

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**  
**CENTRO DE COOPERAÇÃO OPAS/EEUSP**  
**MESA REDONDA SAÚDE MENTAL – 21 / 03 / 2003**

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli  
Professora Assistente da EEUSP – Departamento de Saúde Coletiva

**Texto preparado originalmente, como guia, para a apresentação no evento acima**

A proposta é que discutamos um pouco da gênese da bioética e os desafios que se delineiam para o futuro na interface da saúde mental e da bioética

No início dos anos 70 surgiu na Europa e nos Estados Unidos um grande interesse pela ética aplicada, um interesse pela ecologia, uma preocupação com a destruição da vida. Das discussões surgem 3 novas disciplinas: a ética ambiental, a ética dos negócios e a Bioética

Bioética = literalmente = **ética da vida**

Termo utilizado a primeira vez em 1971 pelo oncologista Van Ressenlaer Potter num livro chamado “Bioética: a ponte para o futuro.” - Universidade de Wisconsin (Madison - EUA)

Questionando o progresso e para onde o avanço materialista da ciência e da tecnologia estava levando a cultura ocidental, Potter objetivava ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural.

O significado original foi explorado e redefinido pelas relações públicas e especialistas em ética médica, e muitas vezes, mais reduzidamente, é visto somente como sinônimo ou equivalente de ética clínica

Warren Thomas Reich na segunda edição da Enciclopédia de Bioética define o termo como: “*Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas bios (vida) e ethike (ética). Pode-se defini-la como sendo o estudo sistemático das dimensões morais -*

*incluindo visão, decisão, conduta e normas morais - das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.*

Consciente ou não, a bioética é um espaço político, um espaço de reflexão, um fórum de debates ou um movimento cultural de sensibilização, para a cadeia de envolvimento cada vez mais complexa com que a vida humana se tece.

Na América Latina, mais do que simplesmente importar a bioética made in USA, as desigualdades sociais e a exclusão conferem a ela um forte sabor social que qualifica a bioética latino-americana.

## **BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL**

Os transtornos mentais quebram o ethos que governa a prática clínica se ela for analisada somente pelo prisma da autodeterminação pessoal. Parece ser esse o primeiro desafio para as perspectivas futuras da interface entre a bioética e a saúde mental.

Esse ethos baseado na autonomia enfatiza o respeito pela vontade do paciente, dita normas do consentimento livre e esclarecido, resguarda privacidade e confidencialidade, uma condição para pacientes confiarem na equipe.

Entretanto, quando as pessoas são diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais, elas podem ser privadas de sua liberdade e confinadas em instituições contra a vontade própria. Muitas vezes defende-se que o tratamento pode ser imposto, para seu próprio bem ou para o bem e proteção dos outros. E se forem considerados como perigosos para os outros, então seus segredos pessoais e médicos podem estar ameaçados de divulgação para uma terceira parte ou autoridades.

Parece então que ficamos numa bioética de exceções, quando falamos em saúde mental?

Não é bem assim - essa análise tem sido pensada em função da tomada de decisão em circunstâncias peremptórias que exigem uma resposta rápida, mais apropriada ao cenário hospitalar – é preciso enriquece-la com base em outros referenciais – a própria complexidade das questões em saúde mental pedem por isso.

Os profissionais de saúde - na atenção em saúde mental - usualmente visam objetivos de longo prazo – tem contatos mais freqüentes e constantes – manejam valores de maior amplitude e complexidade – o que exige a incorporação de outros referenciais para a análise que não só autodeterminação – que considerem as relações que ocorrem entre as pessoas – o caráter dos agentes – as histórias de vida

O outro desafio vem da questão do **mais e melhor** – nossa sociedade nos últimos anos está fundada – segundo Potter – na cultura no mais e melhor – toda a produção do conhecimento cunha-se por essas duas palavras – as pessoas querem tem mais – querem ser melhores – isso nos traz desafios

Será que as pessoas continuarão desejando serem melhores somente nos seus caracteres físicos?

