

Diretivas antecipadas psiquiátricas e sua possibilidade de aplicação no sistema jurídico brasileiro

Victória CARNEIRO*

Luciana DADALTO**

RESUMO: As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas são instrumento jurídico utilizado há décadas em diversos países, para viabilizar a autonomia do paciente psiquiátrico em momentos de crise. Todavia, em que pese o massivo movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica que ensejou na publicação de lei em 2001, quase 20 (vinte) anos após, este instituto ainda não é aplicado no Brasil. O presente artigo trata-se de revisão bibliográfica para analisar a possibilidade de aplicação das DAP no sistema jurídico brasileiro. Foram analisadas produções científicas de diversos países que abordam a aplicação e os efeitos das DAP, bem como a produção científica brasileira que analisa a evolução histórica da luta pela saúde mental no Brasil, a aplicação da autonomia, como princípio da bioética no contexto brasileiro, assim como leis infraconstitucionais, a própria Constituição Federal e a Convenção de Nova Iorque. Tal apanhado, encaminhou à conclusão de que as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas são ética e juridicamente adequadas à realidade brasileira, sendo imprescindível maiores pesquisas voltadas à incorporação das mesmas no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Diretivas antecipadas psiquiátricas; Brasil; aplicação; autonomia.

SUMÁRIO: 1. Introdução; – 2. Reforma Psiquiátrica Brasileira; – 3. Autonomia do paciente psiquiátrico; – 4. Diretivas Antecipadas Psiquiátricas; – 4.1. Diretivas Antecipadas de Vontade; – 4.2. Conceito das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas; – 4.3. Espécies de Diretivas Antecipadas Psiquiátricas; – 4.4. Efeitos; – 4.5. Capacidade, limitações e requisitos; – 5. A compatibilidade das DAPs ao sistema jurídico brasileiro; – 5.1. Adequação à Constituição Federal, Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão; – 5.2. Instrumentalização das DAP no Brasil; – 6. Conclusão; – Referências.

TITLE: *Psychiatric Advance Directives and their Application in the Brazilian Legal System*

ABSTRACT: *The Psychiatric Advance Directives are legal tools used for decades in several countries, to enable the psychiatric patient's autonomy in times of crisis. However, in which the massive anti-asylum movement and a psychiatric reform law published in 2001, almost 20 years later, there is still no record of the application of the PAD in Brazil. Thus, this article deals with the bibliographic review to analyze the possibility of applying the DAP in the Brazilian legal system. Scientific productions from different countries that address applications and effects of DAP were analyzed, as well as the Brazilian scientific production that analyzes the historical evolution of the struggle for mental health in Brazil, application of autonomy, as a principle of bioethics in the Brazilian context, as well as laws, the Constitution itself and the New York Convention. This finding, prevented from concluding the possibility of applying*

* Mestranda em Direitos Humanos na Universidade Federal de Goiás, com graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2018). Pós-graduada/MBA em Direito Médico (IPOG). Pós-graduanda em Direito Civil e Direito Processual Civil (ATAME). Advogada.

** Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Mediadora judicial e extrajudicial cadastrada no CNJ. Pesquisadora de temas relacionados a Direito Médico e Bioética, especialmente Testamento Vital. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Bioética (GEPBio) da Escola de Direito do Centro Universitário Newton Paiva, administradora do portal www.testamentovital.com.br, membro da Comissão de Bioética e Biodireito do Instituto Brasileiro de Direito de Famílias (IBDFAM) e coordenadora da pós-graduação em Direito da Saúde do Supremo TV. Advogada.

the Psychiatric Anticipated Directives in Brazil, however, more research will be needed to analyze its effectiveness in the Brazilian reality.

KEYWORDS: *Psychiatric Advance Directives; Brazil; application; autonomy.*

CONTENTS: *1. Introduction; – 2. Brazilian Psychiatric Reform; – 3. Autonomy of the Psychiatric Patient; – 4. Psychiatric Advance Directives; - 4.1. Advance Directives of Will; – 4.2. Concept of Psychiatric Advance Directives; – 4.3. Kinds of Psychiatric Advance Directives; – 4.4. Effects; – 4.5. Capacity, limitations and requirements; – 5. The compatibility of DAPs with the Brazilian legal system; - 5.1. Adaptation to the Federal Constitution, Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Brazilian Law of Inclusion; – 5.2. Instrumentalization of DAP in Brazil; – 6. Conclusion; - References.*

1. Introdução

A estigmatização do sofrimento psíquico e da “loucura” é uma realidade antiga, cultivada durante séculos, por meio de políticas públicas eugenistas, que culminaram na segregação, desumanização e despersonalização da pessoa com sofrimento psíquico, com a perda de seus direitos cívicos e civis.

Por mais que a Reforma Psiquiátrica, materializada pela Lei n. 10.216/2001, tenha provocado mudanças nas políticas públicas de atenção à saúde mental, em especial, a política de desospitalização, os pacientes psiquiátricos ainda não encontram seus direitos da personalidade garantidos, em especial à autonomia.

Uma alternativa encontrada nos sistemas jurídicos estrangeiros para garantir a autonomia dos pacientes psiquiátricos, em especial àqueles que são submetidos à institucionalização coercitiva, foi a implementação das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas.

O instrumento, que foi inicialmente proposto na década de 1980, época que se discutia no cenário internacional a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, se mostrou efetivo na América do Norte, países da Europa, Ásia e Oceania, com adaptações e evoluções, sendo inclusive indicado pela Organização Mundial da Saúde, ainda não é aplicado no Brasil, razão pela qual buscou-se investigar se é compatível com o sistema jurídico brasileiro.

2. Reforma Psiquiátrica Brasileira

Em atenção aos estudos de Martins,¹ é possível se analisar que apoiado no sistema de saúde mental Europeu, mais especificamente no alienismo francês de Esquirol, o Brasil

¹ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 60.

adotou, desde muito cedo, o sistema manicomial. Ou seja, por meio de uma política de medicina social (evitar a doença) o poder público buscava a “normalização” dos espaços sociais, depositando em instituições asilares os socialmente indesejados, utilizando-se, para tanto, o instrumento da medicina.

Em nome da ordem pública, a saúde era caracterizada, sobretudo, por políticas de higienização social e gentrificação dos espaços públicos, em razão do processo de medicalização da sociedade. (...). A criação de espaços asilares cumpriria, então, a função de segregação e isolamento das pessoas indesejáveis. Em outras palavras, dos ditos, no discurso jurídico-médico, anormais.²

O autor destaca que o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, Hospício Pedro II, foi inaugurado no período colonial, em 1842, marco do início da psiquiatria no Brasil. O manicômio atendia quem tinha condições financeiras de arcar com os custos da internação e quem não tinha, conseguia o tratamento gratuito, mas não igualitário àqueles que pagavam. Todavia, anteriormente, no período colonial, os “alienados” já eram atendidos nas casas de misericórdia, tratamento não muito diferente dos implementados posteriormente nos manicômios.³

Assim, o hospital se configurava como instituição que abrigava doentes, pobres, loucos, prostitutas e desabrigados, uma vez que exercia função de manutenção da ordem pública, por meio de internamento.⁴

No século XX, houve uma mudança de paradigma, incluindo o requisito de comprovação de alienação para a internação psiquiátrica, podendo ser realizada em estabelecimentos públicos ou privados. A iniciativa privada, que antes não estava incluída na política de saúde mental passa, a partir desse momento, a integrar e lucrar sobre a política pública de saúde mental.

