

# BIOÉTICA E PSIQUIATRIA: PRÁTICAS CONCILIÁVEIS?

Filipe Arantes-Gonçalves\* e Rui Coelho\*\*

## Resumo

*Nem sempre é fácil conciliar a prática clínica psiquiátrica com a prática da Bioética. Nesse sentido, os autores deste artigo procuraram tecer breves considerações sobre a necessidade de uma prática integrada. Após esta curta introdução, várias temáticas comuns à Psiquiatria e à Bioética são, oportunamente, analisadas: competência em Saúde Mental na obtenção de consentimento informado, tratamento compulsivo, confidencialidade, investigação em Psiquiatria, psicoterapia e Psiquiatria Forense. Por último, é feita referência ao ensino da Bioética a futuros psiquiatras.*

**Palavras-chave:** *Bioética; Psiquiatria; Competência; Consentimento informado; Tratamento compulsivo; Confidencialidade; Investigação em Psiquiatria; Psicoterapia; Psiquiatria Forense.*

## INTRODUÇÃO:

### a necessidade da interdisciplinaridade

As questões éticas emergem de alterações rápidas nos valores sociais, com destaque para os direitos do indivíduo e os grandes avanços da ciência e da tecnologia<sup>(1)</sup>. Na prática da Psiquiatria é fundamental harmonizar e ajustar dois tipos de abordagem: a científica que, frequentemente, questiona a moral e a dos princípios éticos que, ao derivarem da Filosofia, têm necessariamente implicações morais<sup>(1)</sup>. Embora todos os psiquiatras se devam reger pelos princípios éticos que abrangem os restantes médicos, convém lembrar que os níveis de intimidade e dependência que se desenvolvem entre psiquiatra e paciente são maiores aqui do que noutras especialidades médicas<sup>(1)</sup>. A Psiquiatria vê-se, então, envolvida num grande desafio: respeitar os princípios éticos de *beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça*, tendo, ao mesmo tempo, recursos limitados, estigma da doença mental, ignorância da sociedade, discriminação e heterogeneidade das práticas psiquiátricas entre países diferentes<sup>(2,3)</sup>. Ou seja, o facto de o doente mental se ver privado da sua autonomia e liberdade, faz com que a Psiquiatria se demarque das outras

\* Aluno da Faculdade de Medicina do Porto.

\*\* Chefe de Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João. Professor associado da Faculdade de Medicina do Porto.

especialidades médicas<sup>(2)</sup>. O psiquiatra deve actuar de acordo com a justiça utilitária, isto é, considerar as consequências das suas acções, e avaliar a moralidade das mesmas através do grau em que elas oferecem resultados satisfatórios<sup>(2)</sup>. Quanto à prática baseada nas leis, deve ser realçado que estas serão sempre limitadas para a complexidade existente na prática psiquiátrica. Muitas vezes, até, colocam entraves a uma boa prática clínica. Por isso, os psiquiatras devem promover o conhecimento da sociedade sobre a doença mental<sup>(2)</sup>.

De 1950 a 1973 houve 82 notificações de conduta anti-ética contra membros da *American Psychiatric Association* (APA). Entre 12 psiquiatras que foram considerados como não-éticos, 6 foram expulsos<sup>(4)</sup>. Entre 1972 e 1983, 382 psiquiatras foram acusados na APA de má prática clínica, tendo sido considerados culpados<sup>(6)</sup>. Destes, 27 foram expulsos da APA. As formas mais comuns de conduta ética desadequada são a exploração sexual e financeira dos pacientes e comportamentos ilegais dos médicos<sup>(4)</sup>.

## **AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NA OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

No sentido de o psiquiatra poder valorizar o consentimento informado do seu paciente, torna-se imprescindível avaliar a competência do mesmo. Quando consideramos o conceito de competência temos de ter em conta que: 1) as capacidades são importantes na definição do conceito; 2) as perturbações mentais podem explicar falhas nessas capacidades mas quando isoladas não são suficientes para

aceder ao constructo de competência; 3) a situação que envolve o doente influencia o seu funcionamento; 4) as consequências das decisões dos doentes têm impacto no seu bem-estar; e 5) as capacidades dos doentes podem mudar<sup>(5)</sup>.

São inúmeras as situações em que é difícil avaliar a competência do paciente psiquiátrico, pelo que é importante que o médico faça uso do seu bom senso clínico. Por exemplo, no caso do paciente que tem ideias suicidas há quem considere que as mesmas são suficientes para o considerar como incompetente para dar o consentimento informado<sup>(6)</sup>. Por outras palavras, o desejo de morrer pode ser encarado como um sintoma do doente ambivalente e não como uma escolha racional de quem goza autonomia e liberdade<sup>(6)</sup>. Uma boa abordagem para avaliar a competência poderia ser solicitar ao doente para repetir o que o médico disse sobre a terapêutica, os riscos e os benefícios<sup>(6)</sup>. Por outro lado, os valores sócio-culturais do paciente devem ser, sempre, tidos em conta<sup>(6)</sup>. Na situação clínica da depressão, os sintomas depressivos que, de forma mais marcada, podem alterar a competência são os sentimentos negativos sobre si próprio, como a culpa excessiva e a baixa auto-estima, que podem levar ao desespero<sup>(6)</sup>. Estas condições fazem com que o doente, muitas vezes acredite que a única coisa que lhe está destinado ou que merece é a morte<sup>(6)</sup>. Também para Barreto<sup>(7)</sup>, o pedido da morte esconde, na maior parte das vezes, o desejo de ver preenchido o seu vazio afectivo. Daí que consideramos que, sempre que possível, o profissional de saúde deve tentar perceber quais as razões que levam ao desejo da morte<sup>(6)</sup>. Noutra situação clínica acontece, muitas vezes a recusa de tratamento de pacientes com anore-