**PSICOFARMACOLOGIA** = com as drogas usadas para alterar o humor, comportamento e o funcionamento mental e a **PSICOCIRURGIA:** que inclui a cirurgia no tecido de um cérebro normal, procurando mudar ou controlar um comportamento – ou – no tecido de um cérebro com problemas a fim de controlar ou alterar problemas de comportamento – aliadas a essa vontade de sermos melhores - cada vez mais perfeitos - nos abrem a possibilidade de aprimoramentos que vão além do físico – já consagrado pela indústria da cirurgia plástica e das academias

E não levará muito para se estabelecer um link mais forte entre a psiquiatria, a biologia molecular e a genética – ampliando os leques de possibilidades

Os antidepressivos, no início, eram dados para as depressões mais severas e atualmente os novos agentes podem ser usados para aliviar desapontamentos, para reduzir o sofrimento da vida cotidiana e mesmo para alterar traços da personalidade (do caráter) – características individuais – os novos agentes seratogênicos produzem mudanças neuroquímicas que alteram o que era formalmente visto como caráter

Há quem argumente que a prescrição dessas drogas foi banalizada. A empolgação do meio médico com os novos agentes descobertos, combinada com incentivo da indústria farmacêutica e o interesse do público, criaram uma atmosfera na qual quem prescreve pode estar simplesmente provendo uma droga capaz de fazer as pessoas sentirem-se e se desempenharem melhor, sem um diagnóstico, um julgamento e uma supervisão cuidadosa, como esse processo requer.

Aprimoramento é algo que cada um de nós procura para si próprios e deveria se preocupar também com os outros.

Nós exaltamos as pessoas que se exercitam porque viverão mais, serão mais magras e, serão mais ricas, ao menos mais felizes. Têm um estilo de vida saudável e isso é socialmente aprovado.

Nós aplaudimos os que se esforçam nas escolas para aprimorar seu desenvolvimento intelectual.

Nós aprovamos os pais que fazem de tudo para o aprimoramento moral de seus filhos.

Parece que não estamos mais tão preocupados com as técnicas cirúrgicas que prometem nos fazer mais magros, então por que se preocupar sobre um novo psicofármaco que promete aprimorar a concentração e o desempenho escolar?

E que tal sobre uma nova tecnologia psicofarmacológica ou genética que promete nos fazer mais gentis e amáveis? Ou ainda que uma que acabasse com a corrupção?

Quem prove intervenção desse tipo estaria extrapolando os objetivos da atenção em saúde?

Haveria algo de preocupante em aprimorar uma capacidade do ser humano lançando mão dos avanços da psicofarmacologia? O que?

Vejamos bem

A redução da relação numérica aluno/professor é um meio para melhoria do desempenho escolar.

A Ritalina também melhora o desempenho escolar

A Ritalina e a redução da relação de número de alunos por professor levam ao mesmo fim, portanto são moralmente equivalentes

Essa ponderação esquece que a redução do número de alunos provoca mudanças no ambiente onde está a criança para conseguir melhor desempenho escolar e a medicação muda a biologia da criança.

Esses meios proporcionam experiências diferentes – uma possibilita tomar a medicação e outra possibilita o aprendizado com menos colegas de classe

Uma diminui o barulho no cérebro da criança e a outra reduz o barulho em sala

Mas e se déssemos Ritalina somente para os alunos que por suas condições sociais são forçados a estudarem em salas super lotadas – à noite depois de trabalhar muito – Seria diferente darmos Ritalina numa sala cheia para conseguir por em sala o maior numero de alunos possível que teriam um bom desempenho? Seria uma medida eqüitativa – já que estão em salas piores melhora o desempenho com uma medicação – (obvio há uma situação hipotética em que o Estado daria conta de adquirir essa medicação)

Somente para as crianças de classes superlotadas teriam acesso? E se as outras quisessem seriam impedidas em que condições? E se todos tiverem acesso aos mesmos meios de

aprimoramentos não se compensariam as desigualdades – falharia o objetivo de melhorar a competitividade dos que estão desvantagem – se é que esse seja um objetivo defensável?