Décadas depois, no período da Era Vargas, à luz do Decreto n. 24.559, a política manicomial se fortaleceu, com políticas de profilaxia da “psicopatia” e “alienismo”, que incluíam a esterilização forçada de pessoas que poderiam transmitir hereditariamente a loucura.

² MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 49.

³ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 47.

⁴ BRITTO, 2004.

A partir do governo de Juscelino Kubitschek, com o advento do desenvolvimento do setor privado, se fortaleceram os hospitais psiquiátricos particulares, que tinham a função asilar de isolar os doentes mentais da sociedade, sob o pretexto de sua periculosidade.⁵

Mas, com o início da ditadura militar, houve mudança na política pública de saúde. A ideia era ampliar a cobertura previdenciária, já que era o modelo assistencial existente na época, por meio de contratação com o setor privado. Iniciaram, então, os convênios dos hospitais psiquiátricos privados com o Instituto Nacional de Previdência Social, negócio que se mostrou lucrativo ao ponto de ser instituída a chamada “fábrica da loucura”.⁶

Como se trata de período anterior à criação do SUS, apenas tinham direito ao atendimento aqueles que possuíam vínculo com o INPS, ou seja, apenas aqueles que trabalhavam com carteira de trabalho assinada ou contribuía individualmente.⁷

No cenário mundial, aconteciam os movimentos da Psiquiatria Democrática, encabeçada por Basaglia e da Antipsiquiatria.⁸ Fato é que no Brasil, o modelo hospitalocêntrico permanecia, mecanismo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, inspirados nos movimentos estrangeiros, buscou mudar. Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental iniciou as discussões acerca da necessidade da Reforma Psiquiátrica, com base na luta antimanicomial.

As denúncias promovidas pelo movimento se baseavam, principalmente, nas condições de trabalho ofertadas, no tratamento de baixa qualidade despendido aos pacientes e nos altos custos do tratamento. A violência aos pacientes recolhidos nos hospitais psiquiátricos era denuncia constante, da qual muitas vezes eram vítimas os próprios profissionais da saúde. Foram relatados episódios, não isolados, de agressão física, estupro, trabalho escravo e mortes inexplicadas ocorridas dentro das instituições.⁹

⁵ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 158.

⁶ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 159.

⁷ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 160.

⁸ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020, p. 173.

⁹ SOARES, Katiane Pereira. Considerações sobre a reforma psiquiátrica no Brasil: em tempos de neoliberalismo. In: *Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 4, 2009. Anais, São Luis: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2009.

A década de 1980 foi marcada por diversos atos pela luta antimanicomial e, por decorrência, pela reforma psiquiátrica brasileira. Surgiram as associações de usuários do sistema de saúde mental e familiares, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, dentre outros passos importantes na luta pela saúde mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, finalizado em 18 de maio, com uma passeata pelo fim dos manicômios, data que ficou instituída como dia nacional da luta antimanicomial.¹⁰

Tais movimentos culminaram na apresentação do Projeto de Lei n.3.657 na Câmara dos Deputados, em 1989, projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O projeto, todavia, não previa o fim dos manicômios, assim como também não limitou a atividade privada no setor, de modo que apesar de ter sido importante para a política de saúde mental no Brasil, não saciou os anseios do movimento antimanicomial.

Como se depreende da justificativa do projeto de lei da reforma psiquiátrica (PL n. 3.657/98), publicado no Diário do Congresso Nacional, a pretensão do projeto era melhorar o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado, de modo que resta evidente que o projeto não teve a intenção de dar à reforma psiquiátrica brasileira o tom da Psiquiatria Democrática discutida na Itália, ou da Antipsiquiatria, discutida principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos.

Assim, a política pública que se iniciou como um modelo hegemônico, foi alvo de críticas no cenário internacional e, no Brasil, atingiu o estopim com o movimento de profissionais da saúde que iniciaram uma mobilização por melhores condições de trabalho e melhor tratamento aos pacientes, até chegar na Lei n. 10.216/01, que buscou o atendimento humanitário dos pacientes psiquiátricos e resgatar sua civilidade, além de mitigar as hospitalizações forçadas.

3. Autonomia do paciente psiquiátrico

Em 1979 Beauchamp e Childress publicaram a obra *Princípios de Ética Biomédica*, inaugurando a bioética principialista. A proposta tem como base quatro princípios fundamentais, quais sejam, o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A beneficência caracteriza-se por fazer o bem para o paciente, a não maleficência, como o que impõe a impossibilidade de se provocar dano, a justiça como a equidade, no

¹⁰ MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020.

que tange ao acesso à recursos médicos. O respeito à autonomia, por sua vez, é o princípio que diz respeito à capacidade de escolha e autodeterminação por parte do paciente.

Em oposição, o paternalismo, com raízes na medicina hipocrática, caracteriza-se quando, utilizando-se do princípio da beneficência, o profissional exerce poder sobre o paciente e desconsidera a autonomia do indivíduo.¹¹

Mattos, Ramos e Veloso¹² destacam que o respeito à autonomia do principialismo de Beauchamp e Childress foram inspirados na moral de Kant, uma vez que desrespeitar a autonomia do indivíduo seria desconsiderar que ele é o fim em si mesmo, não podendo ser tido como um meio objetificável.

Assim, remetendo à história do tratamento da saúde mental no Brasil, tratar um doente mental com o objetivo de higienizar a sociedade, utilizando, para tanto, a institucionalização coercitiva, desrespeitando a autonomia do indivíduo, seria utilizá-lo como meio, objeto, oportunidade em que se afasta da moral Kantiana e da bioética.

Nessa perspectiva, a interpretação da aplicação da autonomia, não deve se limitar na própria autoria da escolha, mas também na obrigação da promoção de condições suficientes para a realização de escolhas autônomas, com base na cultura, valores e crenças pessoais do sujeito.¹³

A supradita corrente se refere à bioética principialista, uma das primeiras da bioética. Todavia, ao longo do tempo surgiram outras correntes da bioética, que pretendiam extrapolar a pretensão da bioética principialista (criada para servir de baliza ética em pesquisas, sob a perspectiva de países desenvolvidos).