xia nervosa. Estes pacientes enfrentam frequentemente um grande dilema. Por um lado, têm medo de efectuar o tratamento por temerem “perder o controle da situação”; por outro lado, têm muito medo que, ao não se tratarem, a sua condição física se agrave<sup>(8)</sup>. Também com frequência admitem não conseguir resolver este conflito sozinhos embora, também, têm muito medo de pedir ajuda<sup>(8)</sup>. Os psiquiatras devem identificar este conflito e ajudar os pacientes a encontrar os significados do mesmo. Para uma melhor compreensão sugere-se a análise da competência em três níveis diferentes<sup>(9)</sup>:

- 1) “Para a aceitação de medidas necessárias e sem risco, propostas em situações de certa urgência, ou para a recusa de terapias arriscadas e de resultado duvidoso, bastará uma capacidade mínima, que não é incompatível com certas doenças psiquiátricas, desde que elas não tenham abolido completamente a crítica: é o caso de um defeito esquizofrénico moderado, de depressão grave, de demência na fase inicial, de estado de intoxicação com obnubilação da consciência ligeira ou intermitente”.
- 2) “Para escolher validamente entre alternativas com benefícios e riscos equilibrados, pesando os prós e os contras, onde mesmo pessoas são podem hesitar, será de exigir um nível de capacidade mais elevado, que muitos doentes psiquiátricos poderão ainda apresentar: hipomania ou depressão moderadas, defeito esquizofrénico leve, ansiedade grave, neuroses descompensadas, sonolência ou lentificação por alte-

ração do estado geral, deterioração senil sem demência”.

- 3) “Finalmente, para recusar legitimamente uma intervenção julgada necessária, contra a opinião médica e da maioria dos familiares; ou, inversamente para poder consentir validamente numa intervenção arriscada e de incerto ou escasso benefício, será de pressupor uma capacidade máxima, só compatível com perturbações psíquicas muito ligeiras, tais como depressão leve, neuroses compensadas, esquizofrenia em remissão, debilidade mental duvidosa ou marginal, perda de memória fisiológica ou senescente<sup>(9)</sup>. Por último, é necessário realçar que a condição *sine qua non* na avaliação da competência é decidir se a psicopatologia em causa teve, ou não, influência directa e indispensável na acção do individuo<sup>10</sup>. Isto é, importa decidir se “por força da anomalia psíquica, o portador era incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação<sup>(11)</sup>”.

## RECUSA DE TRATAMENTO E TRATAMENTO COMPULSIVO

Tal como na Medicina em geral, também na Psiquiatria surge, por vezes, a complicação ética de decidir em que situações deve prevalecer o princípio da beneficência quando incompatível com o princípio da autonomia ou auto-determinação do paciente<sup>(12)</sup>. As recomendações das diferentes Sociedades de Psiquiatria apontam

no sentido de, em situações de urgência ou risco de violência para o próprio ou terceiros, dominar a beneficência sobre a autonomia<sup>(12)</sup>. Mesmo assim, toda a decisão clínica deve ser complementada, tendo em conta a personalidade do paciente, seu nível cultural e pressões a que está sujeito<sup>(13)</sup>. É importante enfatizar que o psiquiatra não deverá optar pela chamada “medicina defensiva”, a qual poderá beneficiar o clínico mas prejudicar o doente<sup>(2)</sup>. Numa situação de conflito gerada entre os dois princípios devido à recusa do tratamento, se houver uma elevada razão benefício/risco para a terapêutica proposta pelo médico deve considerar-se o doente como não-competente e solicitar o julgamento substitutivo dos seus familiares, explicando a importância do tratamento e informar as instâncias judiciais para que estas partilhem e assumam a responsabilidade do caso<sup>(14)</sup>. Isto é, é de sugerir o seguinte: 1) averiguar porque é que o doente em questão não se encontra apto a tomar decisões coerentes, avaliar situações ou dar o consentimento informado; 2) inferir que se não houvesse psicopatologia o doente daria o consentimento informado; 3) registar e explicar a necessidade e importância da terapêutica para o paciente; 4) pedir, na presença de outro profissional de saúde, o consentimento informado à família, após informação da mesma; 5) vincar bem a importância da finalidade terapêutica, excluindo qualquer outro tipo de objectivos; 6) dar à família a possibilidade de interdição do processo em questão; 7) informar o Ministério Público e o Departamento de Acção e Investigação Penal (D.I.A.P.) da situação que está a ocorrer; e 8) assegurar que toda a equipa envolvida na situação clínica assumam a responsabilidade, assinando o seu nome<sup>(15)</sup>.

