito útil e, apesar de, enquanto princípios formais serem indiscutíveis, não fornecem regras precisas para a solução dos problemas, constituindo uma estrutura analítica moral, que tem por objectivo uma abordagem neutra e independente da religião, da política e da problemática cultural^(29,30).

Os princípios referidos não obedecem a nenhuma ordem hierárquica, devendo ser analisados tendo em conta o caso que está a ser discutido⁽²⁵⁾.

Princípio da autonomia

Do ponto de vista etimológico, a palavra autonomia significa a condição de quem é autor da sua própria lei. O respeito pela autonomia é, no fundo, o respeito pelas decisões individuais, desde que não interfiram no valor da dignidade humana⁽²⁵⁾. Do ponto de vista da teoria kantiana será tratar os outros como fins em si mesmos e não meramente como meios⁽³⁰⁾. Em cuidados de saúde, o respeito pelo princípio da autonomia tem várias implicações: a confidencialidade, a confiança e o consentimento informado⁽³⁰⁾.

No exercício da prática médica, o respeito pela autonomia faz com que o médico tenha que valorizar a opinião informada do doente, até em casos de recusa de tratamento. O médico deve promover o comportamento autónomo por parte do doente, desde que devidamente informado, de forma a poder decidir livremente^(25,29).

O conceito de autonomia pressupõe o da competência, que pode ser definido como a capacidade individual de julgar no seu melhor interesse, tanto no plano físico, como no plano intelectual. O médico deve, na generalidade dos casos, presumir a com-

petência do doente até prova em contrário, sendo a determinação da competência do doente uma tarefa com grande carga de subjectividade^(25,29).

Mesmo em crianças ou em pessoas com graves perturbações mentais, o respeito pelo princípio da autonomia deve ser um dado adquirido, excepto se existir alguma razão moral para não o respeitar. Todas as decisões devem ser tomadas no melhor interesse do doente, pelo que, quando um doente não é autónomo, tomando decisões contra o seu interesse, deve-se consultar alguém próximo que seja o seu legítimo representante^(25,30).

Importa considerar que a autonomia não é um valor absoluto, mas deve ser ponderada em interacção ou concordância com os restantes princípios ou factores em jogo⁽²⁹⁾. Como já referimos anteriormente, pelo facto de se tratar de uma pessoa incompetente é necessário recorrer ao legítimo representante do doente, neste caso os seus familiares. Partindo do pressuposto que os familiares são as pessoas que melhor conhecem o doente, deve aceitar-se a decisão do julgamento substitutivo dos seus familiares, que será no melhor interesse do paciente e prosseguir com o tratamento cirúrgico do mesmo⁽²⁵⁾. Até porque, como já referido anteriormente por Barreto, mesmo numa depressão leve, o doente pode julgar-se mais competente do que nunca, embora na realidade não o seja, como provam as ideias auto destrutivas⁽³⁾.

Princípio da beneficência e da não-maleficência

Aquando da realização de um acto médico, tendo em vista o bem do doente, arriscamo nos a prejudicá-lo. Tendo em

vista este facto, o médico deve actuar no melhor interesse do doente, tentando produzir mais benefício do que malefício, isto é, considerar o princípio de beneficência e o de não-maleficência. Segundo a obrigação moral hipocrática, o médico deve providenciar ao doente um benefício real, isto é, beneficência com não-maleficência⁽³⁰⁾. O melhor interesse tem, pelo menos, duas vertentes: a vertente clínica e os valores pessoais do doente⁽²⁵⁾. Isto tem implicação prática, na medida em que temos que respeitar a autonomia do doente, pelo simples facto de que aquilo que será benéfico para um doente, não será, necessariamente, benéfico para outro doente⁽³⁰⁾.

Sendo assim, e tendo como objectivo o bem do paciente, temos que assegurar de uma forma efectiva, que somos capazes de realizar os benefícios que professamos conseguir fazer. No entanto, não é suficiente sermos capazes de realizar determinado acto médico. É também importante estarmos conscientes dos riscos e das probabilidades de benefício e malefício do acto que estamos a realizar⁽³⁰⁾. Em circunstâncias bem definidas, será legítimo realizar um acto médico do qual resultará um efeito bom (pretendido) e um efeito mau (tolerado) – princípio do duplo efeito⁽²⁹⁾.