No Brasil, é possível se destacar estudos voltados à: i) Bioética de Reflexão Autônoma; ii) Bioética de Proteção; iii) Bioética da Intervenção; iv) Bioética e Teologia da Libertação; v) Bioética Feminista; vi) Bioética de Proteção Ambiental.¹⁴

¹¹ COELHO, Ana Flávia Viana Campello de Melo Bandeira; COSTA, Anelise Krause Guimarães; LIMA, Maria da Glória. Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, Brasília, 2013, p. 239-253.

¹² MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; VELOSO, Roberto. Entre a Autonomia da Vontade Kantiana e o Princípio da Autonomia de Beauchamp e Childress: Uma Discussão Acerca da Autonomia e da Dignidade Humana na Bioética e no Direito. *Perspectiva Filosófica*, [S.l.], v. 42, n. 1, 2015, p. 35-53.

¹³ MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; VELOSO, Roberto. Entre a Autonomia da Vontade Kantiana e o Princípio da Autonomia de Beauchamp e Childress: Uma Discussão Acerca da Autonomia e da Dignidade Humana na Bioética e no Direito. *Perspectiva Filosófica*, [S.l.], v. 42, n. 1, 2015, p. 35-53.

¹⁴ BROTAS, Carmen Lúcia Costa. *A Lei de Reforma Psiquiátrica À Luz Da Bioética Da Proteção*. In: CONPEDI, 22, 2013, São Paulo. Anais, São Paulo: Congresso Nacional CONPEDI/UNINOVE, 2013, p. 47-72.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a corrente da Bioética da Proteção, iniciada na América Latina, ganhou destaque, uma vez que dá amparo aos indivíduos ou grupos que, além na vulnerabilidade natural de todo ser humano, são vulnerados e possuem mais dificuldade e/ou incapacidade de enfrentar adversidade em seu próprio meio.

A aplicação da Bioética da Proteção, em razão da interpretação da Lei da Reforma Psiquiátrica, provocou concepções que se assemelham ao paternalismo, uma vez que algumas correntes acreditam que em razão na necessidade de proteção, se legitimaria o desrespeito da autonomia, ao se considerar que doentes mentais não saberiam fazer escolhas compatíveis com a necessidade para a manutenção de sua integridade física e psicológica, bem como da sociedade.¹⁵

Seja pelo viés da bioética principialista ou da proteção, as propostas de solução de conflitos éticos devem se basear no princípio jurídico da dignidade da pessoa humana, sendo a autonomia um de seus desdobramentos.

Erotildes Maria Leal,¹⁶ em estudo voltado à delimitar os contornos da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira, identificou quatro diferentes óticas da autonomia, sendo eles: i) A autonomia refere-se ao livre arbítrio, independência, autossuficiência e autogoverno; ii) Autonomia como uma característica sempre limitada, por causa da sua divisão interna do sujeito; iii) A autonomia diz respeito ao indivíduo livre, independente, autossuficiente, mas ele tem esta potencialidade limitada porque é sempre devedor de obrigações ao meio onde está inserido; iv) A Autonomia é definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para a sua vida a partir de sua possibilidade de ampliar suas relações com o social.

Em resumo, pode-se dizer que a autonomia diz respeito ao fato de os sujeitos com transtorno mental poderem realizar escolhas que trarão a ele uma melhor qualidade de vida, tornando-os protagonistas de sua história e de seu tratamento, e isso só é possível a partir do momento em que passam a compreender suas limitações, como também sua liberdade de escolha.¹⁷

¹⁵ FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 17, n. 2, 2009, p. 203-220.

¹⁶ LEAL, Erotides Maria. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T. (Org.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001*. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83.

¹⁷ MAILLART e col. 2011.

Qualquer que seja a corrente da bioética a ser adotada, ou viés de interpretação da nomenclatura “autonomia”, é inegável que a condição de doença mental não anula a autonomia da pessoa, que permanece com sua dignidade a ser respeitada, temática que a Reforma psiquiátrica buscou resgatar e deve ser aprimorada.

Brotas afirma:

Convém ressaltar que a Reforma Psiquiátrica não se restringe aos ditames legais, mas, constitui, na verdade, uma nova forma de percepção diferenciada da pessoa com transtorno mental. Se antes ela era o objeto do tratamento, possuindo apenas o direito a ser tratado, hoje, na nova concepção implementada pela luta antimanicomial, percebe-se este doente como um sujeito do tratamento, o qual precisa e deve ter seu direito ao respeito à dignidade observado, assim como os direitos sociais.¹⁸

Assim, ao se considerar que a Reforma Psiquiátrica teve como base a dignidade das pessoas com doença mental, sendo a autonomia um de seus desdobramentos, entende-se que devem ser desenvolvidos mecanismos para viabilizar tal autonomia, sendo as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas um de seus instrumentos.

4. Diretivas Antecipadas Psiquiátricas

4.1. Diretivas Antecipadas de Vontade

Em 1990 houve a publicação da lei americana chamada de *Patient Self Determination Act*, com entrada em vigor em 1991. A lei teve, como propósito assegurar que os pacientes fossem informados de seus direitos de realizar suas próprias escolhas médicas, e que estas escolhas fossem efetivamente comunicadas aos responsáveis pelos cuidados da saúde, para que pudessem ser satisfeitas.

A partir do marco legislativo, iniciou-se a aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade, conceituada como documentos com instruções que permitem ao indivíduo se

¹⁸ BROTAS, Carmen Lúcia Costa. *A Lei de Reforma Psiquiátrica À Luz Da Bioética Da Proteção*. In: CONPEDI, 22, 2013, São Paulo. Anais, São Paulo: Congresso Nacional CONPEDI/UNINOVE, 2013, p. 47-72.

autodeterminar e planejar seus cuidados médicos em antecipação à futura incapacidade.¹⁹

Antes disso, no entanto, Kutner já havia proposto o testamento vital, por meio do estudo intitulado *Living Will*, em 1968, e Thomas Szasz já havia proposto, o que seria traduzido para Testamento Psiquiátrico, no artigo intitulado *Psychiatric Will*, publicado em 1982, sob a perspectiva Anti-psiquiatria, para mitigar as intervenções coercitivas.

Fato é que após o marco legislativo americano, iniciou-se a discussão acerca das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas nos Estados Unidos,²⁰ que foi intensificada em outros países, principalmente após a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência, promovida pela Organização das Nações Unidas.²¹

Apesar das discussões acerca das diretivas antecipadas psiquiátricas terem se iniciado antes da publicação da *Patient Self Determination Act*, os debates e produção científica das diretivas antecipadas de vontade se intensificaram em duas modalidades: i) o testamento vital, como aquele documento no qual o indivíduo expressa seus valores, suas recusas de procedimentos e aceitações, e ii) o mandato duradouro, como sendo o documento por meio do qual o indivíduo manifesta sua escolha por uma pessoa de sua confiança para decidir sobre seus cuidados de saúde, quando estiver impossibilitado de fazer por si mesmo.