Os critérios aceites pela APA para internamento compulsivo são<sup>(16)</sup>: 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 fornecer o consentimento informado; e 5) perigo de dano a outros ou a si mesmo em consequência, incluindo substancial deterioração física ou psíquica<sup>(16)</sup>.

## CONFIDENCIALIDADE

O psiquiatra deve preservar, sempre que possível, a confidencialidade em relação ao seu paciente. Se alguém ou alguma instituição pedir para quebrar a confidencialidade, o psiquiatra deverá consultar o seu paciente, tendo este a última palavra<sup>(17)</sup>. Relativamente à situação do doente que se quer suicidar e o clínico pretende internar tem sido sugerido o seguinte<sup>(12)</sup>: internar voluntariamente convencendo o doente da importância do facto, ou internar involuntariamente, o que pressupõe a quebra da confidencialidade e intervenção de terceiros. É claro que a primeira hipótese é mais vantajosa pois diminui o comportamento suicida e o risco para outros pacientes e reforça a autonomia do próprio<sup>(12)</sup>. Porém, se for inevitável a segunda, então torna-se inevitável a quebra da confidencialidade, o que está previsto nos códigos de ética<sup>(13)</sup>. Sempre que possível, a quebra do sigilo deverá ser informada ao paciente<sup>(13)</sup>. No tratamento de crianças ou adolescentes muito jovens e psicóticos poder-se-á, em casos especiais que estão relacionados com a tomada de decisões importantes, quebrar a confidencialidade<sup>(7)</sup>. Quando alguém que quer con-

trair matrimónio com um paciente psiquiátrico pergunta algo ao clínico, só com a autorização do doente é que é possível revelar o diagnóstico e o prognóstico<sup>(7)</sup>. Outros autores afirmam que motivos como as doenças infecciosas, abuso sexual infantil e criminalidade são suficientes para quebra da confidencialidade<sup>(18)</sup>. Alguns investigadores defendem que a quebra de confidencialidade para protecção de terceiros não tem um efeito tão nefasto como se pensa para a relação terapêutica<sup>(18)</sup>. No caso da presença de prova afirmativa de HIV e com informação clínica sugestiva de perigo para terceiros, poderá tornar-se eticamente aceitável quebrar a confidencialidade<sup>(18)</sup>; neste, ou num caso semelhante deve-se proceder da seguinte forma:

- 1) tentar persuadir o paciente infectado para não colocar em perigo terceiros;
- 2) se a persuasão falhar, notificar as autoridades;
- 3) se as autoridades não actuarem, notificar aqueles que correm perigo<sup>(18)</sup>.

Por vezes, quebrar a confidencialidade quando não há um perigo real e explícito para terceiros, não só fragiliza a relação terapêutica como vai aumentar a desconfiança do paciente em relação aos psiquiatras em geral<sup>(18)</sup>. Quando tal acontece, o paciente não vai, muitas vezes querer tratar-se e então aumenta, ainda mais, o perigo para a Saúde Pública<sup>(18)</sup>.

## BIOÉTICA E INVESTIGAÇÃO EM PSIQUIATRIA

Na investigação biomédica existem três fontes de vulnerabilidade que podem ser estáticas, dinâmicas, inter-relaciona-

das e sobreponíveis<sup>(19)</sup>: 1) intrínsecas – atributos do indivíduo que limitam as suas capacidades ou liberdade (criança, psicótico ou pessoa inválida pós-acidente vascular cerebral); 2) extrínsecas – factores exteriores ao indivíduo que limitam a sua capacidade ou liberdade (pessoa hospitalizada, internada ou muito pobre); e 3) relacionais – pessoa que, de algum modo, se relaciona com outra pessoa e que, por isso mesmo, está impossibilitada de participar no estudo (prisioneiro convidado pelo director de prisão, paciente terminal convidado pelo clínico que o assiste)<sup>(19)</sup>.

Da mesma forma, pacientes em estado não tratável e com história de violência ou comportamento auto-destrutivo devem ser considerados para possível exclusão<sup>(20)</sup>. No que respeita aos pacientes esquizofrénicos, estes, quando não tratados, tendem a ter maior dificuldade na decisão de assumir o consentimento informado. No entanto, se forem tratados, essas dificuldades atenuam-se<sup>(19)</sup>. Apesar disso, há estudos que sugerem que quanto maior é a gravidade da doença, maior a disfunção da competência<sup>(19)</sup>. Para a Comissão Consultiva Nacional de Bioética Americana, os doentes mentais que não possuem competência suficiente para dar consentimento informado, só podem participar numa investigação clínica se: 1) os próprios tiverem dado informação prospectiva para participarem, quando se encontravam competentes e/ou se houver autorização dos seus representantes legais; 2) os representantes legais do doente forneçam autorização mas sem autorização do próprio, desde que o projecto seja aprovado por um painel de avaliação especial e nacional<sup>(21)</sup>.