No caso clínico que apresentamos anteriormente, de acordo com o princípio da beneficência, a atitude mais correcta do cirurgião teria sido a de realizar a cirurgia para a ressecção do segmento intestinal onde estava localizado o adenocarcinoma, através de uma laparotomia. Seria igualmente benéfico para o doente a realização de tratamentos complementares e o estadiamento da neoplasia. Segundo o

princípio da não-maleficência, o facto de não se realizar a cirurgia vai conduzir, com uma alta probabilidade, a um malefício para o doente, nomeadamente a morte. É claro que a cirurgia, como acto invasivo que é, poderá provocar algum mal no doente, mas o benefício dela resultante é muito maior⁽²⁹⁾.

Princípio da justiça

O princípio de justiça pode ser definido como "a obrigação moral de agir numa adjudicação imparcial entre reivindicações em competição" ou, como diria Justiano, "justiça é a contínua e perpétua vontade de dar a cada um aquilo que é devido"⁽³⁰⁾.

Quando se usa a expressão "princípio de justiça", o que os autores têm em mente são as exigências da *justiça distributiva*, que diz respeito à distribuição justa dos recursos⁽²⁹⁾. No entanto, nas questões éticas em cuidados de saúde poderá ser importante subdividir as obrigações da justiça em mais duas categorias:

- *Justiça baseada nos Direitos* – respeito pelo direito das pessoas, em que, por exemplo, pelo facto do médico reprovar o estilo de vida do doente não lhe poderá negar o tratamento.
- *Justiça Legal* – respeito por leis moralmente aceites. Caso o médico sinta que a lei é moralmente injusta pode, do ponto de vista moral, desrespeitar a lei, ainda que deva estar preparado para sofrer as consequências legais.

A igualdade poderá ser considerada como o pilar da justiça, mas justiça é mais do que igualdade. Aristóteles afirmou que se deveria entender justiça como "tratar iguais de forma igual" (equidade horizon-

tal) e "desiguais de forma desigual" (equidade vertical).

Posto isto, é facilmente compreensível que a justiça distributiva pressupõe:

- Cuidados de saúde que vão de encontro às necessidades de cada um. Na impossibilidade de tal acontecer, os recursos existentes devem ser distribuídos de acordo com as necessidades de cada um.
- Igualdade de acesso aos cuidados de saúde.
- Maximização dos recursos disponíveis.
- Escolha o mais alargada possível do tratamento para a patologia em causa.
- Respeito pela autonomia das pessoas que providenciam os recursos (contribuintes e seguradoras)⁽³⁰⁾.

Neste caso o doente recusou a terapêutica proposta, o que está previsto no código deontológico da Ordem dos Médicos, tendo tutela constitucional, civil e repercussões a nível penal⁽³¹⁾. "O problema é que para se 'defender' do ordenamento jurídico, o médico poderá ser tentado a adoptar comportamentos e procedimentos 'legalmente' seguros, mas tecnicamente pouco eficazes e eticamente duvidosos"⁽³¹⁾. Miguel Ricou considera que este comportamento, embora compreensível, não poderá ser desculpado porque os códigos de ética e deontologia que regem a prática clínica devem sobrepor-se às leis actuais, quando incompatíveis⁽⁴⁾.

EUTANÁSIA E A RECUSA DO TRATAMENTO

Desde sempre a sociedade reflectiu so-

bre o acto de promover a morte antes do que seria de esperar, por motivos de compaixão e quando existisse um sofrimento penoso e insuportável⁽³²⁾.

Com o avanço da arte médica, as famílias querem, cada vez mais, ter o direito de decidir o destino dos seus familiares doentes, cujo sofrimento é intolerável e para os quais já não existe terapêutica⁽³²⁾.

A discussão em torno da eutanásia é antiga e teve, em todas as épocas, inúmeros defensores, tendo sido admitida na antiguidade. Com o Cristianismo e o Judaísmo foi condenada devido ao carácter sagrado que é conferido à vida por estas religiões⁽³²⁾.