No entanto, apesar de terem tomado ritmos diferentes de evolução, muito em razão das diferentes correntes de saúde mental aplicadas, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, a discussão e aplicação das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, são, atualmente, difundidas mundialmente, com efetividade em vários países.

4.2. Conceito das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas

¹⁹ MURRAY, Heather; WORTZEL, Hal. Psychiatric Advance Directives: Origins, Benefits, Challenges, and Future Directions. *Journal of Psychiatric Practice*, [S.l.], v. 25, n. 4, jul. 2019.

²⁰ HOGE, 1994; HALPERN e SZMUKLER, 1997.

²¹ SCHOLTEN, Matthé et al. Psychiatric Advance Directives Under the Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Why Advance Instructions Should Be Able to Override Current Preferences. *Frontiers in Psychiatry*, [S.l.], v. 10, sep. 2019; AMBROSINI, Daniel L.; CROCKER, Anne G. Psychiatric Advance Directives and the Right to Refuse Treatment in Canada. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 52, n. 6, juin 2007; POZÓN, Sergio Ramos; MAESTRE, Begñ Román. *Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. Advance Directives on Patients with Schizophrenia: A Tool for Maximize Autonomy*. Asoc. Esp. Neuropsiq, vol. 34, n. 121. Madrid: ene.-mar./2014; DAVERIO, Andrea; PIAZZI, Gioia; SAYA, Anna. Il contratto di Ulisse in psichiatria. *Riv Psichiatr*, v. 52, 2017, p. 20-225; PHILIP, Sharad et al. Advance directives and nominated representatives: A critique. *Indian Journal of Psychiatry*, Bengaluru, v. 61, S680-S685, april 2019.

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas são formas de exercício da autonomia do paciente psiquiátrico, constante do gênero Diretivas Antecipadas de Vontade, nas quais o indivíduo acometido de transtornos psiquiátricos, em períodos de pleno exercício de sua capacidade de discernimento escolhe a direção de seu tratamento psiquiátrico, para ser utilizado em momentos de crise.²²

Essas escolhas, dentre algumas formas, podem ser direcionadas aos valores importantes para aquele indivíduo e que devem ser levados em consideração pela equipe médica durante o tratamento, mas também a recusa ou aceitação de determinados medicamentos, procedimentos (como cirurgia psiquiátrica e eletroconvulsoterapia), hospitalização, escolha da instituição ou, ainda, a indicação de alguém, da escolha e confiança do paciente, que tomará as decisões por ele em seu período de crise e, portanto, incompetência.

A literatura mostra pesquisas médicas que apontam que além de possibilitar o exercício da autonomia do paciente psiquiátrico, as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas (DAPs), têm efeitos na maior segurança para a equipe médica, que divide as escolhas com o próprio paciente, e maior participação do paciente no seu tratamento, o que gera empoderamento e, conseqüentemente, melhora no quando clínico e diminuição da necessidade das hospitalizações periódicas, decorrendo em melhor qualidade de vida para o indivíduo, que é o propósito deste tipo de tratamento psiquiátrico.

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas devem possibilitar que o indivíduo, quando imbuído de discernimento e fora da crise decida como quer ou não ser tratado durante os momentos de crise, possibilitando a efetivação de seu direito à autonomia e a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, esculpido na Constituição Federal.

4. 3. *Espécies de Diretivas Antecipadas Psiquiátricas*

O primeiro registro encontrado de planejamento de cuidados direcionados ao paciente psiquiátrico foi o modelo proposto por Thomas Szasz, em 1982. Nele, o médico faz

²² AMBROSINI, Daniel L.; CROCKER, Anne G. Psychiatric Advance Directives and the Right to Refuse Treatment in Canada. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 52, n. 6, juin 2007; NICAISE, Pablo; LORANT, Vincent; DUBOIS, Vincent. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, Brussels, feb./2012; McDEVITT, Diane et al. Psychiatric advance directives: Navigating the regulatory landscape. *Nursing2019*, [S.l.], v. 49, n. 12, 2019.

analogia às diretivas antecipadas tradicionais, relacionadas ao testamento vital, propondo um modelo similar para os pacientes psiquiátricos, com o objetivo de evitar tratamentos e hospitalizações involuntárias e coercitivas.²³

A literatura aponta diferentes espécies de DAP desenvolvidas e aplicadas em várias localidades, como os Estados Unidos,²⁴ França,²⁵ Índia,²⁶ Nova Zelândia, denominadas Mental-Health Advance Preference Statements – MAP,²⁷ Bélgica e Reino Unido,²⁸ Canadá,²⁹ Ásia,³⁰ Alemanha, Austrália, Escócia, Países Baixos e Irlanda,³¹ mas elas possuem em comum a manifestação prévia de vontade sobre cuidados psiquiátricos. Há relatos de modelos, no entanto, que não se limitam à tais indicações, sendo possível ao indivíduo que escolha procurador para fazer escolhas por ele em momentos de crise, as instituições em caso de hospitalizações, proibição ou permissão de visitas, irrevogabilidade durante crises e outros.

Pesquisadores belgas, da Institute of Health & Society (IRSS) Université Catholique de Louvain, apontam três espécies de Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, a saber: i) DAP denominadas clássicas, que consistem na manifestação da vontade do paciente quanto às suas preferências pelo tratamento e valores, realizado unilateralmente, por meio de instrumento particular, semelhante ao testamento vital; ii) DAP facilitada, consistindo no método que busca a acessibilidade do indivíduo à sua manifestação de vontade, se utilizando de testes de possíveis cenários, programas de computador com simulações, formulários com perguntas, dentre outros; e, por fim, iii) Plano Conjunto de Crise, tradução para *Join Crises Plan*.

Esse último modelo, idealizado no Reino Unido, apresenta-se como o mais completo do ponto de vista de efetivação da autonomia do paciente e escolha esclarecida. Isso porque, inclui a participação da equipe terapêutica do paciente, bem como pessoas de sua confiança, para antever as crises, planejar o que seria necessário para tratá-las e o cogitar

²³ SZASZ, Thomas. The Psychiatric Will. *American Psychologist*, Nova Iorque, v. 37, n. 7, 1982, p. 762-770.

²⁴ HOGE, 1994.

²⁵ TINLAND, Aurélie et al. Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: Study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry*, 19:422, 2019.

²⁶ SHIELDS et al., 2013.

²⁷ GLUEA, et al 2019.

²⁸ NICAISE, Pablo; LORANT, Vincent; DUBOIS, Vincent. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, Brussels, feb./2012.

²⁹ AMBROSINI, Daniel L.; CROCKER, Anne G. Psychiatric Advance Directives and the Right to Refuse Treatment in Canada. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 52, n. 6, juin 2007.