Factores subjectivos como atitudes pessoais, valores, motivações e o contexto social parecem afectar a capacidade de decisão quanto a incluir-se numa investigação, não só nos doentes mentais mas também nos doentes não mentais<sup>(19)</sup>. Muitas vezes, os sujeitos aceitam participar num estudo mesmo desconhecendo a quase totalidade do desenho de estudo (randomização e dupla-ocultação, entre outros). Numa boa parte destes casos, os indivíduos experimentam pressões ou coacções para participarem<sup>(19)</sup>. Noutras circunstâncias, os indivíduos apresentam uma esperança tão grande de que o estudo lhes proporcione melhoras que ignoram ou desvalorizam a informação sobre aquele<sup>(19)</sup>. A principal motivação para entrar num estudo parece ser, então, o benefício do próprio<sup>(20)</sup>. Por outro lado, a confiança dos sujeitos nos investigadores também pode ser decisiva<sup>(22)</sup>. Sempre que operacional, os investigadores devem pedir ajuda aos designados “órgãos de revisão institucionais” (IRB) existentes, por exemplo, nos Estados Unidos da América. Os revisores são, normalmente, pessoas com experiência científica e ética que, ao mesmo tempo, estão isentos de conflitos de interesses que podiam, eventualmente, perturbar a objectividade da sua função<sup>(22)</sup>. A colaboração de líderes comunitários, advogados e peritos em abordagens pluridisciplinares é recomendada para evitar possíveis erros<sup>(22)</sup>. O uso de medidas educacionais suplementares como cassetes de vídeo ou panfletos informativos podem ser adequados para dar uma informação adequada aos potenciais participantes<sup>(22)</sup>. Possíveis medidas de segurança a tomar para proteger indivíduos vulneráveis são: 1) presença de um repre-

sentante autorizado legalmente; 2) avaliação do nível de competência do doente; e 3) monitorização inicial e contínua do consentimento informado<sup>(20)</sup>.

Contudo, o excesso de medidas de segurança para os doentes mentais, pode ser considerada como estigmatizante, perpetuando a discriminação, já de si muito elevada, ao mesmo tempo que impede a normal progressão da investigação clínica em Psiquiatria<sup>(21)</sup>. Outra consequência da excessiva implementação de medidas de segurança é a potencial exclusão de indivíduos que também beneficiariam dos resultados da investigação. Existe, assim, muitas vezes, um possível enviesamento dos resultados do estudo pois se utilizam indivíduos quase saudáveis (viés de selecção)<sup>(22)</sup>. Apesar de os IRB proporcionarem algum incremento de rigor ético nos projectos, ainda não se sabe se são eficazes na protecção dos sujeitos<sup>(19)</sup>. Quando se opta pela decisão substitutiva dos familiares, os estudos mostram que esta, na maior parte dos casos, não vai de encontro aos desejos iniciais do participante. Daí que, podemos considerar que a decisão de participar é altamente pessoal<sup>(19)</sup>. De uma outra perspectiva, muitos pacientes desejam que os seus familiares não tomem conhecimento da sua doença. Os familiares, por sua vez, podem revelar aos investigadores sintomas dos pacientes que os próprios não gostariam de ver revelados<sup>(23)</sup>. Na investigação genética, pode tomar-se como medidas de segurança entrevistas estandardizadas, testes psicométricos e amostras de ácido desoxirribonucleico (ADN)<sup>(23)</sup>. Na maior parte dos casos, o valor preditivo resultante da investigação genética é baixo<sup>(23)</sup>. Mas a investigação genética em Psiquiatria, segundo os seus

investigadores, tem a vantagem de diminuir o estigma da doença mental, ao colocar mais enfoque numa abordagem, claramente, biológica<sup>(23)</sup>. Mesmo assim, surge um dilema ético quando os avanços da investigação descobrem genes que permitem dizer quais os indivíduos que estão em risco de desenvolver a doença. A questão é que essas pessoas mesmo sabendo do risco não podem ser tratadas, o que lhes traz, potencialmente, ansiedade acrescida<sup>(24)</sup>.

Quanto aos estudos de provocação (de sintomas) em doentes não medicados, só devem ser realizados se: 1) o estudo for de relevância científica; 2) os riscos inerentes não forem desproporcionados relativamente ao conhecimento que se pode obter com o estudo; 3) se os sujeitos estão capazes de dar o consentimento informado; e 4) se houver medidas de protecção específica para os indivíduos<sup>(20)</sup>.

Quando se articula um estudo de provocação (de sintomas) com um ensaio clínico, há três riscos inerentes: 1) os sujeitos podem ser pressionados para entrarem no estudo de provocação por este ser parte do estudo de tratamento; 2) os indivíduos podem não compreender os interesses subjacentes à investigação; e 3) quando o protocolo é avaliado, é classificado como um estudo global de tratamento, o que não é totalmente verdade<sup>(20)</sup>.

No que concerne ao uso de placebo nos ensaios clínicos, não é eticamente aceitável administrá-lo a doentes quando existe terapêutica indicada para o efeito. Ou seja, não faz sentido privar os doentes de terapêuticas já comprovadas como eficazes, sob pena de agravarmos a sua saúde<sup>(25)</sup>. Nalgumas situações, os investigadores podem ser obrigados a quebrar a confidencialidade, sobretudo quando solicita-