Mas também nem sempre vantagem competitiva será socialmente aceita - Usar uma droga para melhorar a capacidade de memorização para guardar poesias não parece problemático – mas se a pessoa estiver em um concurso de memorização de poesias pode ser

Muitas vezes sob a retórica do aprimoramento pessoal está escondido um mercado que opera no sentido de nos sentirmos “defeituosos” – ele acha meios de fazer isso e gera tecnologias para sanar os defeitos – pode ocorrer cumplicidade com concepções prejudiciais de normalidade – vivemos em um mundo punitivo – intolerante – cruel

Os meios que agem em nosso corpo mais do que no contexto social pode nos levar a ignorar a complexas raízes sociais do sofrimento das pessoas. E quanto mais fácil é mudar nossos corpos para aliviar nossos sofrimentos, menos inclinados nos sentimos a tentar mudar as complexas condições sociais que produzem os sofrimentos. Quando um novo meio biotecnológico possibilita-nos responder ao sofrimento que resulta da submissão de alguns a tratos hostis e injustos por outros (como uma classe super lotada) nós devemos estar atentos para perceber as diferenças

Poderíamos então falar de uma **psicofarmacologia cosmética** – não quer tratar – mas amoldar a personalidade de forma atrativa – prozac pode aliviar minha infelicidade – mas é minha infelicidade – é a infelicidade com a qual cresci e com a qual quero estar em paz. Seria preocupante se o prozac alterasse minha personalidade mesmo que me proporcionasse uma melhor simplesmente porque ela não é a minha personalidade?

Aprimoramento pode fazer sair da vulnerabilidade – imperfeição – finitude – mas não parte da vida? – podemos esquecer que o que somos – somos finitos e vulneráveis

Pílulas são soluções para conflitos pessoais ou sociais? E o amor, o ódio, o ciúme, a hipocrisia, dependeriam do especialista em farmacologia?

Isso nos remete à tensão entre liberar as pessoas e controlá-las.

Adquirido o domínio do cérebro, se poderá mudar o cérebro do próximo. O ditador do futuro que deseje transformar seus súditos em tigres ou em carneiros para necessidades de sua política. Algumas moléculas eficazes são discretamente introduzidas na alimentação dos indivíduos. E o ditador dispõe de 80 milhões de tigres ou 80 milhões de carneiros.

Nos anos 70, quando a violência nos guetos era uma preocupação nos EUA, foram feitas acusações por alguns ativistas políticos, brancos e negros, que a psicocirurgia foi usada como uma ferramenta governamental para exercitar o controle social, especialmente das minorias. Essa questão do controle social e do racismo na aplicação da psicocirurgia tornou-se pública com o estabelecimento em Los Angeles de um Centro para a Prevenção da Violência, e a incorporação na sua equipe de um pesquisador que estuda a psicocirurgia e a violência.

Não há nenhum caso registrado de uma pessoa ou um grupo reclamando que a psicocirurgia tenha sido realmente usada para os propósitos de ação política, controle social ou ações preconceituosas contra grupos minoritários ou mulheres. Entretanto, não há dados relevantes, confiáveis que digam respeito a realização de psicocirurgias em brancos ou negros, mulheres e homens, e da forma como os relatórios estão disponibilizados não é possível afirmar que os grupos minoritários de qualquer natureza não tenham sido sujeitos a tais operações especificamente com a justificativa de pertencerem a tal grupo.

Nos anos 50 e 60 a leucotomia foi muito usada para tratar esquizofrenia na Grã Bretanha. Era a família quem consentia o tratamento. Se as operações não curavam a esquizofrenia, ao menos reduziam a agitação e a agressividade e produziam um estado mais estável e manejável em pacientes extremamente perturbados. Era esse um processo de controle social?

Quem define o que é ser melhor? A própria pessoa? A sociedade? Quem controla o comportamento? Sobre quem? Com que direito? Em nome de quais interesses? Que tipos de abordagens estão disponíveis? Que tipo de pessoas queremos?