³⁰ POREMSKI, Daniel et al. *Psychiatric Advance Directives and their relevance to improving psychiatric care in Asian countries*. *Asia-Pacific Psychiatry*, [S.l.], 12, 2020.

³¹ SCHOLTEN et al., 2019.

as possibilidades terapêuticas, levando à escolha do paciente quais as terapêuticas possíveis do ponto de vista médico se assemelha mais aos seus valores e limitações.³²

O procurador de cuidado da saúde mental, por muitas vezes incluído dentro do modelo clássico de DAPs, se trata da indicação pelo paciente psiquiátrico de uma pessoa responsável por tomar as decisões de seu tratamento por ele, quando não estiver mais em condições de manifestar sua própria vontade. Essa espécie evita que pessoas da família, que não possuem a confiança do paciente, aproveitando da sua situação de vulnerabilidade, decida contrariamente à sua vontade. O modelo também minimiza conflitos quando cada parente possui opiniões contrárias sobre o curso do tratamento, ou quando o próprio médico opta por decidir o tratamento, por não encontrar familiares responsáveis pelo paciente.

4.4. Efeitos

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, foram criadas com a finalidade de efetivar a autonomia do paciente psiquiátrico acerca de seu próprio tratamento, mas gerou outras consequências, como a maior integração entre paciente e equipe terapêutica, maior consciência do paciente com sua condição e maior segurança na atuação do médico.

Todavia, embora a adesão das DAPs pelo mundo seja diferente – independentemente do tipo - ainda é muito baixa em relação à quantidade de pessoas que sofrem com psicoses e demais deficiências psíquicas. Estudos foram realizados para mensurar o benefício e descobrir a razão pela qual as DAPs não são realizadas pela maioria dos pacientes. Foram encontradas relações com a resistência de médicos, que acham que se verão impedidos de sua liberdade profissional ³³ e, também, a limitação de informação clara e adequada aos pacientes.³⁴

No entanto, foi possível encontrar literatura que aponta comprovados benefícios, como a redução de hospitalizações involuntárias,³⁵ a diminuição da utilização de demais

³² NICAISE, Pablo; LORANT, Vincent; DUBOIS, Vincent. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, Brussels, feb./2012.

³³ SELLARS, et al, 2017.

³⁴ SWANSON, Jeffrey W. et al. Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatry*, Durham, v. 163, n. 11, nov. 2006, p. 1943-1951.

³⁵ TINLAND, Aurélie et al. Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: Study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry*, 19:422, 2019.

técnicas coercitivas,³⁶ maior adesão ao tratamento, diminuição na interrupção do uso de medicamentos, além da maior comunicação e melhor relacionamento interpessoal entre os pacientes e seu grupo social.³⁷

4.5. Capacidade, limitações e requisitos

Por meio das pesquisas bibliográficas realizadas, não foi possível identificar um protocolo padrão para balizar a verificação da capacidade do paciente psiquiátrico para formalizar as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, com direcionamentos científicos que estão relacionados ao nível de cognição até o padrão de comportamento. Cada país, por vezes cada estado ou província, que regulamentou as DAP possui sua própria baliza para a mensuração da capacidade do paciente e, portanto, para a validade do documento. Requisitos que vão da idade mínima, presunção de capacidade, até o laudo de dois médicos psiquiatras que atestem o estado de consciência do paciente.

No entanto, pôde-se identificar na literatura estrangeira o discernimento como característica comum de verificação da capacidade para formalizar as DAPs. Se trata simplesmente da capacidade de entender a mensagem que é passada pelo médico e ter opinião própria sobre seus valores e preferências, tendo consciência das consequências de suas escolhas.

Em 2004, Paul S. Appelbaum, psiquiatra pesquisador da interface Direito e Medicina Psiquiátrica, e colegas publicaram uma pesquisa no *Official Journal of the American Psychopathological Association*, na qual elaborou e testou um protocolo de aferição de competência para a formalização das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, chamado Competence Assessment Tool for PADs (CAT-PAD), traduzindo, Ferramenta de Avaliação de Competência para Diretivas Antecipadas Psiquiátricas.³⁸

O protocolo sugerido se baseia na avaliação da capacidade do paciente para manifestar sua vontade a partir dos seguintes elementos: i) compreensão das informações relevantes; ii) análise de sua significância para a própria situação e iii) raciocínio em um processo racional de ponderação de riscos e benefícios e manifestação de escolha. Esses

³⁶ SWANSON, Jeffrey W. et al. Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 61, n. 4, apr. 2010, p. 380-385.

³⁷ MURRAY, Heather; WORTZEL, Hal. Psychiatric Advance Directives: Origins, Benefits, Challenges, and Future Directions. *Journal of Psychiatric Practice*, [S.l.], v. 25, n. 4, jul. 2019.

³⁸ SREBNIK, Debra S.; KIM, Scott Y. Competency for Creation, Use, and Revocation of Psychiatric Advance Directives. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, [S.l.], v. 34, n. 4, 2004, p. 501-510.

elementos, devidamente contabilizados por meio de escalas científicas, utilizando pontuações, devem indicar que o paciente possui a capacidade de entender a natureza das DAP, com seus riscos e benefícios e analisar a conveniência delas para sua própria situação, decidindo por fazê-las ou não.

Os autores afirmam que a utilização da ferramenta é direcionada para a aplicação nos pacientes que, por motivos clínicos, sejam levantadas dúvidas sobre sua capacidade de discernimento, não tendo o escopo de ser requisito de validade das DAP, já que a pessoa com transtornos mentais é presumidamente capaz, até que se verifique o contrário.

Outros estudos apresentam outro modelo utilizado, também para verificar a capacidade do paciente de anuir em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), baseado em quatro elementos: i) expressar escolhas; ii) entender os fatos gerados pela decisão de acordo com a situação; iii) analisar e aplicar o significado da informação para sua própria situação; iv) raciocinar e se envolver em um processo lógico de ponderação de opções. Debra S. Srebnik, e Scott Y. Kim concluem artigo que trata da competência para criar, usar e revogar as DAPs assim:

Essas precauções não devem, no entanto, impedir a criação e o uso das diretivas antecipadas psiquiátricas. Como observado, a capacidade de criar diretivas pode ser presumida com segurança para a grande maioria dos indivíduos. Apenas uma pequena fração dos pacientes pode exigir uma avaliação formal da capacidade. O uso de diretivas também não depende de precisão completa no que diz respeito à definição da capacidade de ativá-las ou revogá-las. As diretrizes de avanço psiquiátrico fornecem informações críticas sobre intervenções eficazes e preferências de tratamento do paciente (traduzido).³⁹

Com objetivo de analisar a segurança jurídica das DAPs, pesquisadores italianos, sugeriram limitações para as diretivas antecipadas psiquiátricas, a saber: i) limitação de doenças e àqueles pacientes que já tenham passado por pelo menos duas crises; ii) a ausência completa de sintomas da doença no momento da formulação; iii) a garantia de incoerência de coerção, além da participação de um médico psiquiatra e de um terceiro; iv) apenas possível quando o paciente já seja paciente do médico e haja relação de confiança; v) conteúdo das DAPs claro e detalhado; vii) tenha período de validade previamente definido, assim como a própria limitação de tempo para o tratamento

³⁹ SREBNIK, Debra S.; KIM, Scott Y. Competency for Creation, Use, and Revocation of Psychiatric Advance Directives. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, [S.l.], v. 34, n. 4, 2004, p. 501-510.

involuntário; viii) a possibilidade, em momento de crise, de recusa do próprio paciente ao documento por ele formalizado.⁴⁰

As sugestões acima delineadas partem do pressuposto de que as DAPs são contratos formalizados entre médico e paciente, uma vez que estabelece que apenas o médico-assistente que faz o acompanhamento do paciente seria submetido às diretivas, pois seria o profissional no contrato.