dos, em alguns países, por agências de financiamento e comités que monitorizam as informações<sup>(22)</sup>. Pode acontecer que os resultados de um estudo sejam contrários aos esperados pelos investigadores e seus patrocinadores. Nesse caso, os resultados poderão não ser publicados, o que levanta a questão ética de os participantes terem dado o seu consentimento a um projecto que era considerado como importante do ponto de vista científico<sup>(26)</sup>. Outra questão que, por vezes, se coloca é a dos países em desenvolvimento poderem ser menos rigorosos do ponto de vista ético relativamente aos países mais desenvolvidos. Retirar vantagem desta maior flexibilidade não pode deixar de ser considerado ética e cientificamente inaceitável<sup>(27)</sup>. É, também, de referir a existência do Research Protocol Ethics Assessment Tool (RePEAT) que é um instrumento que permite avaliar se um protocolo de investigação considera várias questões éticas como: mérito científico, desenho de estudo, integridade dos investigadores, vantagens da sua instituição, riscos e benefícios de participação no protocolo, confidencialidade, participação e selecção dos participantes, consentimento informado, competência para decidir e incentivos para participar<sup>(28)</sup>. Por último, referem-se, em síntese, directrizes aceites pela comunidade científica internacional, baseadas na doutrina dos Direitos Humanos Fundamentais<sup>(29)</sup>:

- 1) respeito pela autonomia individual e necessidade de obtenção de consentimento informado;
- 2) protecção de pessoas incompetentes;
- 3) maximização dos benefícios em relação aos riscos da investigação;

- 4) necessidade de experimentação animal prévia;
- 5) revisão por uma comissão de ética para a saúde;
- 6) critérios específicos para a investigação envolvendo mulheres grávidas e crianças;
- 7) direito à privacidade individual na investigação epidemiológica<sup>29</sup>.

## ÉTICA E PSICOTERAPIA

Uma vez que o factor humano é decisivo na prática da psicoterapia, esta varia, de algum modo, de terapeuta para terapeuta nas suas diferentes dimensões. Por isso mesmo, torna-se imperativo discutir as condições do *setting* terapêutico, ou seja: número de sessões por semana, o tempo de duração prevista, a sua frequência e os respectivos honorários. Também a questão da confidencialidade terá de ser abordada tal como quaisquer dúvidas ou mal entendidos do paciente. Por último, é necessário obter um consentimento livre e expresso. Quanto ao fim da psicoterapia, este deverá surgir quando o respectivo método já não trazer benefícios para o paciente: seja por terem sido excedidas as capacidades do técnico, seja por se ter atingido uma marcada melhoria<sup>(30-32)</sup>. Um dos problemas que, frequentemente, surge no decorrer da psicoterapia, consiste em saber como lidar com os chamados doentes difíceis. Neste grupo incluem-se aqueles que ameaçam o terapeuta ou a sua família, os que faltam, por sistema, às consultas, os que não pagam as mesmas, entre outros<sup>(33)</sup>. Neste contexto, quaisquer eventos deste tipo podem despertar no técnico sentimentos negativos que vão di-

ficultar a empatia necessária à manutenção da relação terapêutica. Estas situações devem ser tidas em conta de forma a encontrar a melhor solução. Esta passará por tentar restabelecer a relação terapêutica, ou em último recurso, terminar a mesma e enviar o doente para outro profissional. O aconselhamento com outros colegas de profissão é sempre de sugerir.

No que concerne às violações de carácter sexual, qualquer relação amorosa entre psiquiatra e paciente é considerada como não ética, no sentido em que esta forma de relação destrói a relação médico-doente precedente e, com alta probabilidade, traz desvantagens para ambos<sup>(12,34)</sup>. Quanto ao assunto do envolvimento com um ex-paciente, tal é considerado quase sempre como não ético. Porém, esta questão continua a levantar muita controvérsia. De um lado, temos aqueles que defendem que um paciente será sempre um paciente pois a relação de transferência mantém-se. Outros consideram que, se a transferência se mantém, então é porque a terapia está incompleta. Outros ainda, consideram que deve haver um tempo de restrição desde o final da terapia, embora não haja consenso sobre a duração do mesmo. Nestas situações de envolvimento com antigos pacientes, deve prevalecer o princípio da não-maleficência relativamente ao princípio da autonomia do paciente<sup>(35)</sup>; principalmente porque o doente que tenha sofrido maleficência, pode nunca mais voltar a confiar numa relação terapêutica. Alertar, no início da terapia, para as questões de transferência e contra-transferência é completamente impraticável e prejudicaria, potencialmente, o processo em questão. Além do mais, os pacientes devem acre-

ditar que o único interesse dos terapeutas é o seu próprio bem-estar e, por isso, a inclusão de um período arbitrário que permitiria o envolvimento, enfraqueceria essa confiança. Existem vários argumentos a favor da criminalização destes comportamentos: 1) o facto de ser intimidatório, em si mesmo; 2) a possível retaliação do paciente; 3) a necessidade de reparação adicional do paciente; 4) a detecção de psicoterapeutas ilegais; e 5) proporcionar financiamento para prevenção e tratamento das vítimas<sup>(36)</sup>.

Também existem argumentos contra a criminalização, a saber: 1) os colegas de profissão e as vítimas não se sentem à vontade para julgar criminalmente o psicoterapeuta infractor; 2) a criminalização pode retirar à vítima o financiamento para continuar o tratamento; 3) pode diminuir a indemnização das vítimas; 4) as vítimas sentem-se muito envergonhadas e inferiorizadas no julgamento; 5) muitas vezes, as vítimas não levam o processo judicial até ao fim; e 6) a criminalização não proporciona tratamento ao transgressor<sup>(36)</sup>.