Terá o médico o direito de antecipar a morte do doente, desde que autorizado pelo mesmo ou pela família, quando o desenlace da patologia é fatal? Antes de mais é necessário fazer a distinção entre três conceitos: eutanásia, ortotanásia e distanásia. A eutanásia pode ser considerada como um acto que visa promover a morte do doente, por compaixão, devido a doença incurável e causadora de enorme sofrimento. Segundo o mesmo autor, ortotanásia será a suspensão de meios terapêuticos a um doente em risco de vida, com vista a uma morte passiva. Finalmente, a distanásia é o tratamento desnecessário e prolongado a um doente terminal⁽³²⁾.

No caso aqui apresentado, o doente recusa ser submetido à intervenção cirúrgica, o que associado à vontade do médico de não realizar a cirurgia, constitui um caso de ortotanásia. O conceito de ortotanásia permite ao doente enfrentar a morte tranquilamente porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida⁽³³⁾.

Numa situação como esta é fundamental o respeito pela autonomia do doente, que se reflecte no respeito pelo seu direito de saber a verdade acerca da sua doença, para poder decidir acerca do seu tratamento, em conjunto com os profissionais de saúde. No entanto, valores como a justiça e solidariedade, beneficência e não-maleficência devem ser tidos em consideração⁽³³⁾.

O TRATAMENTO COMPULSIVO

O tratamento compulsivo é o aspecto da prática clínica psiquiátrica que melhor espelha o conflito entre a necessidade urgente em tratar e o respeito pela autonomia da pessoa⁽³¹⁾. Por isso é que a Psiquiatria e o Direito se digladiaram sempre, ao longo do tempo, pois ambas são disciplinas que intervêm nos direitos das pessoas⁽³⁴⁾. Basta ver o exemplo dos Estados Unidos da América, país em que é condenado o tratamento compulsivo, em favor do respeito pela autonomia do doente, o que está previsto na lei⁽³⁾. O próprio artigo oitavo da Lei de Saúde Mental menciona que só se deve recorrer ao tratamento compulsivo, quando este for a única forma de assegurar o tratamento⁽³⁵⁾. De facto, numa situação de urgência não faz sentido assistir passivamente à degradação do doente mental, embora forçá-lo a um determinado tratamento pode ser considerado uma violência⁽²⁾. No entanto, para João Barreto, apesar desta prática poder despertar constrangimento, verifica-se eficaz na maior parte dos casos, acabando o doente por agradecer as medidas que foram tomadas⁽³⁾. Os critérios contemplados pela Associação Americana de

Psiquiatria para internamento compulsivo são:

- 1) Existência de perturbação mental grave;
- 2) Razoável expectativa de tratamento eficaz;
- 3) Recusa ou incapacidade para consentir a admissão voluntária;
- 4) Falta de capacidade para dar consentimento informado;
- 5) Perigo de dano a outros ou a si mesmo em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica⁽³⁶⁾.

Numa situação como a verificada no presente caso clínico, importa ter em consideração como actuar perante uma situação como esta:

- a) Averiguar porque é que o doente em questão não se encontra apto a tomar decisões coerentes, avaliar situações ou dar o consentimento informado;
- b) Inferir que se não houvesse psicopatologia o doente daria o consentimento informado;
- c) Registrar e explicar a necessidade e importância que a intervenção cirúrgica tem para o paciente;
- d) Pedir, na presença de outro profissional de saúde, o consentimento informado à família, após informação da mesma;
- e) Vincar bem a importância da finalidade terapêutica, excluindo qualquer outro tipo de objectivos;
- f) Dar à família a possibilidade de interdição do processo em questão;
- g) Informar o Ministério Público e o Departamento de Investigação e Acção Penal (D.I.A.P.) da situação que está a ocorrer, no sentido de parti-

ilhar a responsabilidade, ou seja, que estas instâncias judiciais assumam a tutela do caso;

- h) Assegurar que toda a equipa envolvida no caso clínico assumam a responsabilidade, assinando o seu nome⁽³¹⁾.

A RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS NUMA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Antes de mais torna-se imperativo a definição de urgência médica, que será um processo agudo, instalado subitamente num indivíduo, que pode ser tratado efectivamente, mas que na ausência de terapêutica pode levar à morte⁽²³⁾.

O mesmo autor afirma que "é uma tragédia moral para o médico quando não consegue evitar a morte ou sequelas graves de incapacidade", sobretudo se pensar que poderia ter feito algo mais⁽²³⁾. Baseado no princípio de responsabilidade, o médico, ao avaliar um doente com problemas mentais deve fazer tudo para o atender o melhor que souber, não lhe sendo exigido, no entanto, que seja infalível, mas que proceda em conformidade com os conhecimentos da medicina e com o respeito que todo o doente merece⁽²³⁾. Deve ter também em conta o seu comportamento (e o dos seus pares) no sentido de assumir as suas responsabilidades, nomeadamente no que diz respeito ao bom-nome da sua classe profissional⁽⁴⁾. A situação de urgência é, normalmente, o problema mais dramático para o médico, nomeadamente nas urgências graves, em que há risco de vida imediato e nas ur-

gências médias, como no caso clínico analisado, que necessitam de uma decisão terapêutica rápida⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Após termos realizado uma abordagem cuidadosa ao caso clínico, de acordo com os princípios de Beauchamp e Childress e baseados nos pressupostos enunciados anteriormente, decidimos apresentar a nossa perspectiva pessoal na abordagem deste caso clínico. Deste modo, uma vez criado o impasse na decisão de se realizar ou não a cirurgia, pensamos que o mais adequado seria propor à família a possibilidade de realizar a intervenção cirúrgica, explicando a extrema importância da mesma e informar o Ministério Público e o Departamento de Investigação e Acção Penal da situação presente, com o objectivo que este partilhe e assuma a responsabilidade do caso. Foi exactamente o que sucedeu, tendo o doente sido operado com êxito, através da ressecção da neoplasia que obstruía o lúmen intestinal. Concluimos este trabalho, referindo que se trata de um caso clínico extremamente rico do ponto de vista bioético, no sentido em que nos foi permitido aplicar todo um conjunto de conceitos teóricos, de extrema importância para o exercício correcto da arte médica.

Agradecimentos

Os autores agradecem, ao assistente de Bioética da Faculdade de Medicina do Porto, Mestre Miguel Ricou, a disponibilidade e a colaboração prestadas na revisão deste artigo.

Abstract

Considering a clinical case the authors wanted to make a connection between medical ethics and mental health with the purpose to discuss it from the foundations of informed consent and bioethical principles: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Also wanted to stress psychopathological discussion about competence in mental illness as well as ortho euthanasia, compulsive treatment and medical responsibility in urgent situation issues.

Key-words: *Ethical principles; Major depressive disorder; Competence; Compulsive treatment.*

BIBLIOGRAFIA

1. Milheiro J. Ambiente e saúde mental. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Novos Desafios à Bioética* (pp. 301-306), Porto Editora, Porto, 2002.
2. Ricou M. *Ética e psicologia: Uma prática integrada* – Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Bioética, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2004.
3. Barreto J. Doença psíquica. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 314-323); Editorial Verbo, Lisboa, 1996.
4. Ricou M. *Ética e Saúde Mental*. In Daniel Serrão e Rui Nunes (Eds.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 61-80); Porto Editora, Porto, 1999.
5. Sousa MP. Problemas éticos na praxis clínica psiquiátrica. In *Psiquiatria Clínica* 1982; 3(3): 127-139.
6. World Psychiatric Association: *Declaration of Madrid*, 1996.
7. Santos-Costa F, Cunha-Oliveira. *Da doença psiquiátrica transitória à inimizabilidade*. In Associação portuguesa de estudos psiquiátricos, coordenação de Mário Taborda. *"Psiquiatria e Justiça"*. Porto, 1997.
8. Antunes MJ, Santos-Costa F. *Acerca da inimimizabilidade diminuída no Direito Penal Português*. In Associação portuguesa de estudos psiquiátricos, coordenação de Mário Taborda. *Psiquiatria e Justiça*, Porto, 1997.
9. Mota-Cardoso C. *Normal/Anormal à luz da ética e da estética*. In Associação portuguesa de estudos psiquiátricos, coordenação de Mário Taborda. *Psiquiatria e Justiça*, Porto, 1997.
10. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry (9ª edição)*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003.
11. Coimbra de Matos A. *Estados-Limite: Etiopatogenia, Patologia e Tratamento*. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* 1994; 6: 7-25.