No entanto, no direito brasileiro as diretivas são negócios jurídicos unilaterais com efeito *erga omnes* – como se demonstrará –, ou seja, não é um negócio bilateral (contrato) entre médico e paciente, mas simplesmente uma declaração de vontade do indivíduo sobre si próprio.

Dessa forma, não se faz necessário que haja uma relação prévia entre o paciente e o médico que o atenderá, porque a autonomia do paciente sobre si se mostra independente de quem o tratará. Do mesmo modo, como declaração unilateral de vontade, pode ser revogada a qualquer momento, tirando o sentido do prazo de validade previamente definido.

A imposição de tantas limitações, se manifesta de forma contrária ao próprio fundamento das diretivas antecipadas psiquiátricas, que é a promoção da autonomia do paciente, o que inviabiliza o instrumento.

Há pesquisas que demonstram que a dificuldade em se formalizar as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas é fator significativo para a dificuldade de adesão pelos pacientes. Por tal razão, foram desenvolvidas as formas facilitadas das DAP, como declinado em tópico anterior.

5. A compatibilidade das DAPs ao sistema jurídico brasileiro

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas não estão previstas expressamente no ordenamento jurídico brasileiro, fato que não impede a existência do instituto, pois é permitido pelo ordenamento jurídico a realização de negócios que não se ajustem aos

⁴⁰ DAVERIO, Andrea; PIAZZI, Gioia; SAYA, Anna. Il contratto di Ulisse in psichiatria. *Riv Psichiatr*, v. 52, 2017, p. 20-225.

tipos previstos, sendo possível que se estruture um modelo que sirva às necessidades da situação.⁴¹

Assim, as diretivas antecipadas, incluindo as psiquiátricas, são negócios jurídicos, uma vez que dispõem sobre a manifestação de vontade do indivíduo, não proibidas pelo sistema jurídico brasileiro e produzem efeitos na esfera jurídica.⁴² São unilaterais, pois não têm acordo de vontades e obrigações, mas apenas a manifestação do indivíduo sobre seus próprios cuidados, e são atípicos, pois não possuem forma específica prescrita em lei.

5.1. Adequação à Constituição Federal, Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão

A Constituição Federal, no inciso III do primeiro artigo constitui, como fundamento da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana. Como objetivos fundamentais, estipula a construção de uma sociedade livre justa e solidária, erradicar a pobreza e marginalização, reduzir as desigualdades sociais, e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, bem como quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º).

Diante deste prisma, em 2009 foi promulgada no Brasil, por meio do decreto 6.949/2009 a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que em razão do parágrafo 3º do artigo 5º da Constituição Federal possui status constitucional. A denominada Convenção de Nova Iorque, impulsionou a criação da Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015), que regulou a aplicação dos preceitos da convenção de acordo com a realidade jurídica brasileira.

A declinada lei, também denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, conceitua a deficiência como aquela que promove impedimento de longo prazo, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com barreiras pode obstruir a capacidade plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 2º).

⁴¹ TEIXEIRA, RETTORE e SILVA, 2020.

⁴² DADALO, Luciana; GRECO, Dirceu Bartolomeu; TUPINAMBÁS, Unai. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 21 (3), 2013, p. 463-76; SOUZA, 2017.

Dessa forma, considerando que o paciente psiquiátrico é um indivíduo com sofrimento psíquico que enfrenta barreiras de interação à longo prazo, tem-se que são pessoas com deficiência, aos olhos da lei brasileira, de modo que a elas são aplicadas a Lei Brasileira de Inclusão a qual a possibilidade de Diretivas Antecipadas Psiquiátricas deve se adequar.

Em atenção à Convenção de Nova Iorque, é possível se verificar que esta destaca a importância da autonomia e independência para as pessoas com deficiência, inclusive quanto à liberdade para fazer suas próprias escolhas (“n”), estabelecendo, como princípios gerais, o respeito à dignidade e à autonomia individual (art. 3º “a”).

Quando se trata de saúde, o texto normativo dispõe que serão exigidos dos profissionais da saúde o tratamento com a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas, sendo necessário a obtenção de consentimento livre e esclarecido (art. 25, “d”), cabendo aos Estados Parte a tomada de medidas efetivas e apropriadas para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade (art. 26), desenvolvendo salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos (art. 12). Tais salvaguardas devem assegurar que as medidas do exercício da capacidade respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa e sejam proporcionais às suas necessidades.

Por meio do documento intitulado “General Comment n. 1 (2014)”, a Organização das Nações Unidas, ao comentar a Convenção de Nova Iorque, sustentou que todas as pessoas com deficiência têm o direito de formalizar planejamentos antecipados, em igualdade de condições com as demais pessoas e que cabe aos Estados Parte providenciar mecanismos de criação dos planejamentos antecipados hábil a acomodar todas as preferências.

Por meio do “Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities”, quando trata de medidas de apoio ao exercício da autonomia e capacidade, a ONU determina que as formas de apoio devem incorporar, dentre outros modelos, as diretivas antecipadas. A Lei Brasileira de Inclusão determina que toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação, sendo configurada como qualquer forma de distinção, restrição ou exclusão que tenha o propósito ou efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou exercício dos direitos e liberdades fundamentais (art. 4º parágrafo 1º). Dispõe, também, que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, competindo ao poder público a

garantia da dignidade da pessoa com deficiência ao longo da vida (art. 6º 10º). Em seguida, a lei proíbe a submissão à intervenção clínica, cirúrgica bem como institucionalização forçada (art. 11).

Assim, considerando que todas as pessoas com ou sem deficiência são capazes e podem realizar escolhas de disposição do próprio corpo e sobre seus direitos, principalmente existenciais, impossibilitar que pacientes psiquiátricos manifestem sua vontade por meio de diretivas antecipadas, para que possam se proteger de abusos e lograr os bônus e os ônus da escolha que realizaram – possibilitada para todas as outras pessoas – seria forma de discriminação, vedada pelo ordenamento jurídico pátrio.