Para os psicoterapeutas em geral, os efeitos do envelhecimento, insucesso na carreira, desejos não concretizados, conflitos matrimoniais e *stress* podem fazer com que o terapeuta procure no paciente a gratificação que lhe falta<sup>(37)</sup>. Por outro lado, determinadas situações profissionais ou financeiras podem levar o terapeuta a explorar economicamente o paciente. Também a doença e solidão do terapeuta, ao contribuírem para a sua ansiedade ou medo da morte, podem encaminhá-lo para a procura de apoio na pessoa do paciente. A auto-revelação do terapeuta pode inverter os papéis na psicoterapia e é, muitas vezes, precedente de futuras re-

lações de maior proximidade afectiva. Alguns terapeutas poderão ver o paciente como alguém especial ou que idealizam. Neste processo de contra-transferência, o psicoterapeuta pode sentir fantasias amorosas em relação ao paciente. Nesses casos, devem procurar supervisão ou aconselhamento e não devem terminar a terapia. Por outro lado, negar as questões éticas que podem emergir na terapia, através da racionalização e da externalização, torna mais difícil o recurso à supervisão. Por parte do doente, existem factores que aumentam a sua vulnerabilidade: 1) a sua excessiva dependência do terapeuta; 2) o querer desafiar e questionar o terapeuta; e 3) vergonha e culpabilidade excessiva<sup>(37)</sup>. O ultrapassar destas questões associadas quer ao terapeuta quer ao paciente exige um treino intenso e demorado dos terapeutas, pela supervisão e, se necessário, pela consulta do terapeuta em questão por outro terapeuta. Por vezes, acontecem situações clínicas em que o psicoterapeuta está a tratar um paciente que se envolveu com o seu terapeuta anterior. Surge, então, o dilema ético de optar pela confidencialidade e nada fazer, ou quebrar a confidencialidade e zelar pelos interesses da classe na qual se insere. O que fazer nesta situação? Muitas vezes é sugerido procurar a ajuda de um consultor<sup>(38)</sup>. No contexto das violações das fronteiras de carácter não sexual, há como exemplo a oferta de prendas ao terapeuta. Por norma, este não a deve aceitar de forma a preservar a relação estritamente terapêutica<sup>(12)</sup>. Mas há que fazer sempre uso do bom senso clínico, pois se se tratar de um paciente esquizofrénico, poderá encarar a recusa como uma rejeição e, até, tentar o suicídio.

## ÉTICA E PSIQUIATRIA FORENSE

Uma vez que os pacientes da Psiquiatria Forense são vulneráveis à exploração e injustiça, os psiquiatras forenses têm um dever acrescido de zelar pelo melhor interesse dos seus pacientes<sup>(39)</sup>. Frequentemente, os psiquiatras forenses podem ver-se confrontados com acusações injustas para com os seus pacientes, quando, de facto, estes estão inocentes. Nestes casos, devem mobilizar-se todos os esforços para tentar provar a inocência dos visados<sup>(39)</sup>. Apesar de ser defendida a autonomia do doente baseada no seu próprio pensamento acerca de si e do meio que o circunda, no caso do ramo forense da Psiquiatria tal poderá não ser possível, porque os sujeitos têm, muitas vezes, percepções violentas, hostis e opressivas da realidade<sup>(39)</sup>. A sociedade, por sua vez, continua a preferir que os doentes mentais sejam “aprisionados” em hospitais altamente seguros e estigmatizantes, em vez de se investir em terapêuticas dispendiosas, mas fundamentais para o tratamento do doente com vista à sua integração na sociedade<sup>(39)</sup>. Importa, pois, sublinhar que não é dever do psiquiatra forense proteger a sociedade<sup>(39)</sup>. Pressupõe-se que o psiquiatra forense tenha treino suficiente para, numa relação terapêutica, manter a empatia, resistir a acções punitivas, vivenciar o medo e conseguir compreender o doente. Ora, quando se tratam de assassinos, pedófilos ou indivíduos violentos, torna-se difícil não contra-transferir negativamente. Trata-se de uma questão ética, no sentido em que a abordagem terapêutica tem como objectivo que o terapeuta consiga com que o paciente se transforme, prevalecendo sobre a vertente

te mais judicial<sup>(40)</sup>. Nos casos judiciais, a avaliação psiquiátrica do risco de perigosidade deve basear-se na melhor maneira de se assegurar o tratamento através da relação terapêutica<sup>(40)</sup>. De facto, o não internamento, no contexto forense, muitas vezes, aumenta o número de doentes que se encontram em prisões e que sofrem de doença mental. Nas situações de descompensação clínica, os doentes tendem a seguir o chamado “triângulo dourado”: urgência psiquiátrica-hospital psiquiátrico-prisão novamente<sup>(40)</sup>. Os psiquiatras forenses devem identificar e tentar resolver estas situações através de medidas de longo prazo<sup>(40)</sup>. Em relação ao conceito de não-maleficência, várias questões se levantam. O tratamento farmacológico da violência pode aumentar o risco de dano na saúde do indivíduo. Por outro lado, quando a medida adoptada é o isolamento do doente, este pode senti-lo como angustiante e injustificado. No caso da detenção preventiva de pacientes potencialmente perigosos, as instâncias judiciais quando colocadas perante a inevitabilidade de prejudicar o paciente ou a sociedade, optam, na maior parte das vezes, pela primeira hipótese<sup>(40)</sup>. Quanto à beneficência, é de referir que tratamentos que façam o paciente sentir-se melhor, mas que não reduzem o seu comportamento violento, serão reprovados por aqueles que vêm a psiquiatria forense como protectora da sociedade<sup>(39)</sup>. Aliás, grande controvérsia se levanta, nos Estados Unidos da América, a propósito de o psiquiatra comparecer a um tribunal, actuando como parte indispensável do processo para condenar à pena de morte, quando é, ao mesmo tempo, terapeuta do doente. Por norma, os profissionais de saúde mental de-