A psicofarmacologia ainda levanta uma outra questão – as drogas são desenvolvidas em ensaios clínicos – e muitos prevêem o uso de grupo controle com **placebo**

O uso de placebo por si só em ensaios clínicos já é questão bastante controversa – marcada por posições bem radicais de quem é contra e quem é a favor – argumentos éticos e técnicos se levantam nos dois sentidos

Na ortodoxia do placebo – limitações metodológicas dos estudos com controle ativo – são mais longos e mais custosos porque exigem a inclusão de maior número de sujeitos e maior acompanhamento - uma medicação nova com efeitos semelhantes as já existentes pode estar justificada se os efeitos colaterais forem menores – tentam justificar o placebo com base na extensão e durabilidade do prejuízo representado por ficar sem medicação

Na ortodoxia do controle ativo – se existe um tratamento efetivo esse deve usado como controle – a questão relevante não é se a droga é melhor do que nada, mas se é melhor do que a existente – os interesses do desenvolvimento do conhecimento científico não devem sobrepujar os direitos humanos

Como uma posição de meio termo – não admitir placebo quando há um tratamento efetivo – não aceitar os argumentos de custo e praticidade para a defesa do placebo - o que tem que se questionar é a efetividade do tratamento – podemos estar diante de terapias parcialmente efetivas ou com sérios efeitos colaterais – ou de agravos tão raros que seria impossível ter o número de sujeitos necessário para um estudo de controle ativo

É lógico que aparecem nesses argumentos a gravidade da patologia que deixará de ser tratada – avaliar isso é especialmente difícil em se tratando de transtornos mentais

Os projetos com placebo nessa área de saúde mental não são poucos e além dessa longa polêmica do placebo propriamente dito que não teremos como esgotar aqui – o que chama a atenção nos projetos com essa abordagem é que as terapias que não são químicas são tidas muitas vezes como paliativos

Quando se prescrevem apenas fármacos para responder a sintomas de desconforto, está se ignorando ou desprezando as dimensões do psiquismo humano: é a redução do ser humano a um organismo químico – é considerar a pessoa apenas como mecânica neurobiológica

Os meios psicofarmacológicos trazem consigo uma concepção mecanicista do transtorno mental - o que está em jogo é a concepção das pessoas como agentes responsáveis e não máquinas – optar por respostas farmacológicas, mecanicistas nos leva a nos vermos cada vez mais em termos mecanicistas e menos como agentes responsáveis – Crises agudas podem ser controladas com medicamentos, mas o transtorno mental raramente será tratado com ela.

Processamentos em micro informática parecem anunciar uma progressiva redução dos ensaios em vivo, mais onerosos, demorados, arriscados.

E por falar em informática – nossos últimos questionamentos para debate - Poderemos um dia ligar a um computador a uma pessoa cujo cérebro está doente e pedir ao computador para substituir esse cérebro, como o rim artificial exerce as funções do rim desfalecido? Poderemos introduzir um computador de dimensões muito reduzidas no corpo desse homem como se introduzem hoje os marca passo? Quais serão então as ligações entre a pessoa e o computador? Formas variadas de computadores suplentes poderão ser previstas? Poderemos um dia fabricar um novo cérebro? E isso resolveria os transtornos mentais?

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Elizari-Basterra FJ. **Bioethics**. Middlegreen: St. Paulus; 1994.

Bernard J. **Da biologia à ética**. Campinas: Psy; 1994.

Roy DJ; Williams JR; Dickens BM. **Bioethics in Canada**. Scarborough: Prentice Hall; 1994

Reich WT, org. **Bioethics Enciclopedia**. 2<sup>a</sup> ed. New York: Mac Millan Library, 1995.[CD ROM].

Lepargneur H. O doente mental como ser social. **O Mundo da Saúde**. 25(3): jul/set 200; p. 251-256.

Parens E. Is better always good? The enhancement project. **Hastings Center Report**. Jan/Feb; 1998. [special supplement].