Mesmo que a Constituição Federal, a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão não disponha, expressamente, sobre as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, é possível identificar que a base do instituto encontra a axiologia de todas essas disposições legais. Fato comprovador são as orientações de interpretação manifestadas pela ONU, que recomendam a utilização das diretivas antecipadas para pessoas com deficiência.

Diante do exposto, é necessário compreender que as deficiências são construções sociais e possuem mais que uma conotação médica, de dificuldades físicas, intelectuais ou psíquicas, mas antes de tudo são, razão pela qual deficiência e suas limitações devem ser analisadas em um contexto social, além de médico.

Nelson Rosenvald, sobre a aferição da incapacidade civil das pessoas com deficiência psíquica ensina:

A aferição da efetiva existência de um transtorno mental é um dado que pertence aos saberes da psiquiatria, sem necessária repercussão no campo da capacidade civil. Aliás, muito antes do direito, a medicina já havia percebido que a tal “normalidade” é um conceito enganoso. Em português comum, ser “normal” significa ser saudável, perfeito. Matematicamente, contudo, “normal” é apenas aquele que cai no centro de distribuição estatística de um parâmetro.

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão, mesmo que o sujeito for considerado incapaz, pelo processo de interdição e for curatelado – já que a incapacidade não pode ser presumida - a curatela não atinge os direitos existenciais do curatelado, mas apenas os patrimoniais (art. 85).

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas são instrumento utilizado para o exercício da autonomia do paciente psiquiátrico sobre o seu direito à vida, à disposição do próprio corpo e seu projeto pessoal de vida, além de coibir práticas coercitivas, conteúdo, portanto, essencialmente existencial que, sequer o curador poderia dispor.

É importante esclarecer que o grau de discernimento necessário para dar consentimento livre e esclarecido em um procedimento médico é o mesmo para formalizar as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, haja vista que em ambas é necessário se observar a capacidade do indivíduo de entender seu quadro clínico, compreender as diretrizes dos tratamentos e raciocinar aplicando os tratamentos aos seus valores e projeto de vida.

Assim, ao se considerar que a Lei Brasileira de Inclusão já prevê a necessidade do consentimento livre e esclarecido da pessoa com deficiência em tratamentos de saúde (art. 12), é evidente que o ordenamento jurídico brasileiro já concebeu a capacidade das pessoas com deficiência de fazerem suas próprias escolhas concernentes à sua própria saúde quando tiverem discernimento o suficiente para exprimirem sua vontade (art. 1º CC e art. 6º Lei n. 13.146/2015) para eventos futuros.

Como disposto em tópicos anteriores, os indivíduos que apresentam sofrimento psíquico possuem um histórico nacional e mundial de marginalização, discriminação, privação de liberdade, autonomia e qualquer elemento de personalização relacionado à dignidade, contexto que os movimentos sociais e legislativos buscam alterar.

Escolher o próprio projeto de vida é exercício de autonomia que gera dignidade. Ser tolhido das escolhas existências de sua própria vida, ao contrário, retira da pessoa o que ela é, o que ela escolheu para si, sendo inobservável a dignidade da pessoa humana disposta na Constituição Federal.

5.2. Instrumentalização das DAP no Brasil

O Código Civil preceitua que havendo objeto lícito, possível determinado ou determinável, agente capaz e forma prescrita ou não defesa em lei, o negócio é válido (art. 104). Além disso, determina que a validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, salvo quando expressa determinação de lei (art. 107).

Sobre a capacidade do agente, sendo esta mensurada pelo discernimento – capacidade de querer e entender consequências das escolhas –, deve ser apurada caso a caso, pois com a mudança de paradigma promovida pela Lei n. 13.146/2015, todos tem presunção de capacidade, não sendo esta retirada pela presença de deficiência, mas ausência de condições de manifestação da vontade (art. 1º e 4º, III, CC).

Ana Carolina Brochado Teixeira et al., asseveraram:

Por isso, manifestações de autonomia voltadas para o futuro que espelham o projeto de vida do seu autor são plenamente admitidas em nosso ordenamento, para governar fases da vida que estejam prejudicadas pela impossibilidade de querer compreender, por doença psíquica que abale o discernimento e obtacularize a realização de escolhas válidas.⁴³

Assim, em análise aos textos normativos constantes do ordenamento jurídico brasileiro, pode-se constatar que as Diretivas Antecipadas Psiquiátricas não possuem nenhum óbice legal para serem formalizadas no Brasil, ao contrário, representa instrumento de efetivação dos direitos e intenções perceptíveis na Constituição Federal, Convenção Internacional sobre os direitos das Pessoas com deficiência, Código Civil e Lei Brasileira de Inclusão.

6. Conclusão

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, enquanto instrumento de manifestação de vontade do paciente psiquiátrico, possuem aplicabilidade possível no ordenamento jurídico brasileiro, devendo ser respeitado pelos familiares e equipe médica quando formalizado.

Comportam-se como importante mecanismo para o exercício da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, o que se coaduna com a bioética, bem como com a Constituição Federal, Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a evolução histórica da luta em favor dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Foi observado nas pesquisas registradas na literatura estrangeira, significativa melhora na condição do paciente que formalizava as DAP e tinham o seu cumprimento, no que

⁴³ TEIXEIRA, RETTORE e SILVA, 2020, p. 395.

tange ao conhecimento sobre sua condição, padrões de comportamento, o que possibilitou intervenções mais assertivas e melhor socialização.

Todavia, como também verificado na literatura estrangeira, há lacunas na realização das DAP, bem como em seu cumprimento, que impedem o acesso efetivo ao instrumento. Causas como a resistência da equipe médica e falta de conhecimento dos pacientes e familiares foram apontadas.

Assim, mesmo que constatada a completa possibilidade de aplicação das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas no sistema jurídico brasileiro, serão necessárias pesquisas complementares para verificar como dar viabilidade e efetividade do instrumento na realidade brasileira, para que seja alcançado o seu objetivo: autonomia do paciente psiquiátrico.