vem evitar este duplo desempenho<sup>(41,42)</sup>. O código de ética da APA, citado por Halpern (1998), refere que “o psiquiatra não deve participar num julgamento que pode levar à pena de morte...”, pois tal significaria uma violação do princípio da beneficência<sup>(41)</sup>. Ainda assim, se não houver acumulação das duas funções já deixa de existir obrigação de beneficência terapêutica para com o paciente, ou seja, deixa de estar vinculado ao Princípio<sup>(42)</sup>. Nesse âmbito, os códigos de ética da APA e da *American Medical Association* (AMA), citados por Appelbaum<sup>(42)</sup> referem que este tipo de participação não é considerada como anti-ética e não responsabiliza o psiquiatra pela pena de morte<sup>(42)</sup>. Mas a verdade é que o acumular de duas funções geradoras de potencial incompatibilidade é muito frequente. Os procuradores gerais, nos Estados Unidos da América, procuram-na para fazer uso de uma maior informação e para poupar o dinheiro que seria necessário para assegurar outro perito<sup>(42)</sup>. O paciente, também, prefere a mesma situação a ter de ser avaliado por outro profissional com o qual não empata. O terapeuta, muitas vezes, aceita o duplo papel<sup>(43)</sup>. Outras questões que se põem em relação ao desempenho de um duplo papel são: 1) a empatia em excesso que é transportada da relação terapêutica para a relação forense diminui a objectividade indispensável ao processo; e 2) a neutralidade e confidencialidade da terapia são quebradas, favorecendo a idealização do terapeuta e a regressão do paciente<sup>(43)</sup>.

## ENSINO DE ÉTICA A FUTUROS PSIQUIATRAS

Cada vez mais, é necessário distinguir a clínica em Psiquiatria da investigação clínica correspondente<sup>(44)</sup>. Aqueles que forem investigadores e clínicos ao mesmo tempo têm o desafio adicional de desenvolver uma identidade como investigador que pode colidir com a identidade de clínico<sup>(45)</sup>. Nessa linha, torna-se importante o ensino de ética aos internos de Psiquiatria pois, nesta altura, estão a reforçar a sua identidade profissional. Por isso, o treino em ética poderá ter impacto não só nos seus conhecimentos como também nas suas atitudes<sup>(44)</sup>. Uma das questões mais pertinentes do ensino de ética aos internos de psiquiatria seria a interpretação errada que os sujeitos de uma investigação fazem do projecto em si mesmo. Essa interpretação errónea e não intencional é responsável pelas expectativas exageradas que os mesmos têm de retirar benefício da investigação<sup>(44)</sup>. Os estudos sugerem que a ética pode ser ensinada aos internos, e que a melhor forma de o fazer é através de pequenos grupos de discussão de casos clínicos, orientados por investigadores com formação em ética<sup>(45)</sup>. Outra das formas possíveis de ensinar ética a futuros psiquiatras consiste em organizar os internos aos pares para que estes desenvolvam apresentações orais sobre casos clínicos, supervisionados por um especialista<sup>(46)</sup>. Finalmente, é de realçar a importância do ensino de ética a alunos de Medicina<sup>(47)</sup>.

## Abstract

It is not always easy to conciliate the practice of Psychiatry and bioethics. The authors begin the article with short considerations regarding the need of a complete and integrated practice. They then analyse some common issues between Bioethics and Psychiatry: competence in Mental Health and informed consent, compulsive treatment, confidentiality, psychiatric research, psychotherapy and Forensic Psychiatry. Finally, they refer the importance of teaching Bioethics to future psychiatrists.

**Key-words:** Bioethics; Psychiatry; Competence; Informed consent; Compulsive treatment; Psychiatric research; Confidentiality; Psychotherapy; Forensic Psychiatry.