12. Coimbra de Matos A. A disposição depressiva. *O médico* (1494) 1980; 31(95): 8.
13. Coimbra de Matos A. A dimensão da depressividade no adoecer somático. *O médico* (1549) 1981; 32(99): 322-331.
14. Mota-Cardoso, R. Metodologia de investigação Clínica em Medicina Psicossomática – uma perspectiva pessoal. *Psiquiatria Clínica* 1987; 8(1): 41-48.
15. Coimbra de Matos A. Razões da morte; morte da razão – abordagem psicanalítica do suicídio. *Jornal do Médico, CX*, 1994; 12-19.
16. Coelho R. Teoria da depressão em Fairbairn. *Revista Portuguesa de Psicanálise* 2001; nº 21 : 41-50.
17. APA. *DSM-IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª edição)*, Climepsi, Lisboa; 1996.
18. Baldwin RC, Chin E, Katona C, Graham N. *Guidelines on depression in older people – Practising the Evidence*. Martin Dunitz, London, 2002.
19. Harrison TR, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, McGraw Hill Education – Europe, 2001.
20. Soybel DI. Ileus and bowel obstruction. In Lazar J, Greenfield, Michael W, Mulholland, Keith T, Oldham, Gerald B Zelenock e Keith D. Lillemoe (Eds.), *Essentials of Surgery: Scientific Principles and Practice* (pp. 216-222), Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, 1997.
21. Seymour I, Md Schwartz, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Galloway AC, Fischer JE. *Principles of Surgery*, McGraw-Hill, Oxford, 1998.
22. Silen, W. *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdominal*, Oxford University Press, Oxford, 2000;
23. Pina EJA. *A responsabilidade dos médicos (3ª edição)*, Lidel, Lisboa, 2003.
24. Serrão D. Consentimento Informado. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 78-80); Editorial Verbo, Lisboa; 1996.
25. Antunes A. Consentimento Informado. In Daniel Serrão e Rui Nunes (Eds.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 13-27); Porto Editora, Porto; 1999.
26. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing Competence to Consent to Treatment – A Guide for Physicians and Other Health Professionals*, Oxford University Press, Oxford, 1998.
27. Barreto J. O consentimento informado e as doenças psíquicas. In *Um desafio à bioética*, Centro de Estudos de Bioética e Gráfica de Coimbra, Coimbra, pp. 51-60; 1998.
28. Beauchamp TL, Childress SF. *Princípios de Ética Biomédica (2ª edição)*, Masson, Barcelona, 2002.
29. Cabral R. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 23-58); Editorial Verbo, Lisboa; 1996.
30. Gillon R. Medical Ethics: four principles plus attention to scope. *British Medical Journal* 1994; 309: 184.
31. Vieira FS. Ética e leis em Psiquiatria. "Rio com piranha jacaré come de costas". *Psiquiatria Clínica* 1996; 17(2): 133-137.
32. França GV. Direito de viver e direito de morrer (um enfoque ético político sobre a eutanásia e o suicídio assistido). In Cícero de Andrade Urban (Ed.), *Bioética Clínica* (pp. 537-544), Livraria e Editora Revinter; 2003.
33. Pesini L, Barchifontaine CP. *Problemas Actuais de Bioética – 6ª edição*, Edições Loyola, 2002.
34. Fennell P. Law and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6:799-802.
35. Lei de Saúde Mental: *Diário da República* – I série A, nº. 169, de 24 Julho de 1998.
36. American Psychiatric Association: *Resource document on principles of informed consent in Psychiatry*, APA State Update 1996, July-Aug, pp. 1-4.