Referências

- ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 18, n. 2, 2009, p. 381-395.
- AMBROSINI, Daniel L.; CROCKER, Anne G. Psychiatric Advance Directives and the Right to Refuse Treatment in Canada. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 52, n. 6, juin 2007.
- ARAÚJO, Fernando. O Contrato Ulisses – I: o pacto antipsicótico. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, v. 3, n. 07, Lisboa, 2017, p. 165-217.
- BROTAS, Carmen Lúcia Costa. *A Lei de Reforma Psiquiátrica À Luz Da Bioética Da Proteção*. In: CONPEDI, 22, 2013, São Paulo. Anais, São Paulo: Congresso Nacional CONPEDI/UNINOVE, 2013, p. 47-72.
- COELHO, Ana Flávia Viana Campello de Melo Bandeira; COSTA, Anelise Krause Guimarães; LIMA, Maria da Glória. Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, Brasília, 2013, p. 239-253.
- COOK, Judith A. et al. *Initial Outcomes of a Mental Illness Self-Management Program Based on Wellness Recovery Action Planning*. *Psychiatric Services*, v. 60, n. 2, feb. 2009.
- DADALO, Luciana; GRECO, Dirceu Bartolomeu; TUPINAMBÁS, Unai. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 21 (3), 2013, p. 463-76.
- DAVERIO, Andrea; PIAZZI, Gioia; SAYA, Anna. Il contratto di Ulisse in psichiatria. *Riv Psichiatr*, v. 52, 2017, p. 20-225.
- DIAS, Eduardo Rocha; JUNIOR, Geraldo Bezerra da Silva. *Autonomia das Pessoas com Transtorno mental, Diretivas Antecipadas Psiquiátricas e Contrato de Ulisses*. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, Lisboa, n. 1, 2019, p. 519-545.
- FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 17, n. 2, 2009, p. 203-220.
- KAISER, Joelmir. WEBER, Thadeu. Autonomia e dignidade da pessoa humana em Kant, Rawls e Dworkin. In: *Salão de Iniciação Científica*, 10, 2009. Anais, Porto Alegre: PUCRS, 2009, p. 1632-1634.
- LEAL, Erotides Maria. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T. (Org.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional*

de Saúde Mental - Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83.

LENAGH-GLUE, Jessie. et al. The content of Mental Health Advance Preference statements (MAPs): An assessment of completed advance directives in one New Zealand health. *International Journal of Law and Psychiatry*, January/2020.

MAK, Winnie W. S. et al. Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 19, n. 3, 2016, p. 235-251.

MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Ponta Grossa: Editora Fi, 2020.

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; VELOSO, Roberto. Entre a Autonomia da Vontade Kantiana e o Princípio da Autonomia de Beauchamp e Childress: Uma Discussão Acerca da Autonomia e da Dignidade Humana na Bioética e no Direito. *Perspectiva Filosófica*, [S.l.], v. 42, n. 1, 2015, p. 35-53.

McDEVITT, Diane et al. Psychiatric advance directives: Navigating the regulatory landscape. *Nursing2019*, [S.l.], v. 49, n. 12, 2019.

MENEZES, Joyceane Bezerra de (org.). *Direito das Pessoas com Deficiência Psíquica e Intelectual nas Relações Privadas*. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2020, p. 171 e 195.

MURRAY, Heather; WORTZEL, Hal. Psychiatric Advance Directives: Origins, Benefits, Challenges, and Future Directions. *Journal of Psychiatric Practice*, [S.l.], v. 25, n. 4, jul. 2019.

NETO, Alfredo Naffah. O Estigma da loucura e a perda da autonomia. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 6, n. 1, 1998.

NICAISE, Pablo; LORANT, Vincent; DUBOIS, Vincent. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, Brussels, feb./2012.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Marcio Fabri dos. *Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites*. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 22, 2014, p. 241-251.

PHILIP, Sharad et al. Advance directives and nominated representatives: A critique. *Indian Journal of Psychiatry*, Bengaluru, v. 61, S680-S685, abril 2019.

PHILIP, Sharad et al. EAT-PAD: Educating about psychiatric advance directives in India. *International Journal of Social Psychiatry*, [S.l.], v. 65, n. 3, 2019, p. 207-2016.

POREMSKI, Daniel et al. *Psychiatric Advance Directives and their relevance to improving psychiatric care in Asian countries*. *Asia-Pacific Psychiatry*, [S.l.], 12, 2020.

POZÓN, Sergio Ramos; MAESTRE, Begñ Román. *Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. Advance Directives on Patients with Schizophrenia: A Tool for Maximize Autonomy*. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol. 34, n. 121. Madrid: ene.-mar./2014.

SCHOLTEN, Matthé et al. Psychiatric Advance Directives Under the Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Why Advance Instructions Should Be Able to Override Current Preferences. *Frontiers in Psychiatry*, [S.l.], v. 10, sep. 2019.

SOARES, Katiane Pereira. Considerações sobre a reforma psiquiátrica no Brasil: em tempos de neoliberalismo. In: *Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 4, 2009. Anais, São Luis: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2009.

SREBNIK, Debra et al. Interest in Psychiatric Advance Directives Among High Users of Crisis Services and Hospitalization. *Psychiatric Services*, [S.l.], 54, n. 4, jul. 2003, p. 981-986.

SREBNIK, Debra et al. *The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives*. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 56, may. 2005, n. 592-598.

SREBNIK, Debra S.; KIM, Scott Y. Competency for Creation, Use, and Revocation of Psychiatric Advance Directives. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, [S.l.], v. 34, n. 4, 2004, p. 501-510.

SREBNIK, Debra S. et al. Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance Directives With the Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives. *Comprehensive Psychiatry*, [S.l.], v. 45, n. 4, jul. 2004, p. 239-245.

SWANSON, Jeffrey W. et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health*, Durham, v. 17, n. 7, jun. 2008, p. 255-267.

SWANSON, Jeffrey W. et al. Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatry*, Durham, v. 163, n. 11, nov. 2006, p. 1943-1951.

SWANSON, Jeffrey W. et al. Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, [S.l.], v. 61, n. 4, apr. 2010, p. 380-385.

SZASZ, Thomas. The Psychiatric Will. *American Psychologist*, Nova Iorque, v. 37, n. 7, 1982, p. 762-770.

SZMUKLER, George. HOLPERN, Adina. Psychiatric advance directives: reconciling autonomy and non-consensual treatment. *Psychiatric Bulletin*, Cambridge, v. 21, 1997, p. 323-327.

THOMPSON, AE. Advanced Directives. *JAMA*, 2015;313(8):868.

TINLAND, Aurélie et al. Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: Study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry*, 19:422, 2019.

UN. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Ju. 2017. Disponível em <https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21>. Acesso em 05 de maio de 2020.

UN. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Ju. 2017. Disponível em <https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21>. Acesso em 05 de maio de 2020.

UN. General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, may. 2014. Disponível em <<https://digitallibrary.un.org/record/779679>>. Acesso em 05 de maio de 2020.

UN. Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General, mar. 2017. Disponível em <<https://digitallibrary.un.org/record/861008>>. Acesso em 05 de maio de 2020.

WILDER, Christine. et al. Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, [S.l.], 61, n. 4, ap. 2010, p. 380-385.

Como citar:

CARNEIRO, Victória; DADALTO, Luciana. Diretivas antecipadas psiquiátricas e sua possibilidade de aplicação no sistema jurídico brasileiro. **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, a. 11, n. 2, 2022. Disponível em: <<http://civilistica.com/diretivas-antecipadas-psiquiatricas/>>. Data de acesso.



civilistica.com

Recebido em:

26.1.2022

Aprovado em:

30.5.2022