## BIBLIOGRAFIA

- Busse EW. Ethics and psychiatry-old and new issues. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 410-411.
- Welsh S, Deahl MP. Modern psychiatry ethics. *Lancet* 2002; 359: 253-55.
- Neeleman J, Os JV. *Ethical issues in European psychiatry* 1996; 11:1-6.
- Moore RA. Ethics in the practice of psychiatry: Update on the results of enforcement of the code 1985; 142: 1043-1046.
- Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment - A guide for physicians and other health professionals*. New York. Oxford. Oxford University Press, 1998.
- Sullivan MD, Youngner SJ. Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 971-978.
- Barreto J. O suicídio assistido. In Archer L, Biscaia J, Osswald W. *Bioética*, 377-382. Editorial Verbo. Lisboa, 1996.
- Sato Y. Autonomy and anorexia nervosa. *Lancet* 2003; 362(9399): 1937.
- Barreto J. O consentimento informado e as doenças psíquicas. In *Um desafio à Bioética*. Gráfica de Coimbra. Coimbra. 51-60, 1998.
- Santos-Costa F, Cunha-Oliveira A. Da doença psiquiátrica transitória à ininputabilidade. In Taborada M. Associação portuguesa de estudos psiquiátricos. *Psiquiatria e Justiça*. Porto, 1997.
- Antunes MJ, Santos-Costa F. Acerca da ininputabilidade diminuída no Direito Penal português. In Taborada M. Associação portuguesa de estudos psiquiátricos. *Psiquiatria e Justiça*. Porto. 1997.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry-Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry*. 9ª edição. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2003.
- Barreto J. Doença Psíquica. *Manual de Bioética*. Gráfica de Coimbra, 1994.
- Arantes-Gonçalves F, Almeida P. Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva major. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2004; 6(2).
- Vieira FS. Ética e leis em Psiquiatria. "Rio com piranha jacaré come de costas". *Psiquiatria Clínica* 1996; 17(2): 133-137.
- American Psychiatric Association: *Resource document on principles of informed consent in Psychiatry*. APA State Update. 1-4, 1996.
- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford. New York. Melbourne. Oxford University Press. 3ª edição, 1996.
- Leeman CP, Cohen MA, Parkas V. Should a psychiatrist report a bus driver's alcohol and drug abuse? An ethical dilemma. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23: 333-336.
- Roberts LW, Roberts B. Psychiatric research ethics: an overview of evolving guidelines and current ethical dilemmas in the study of mental illness. *Biological Psychiatry* 1999; 46: 1025-1038.
- Rosenstein DL. IRB Review of psychiatric medication discontinuation and symptom - provoking studies. *Biological Psychiatry* 1999; 46: 1039-1043.
- Oldman JM, Haimowitz S, Delano SJ. Reply. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 703-704.
- Roberts LW, Geppert CMA, Brody JL. A framework for Considering the ethical aspects of psychiatry research protocols. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42: 351-363.
- Farmer AE, Owen MJ, McGuffin P. Bioethics and genetic research in psychiatry. *BMJ* 2000; 176: 105-108.
- Elkin GD. *Introduction to clinical psychiatry*. Stamford, Connecticut. Appleton and Lange, 1999.
- Kaufman KR. Comparative bioethics in bipolar and epilepsy research. *Seizure* 2002; 11: 51-56.
- Barbui C. Drug epidemiology in Italy: methods and ethical issues. The example of psychiatry. *Pharmacoeconomics and drug safety* 2001; 10: 647-652.
- Cuénod M, Gasser J. Research on the mentally incompetent. *J Med Ethics* 2003; 29: 19-21.
- Roberts LW. Ethical dimensions of psychiatric research: a constructive, criterion-based approach to protocol preparation. *The Research Protocol Ethics Assessment Tool (REPEAT)* 1999; 46: 1106-1119.
- Ethics Working Party. *European Forum for Good Clinical Practice. Guidelines and Recommendations for European Ethics Committees*. European Forum for Good Clinical Practice. Brussels, 1997.
- Ricou M. Ética e Saúde Mental. In Serrão, D. Nunes, R. *Ética em cuidados de saúde* 61-80, 1999.
- Dewald P. *Psicoterapia-uma abordagem dinâmica*. 4ª edição. Artes Médicas. Porto Alegre, 1988.
- Cardioli VA. *Psicoterapias-abordagens actuais*. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
- Ricou M. *Ética e Psicologia: uma prática integrada*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Bioética. Gráfica de Coimbra. Coimbra, 2004.
- Auster S. A suggestion for dealing with allegations of sexual misconduct. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1541-1542.
- Lazarus JA. Sex with former patients almost always unethical. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 855-857.
- Strasburger LH, Jorgensen L, Randles R. Criminalization of psychotherapist-patient sex. *Am J Psychiatry* 1991; 7: 859-863.
- Norris DM, Guthel TG, Strasburger LH. This couldn't happen to me: Boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. *Psychiatric Services* 2003; 54: 517-522.
- Stone AA. Sexual misconduct by psychiatrists: The ethical and clinical dilemma of confidentiality 1983; 140: 195-197.
- Adshad G. Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry. *J Med Ethics* 2000; 26: 302-304.
- Ciccone RJ, Clements C. Forensic psychiatry and applied clinical ethics: Theory and practice. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 395-399.
- Halpern A. Ethics in Forensic Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 575-576.
- Appelbaum PS. Dr. Appelbaum Replies. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 576.
- On Wearing Two Hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 448-456.
- Beresin EV, Baldesarini RJ, Alpert J, Rosenbaum J. Teaching ethics of psychopharmacology research in psychiatric residency training programs. *Psychopharmacology* 2003; 171: 105-111.
- Chen DT. Curricular approaches to research ethics training for psychiatric investigators. *Psychopharmacology* 2003; 171: 112-119.
- Bloch S. Teaching Psychiatric Ethics. *Medical Education* 1998; 22: 550-553.
- Salladay SA. Teaching ethics in the psychiatry clerkship. *J Med Education* 1981; 56: 204-206.