

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

CAMILA ANIZIA VOUGO DA SILVA

**RELAÇÕES DE PODER “VERSUS” AUTONOMIA DO PACIENTE PORTADOR
DE ESQUIZOFRENIA: EXPERIÊNCIA DE UMA INTERNA DE MEDICINA**

DUQUE DE CAXIAS

2019

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

CAMILA ANIZIA VOUGO DA SILVA

**RELAÇÕES DE PODER “VERSUS” AUTONOMIA DO PACIENTE PORTADOR
DE ESQUIZOFRENIA: EXPERIÊNCIA DE UMA INTERNA DE MEDICINA**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso II como um dos
requisitos para a conclusão do Curso
de Medicina

Orientador: Profa. Márcia Silveira Ney

Duque de Caxias
2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

S586r

Silva, Camila Anizia Vougo da.

Relações de poder "versus" autonomia dos pacientes portador de esquizofrenia -
Experiência de uma interna de Medicina / Camila Anizia Vougo da Silva. --
Duque de Caxias. 2019.

30 f. : il. : 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande
Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de Ciências da Saúde, 2019.
"Orientadora: Prof. Márcia Silveira Ney".

Bibliografia. f. 24- 27

Medicina. 2. Esquizofrenia. 3. Pacientes. I. Ney, Márcia Silveira. II.
III. Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy. IV.
Título

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

CAMILA ANIZIA VOUGO DA SILVA

**RELAÇÕES DE PODER “VERSUS” AUTONOMIA DO PACIENTE PORTADOR
DE ESQUIZOFRENIA: EXPERIÊNCIA DE UMA INTERNA DE MEDICINA**

Aprovado pela banca:

Prof.: _André Luiz de Campos Pessoa

Prof.: Zina Maria Almeida de Azevedo

Em 12 de Junho 2019

Duque de Caxias
2019

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar esse trabalho de conclusão de curso às seguintes pessoas:

Meu pai Jaime e minha mãe Palmira pelo apoio, amizade e dedicação, ao longo dessa minha trajetória em busca da Medicina.

Meu irmão Jaime por compartilhar comigo seus conhecimentos da prática médica. Além disso, por ser um exemplo de profissional o qual, sem dúvidas, é minha inspiração na profissão que escolhi.

Minha cunhada Luana por estar sempre ao meu lado me ajudando e apoiando em tudo que faço.

Minha querida tia Lourdes pela ajuda ao longo da vida e carinho maternal.

Meus amigos Jéssica, Letícia e Enrique pela amizade sincera, pelo companheirismo e por compartilhar comigo momentos memoráveis ao longo desses 6 anos. Levarei vocês dentro do coração ao longo de minha carreira.

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é um transtorno neuropsiquiátrico com psicose crônica ou recorrente, de aspecto genético complexo. A doença, representada pela idéia da loucura, ganhou diferentes significações ao longo da história. A partir do século XX, passa a ser reconhecida como patologia e, assim, apenas o médico teria a capacidade de diagnosticar os pacientes com o transtorno e escolher o tratamento. O paciente tem sua autonomia reduzida, e recebe o estigma de incapaz para opinar sobre seu tratamento, até mesmo após a reforma psiquiátrica. **Objetivos :** Discutir a autonomia do paciente psiquiátrico no tocante ao seu plano terapêutico; compreender as relações de poder exercidas pelos profissionais de saúde no plano de cuidado do paciente; discutir sobre a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a prática da autonomia no paciente esquizofrênico. **Métodos** Relato de experiência de uma interna de medicina, durante seu estágio em psiquiatria; Revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando como fonte de pesquisa as bases da SCIELO, com a escolha dos seguintes descritores: "esquizofrenia", "autonomia" e "relações de poder". **Discussão:** Não se verifica na psiquiatria uma escala ou métodos universalmente aceitos para avaliar a capacidade de escolha no paciente esquizofrênico. Sem considerar a experiência de doença do paciente, predomina-se a opinião do médico como método de escolha para a opção terapêutica não compartilhada. O TCLE aparece como uma ferramenta a dar suporte e aumentar a autonomia do paciente em seu tratamento. **Conclusão:** A ressocialização do paciente com esquizofrenia passa não só pelas medidas instituídas para o controle da doença e de seus sintomas, mas também pelos mecanismos que fortaleçam a relação médico-paciente para uma abordagem individualizada da pessoa que seja capaz de respeitar a sua autonomia para a escolha terapêutica, garantir a melhoria de sua qualidade de vida e melhor manejo do seu autocuidado.

Palavras chaves: Autonomia pessoal. Esquizofrenia. Paciente

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a neuropsychiatric disorder with chronic recurrent psychosis and a complex genetic foundation. This disease, represented by the idea of madness, has gained different meanings throughout history. In the twentieth century it became recognized as a pathology, and thus, only physicians would be able to both diagnose and treat patients with this disorder. The patient has his autonomy reduced, and is stigmatized of being incapable of discussing about his own treatment plan, even after the Brazilian psychiatric reform.

Objectives: To discuss the autonomy of the psychiatric patient regarding their therapeutic plan; to understand the power relation exercised by health professionals in the patient care plan; to discuss the importance of the Free and Informed Consent Term (TCLE) for the practice of autonomy in the schizophrenic patient.

Methods: Experience report of a medical student during her internship in psychiatry; Literature review on the subject, using the SCIELO database as the basis of research, with the choice of the following words: "schizophrenia", "autonomy" and "power relations".

Discussion: There is no universally accepted scales or methods in psychiatry for assessing schizophrenic patients. Without considering the experience of the patient himself, the physician's opinion is considered predominantly as a method of choice for the non-shared therapeutic option. The TCLE appears to be a valuable tool to support and increase the autonomy of the patients in their treatments.

Conclusion: The resocialization of the patient with schizophrenia cannot be done only with measures adopted to control the disease and its symptoms, but also with the mechanisms that strengthen the physician-patient relationship, possibiliting a individualized approach of the patient. With this approach, we are able to respect their autonomy for the therapeutic choice, to ensure the improvement of their quality of life and to improve their management of disease and self-care.

Keywords: Personal autonomy. Schizophrenia. Patient

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLA

AIMS	Abnormal Involuntary Movement Scale
AVC	Acidente vascular cerebral
BPRS	British Psychiatry Rating Scale
CAPS	Centros de atenção psicossocial
CID 10	Classificação internacional de doenças
DSM 5	Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
MTSM	Movimento dos trabalhadores de saúde mental
MS	Ministério da saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

Sumário

<u>1 INTRODUÇÃO</u>	11
<u>2 REFERENCIAL TEÓRICO</u>	13
<u>2.1 Esquizofrenia: conceitos, diagnóstico e tratamentos</u>	13
<u>2.2 O poder na Loucura</u>	16
<u>2.3 A Reforma Psiquiátrica</u>	17
<u>2.4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</u>	18
<u>2.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</u>	19
<u>3 JUSTIFICATIVA</u>	20
<u>4 OBJETIVOS</u>	20
<u>5 MATERIAIS E MÉTODOS</u>	21
<u>6 RELATO DE CASO</u>	21
<u>7. DISCUSSÃO</u>	22
<u>8 CONCLUSÃO</u>	26
<u>REFERÊNCIAS</u>	28
<u>ANEXOS</u>	30

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia (“esquizo”- fragmentada / “phrenia”- mente) é um transtorno neuropsiquiátrico com psicose crônica ou recorrente, de aspecto genético complexo. Envolve anormalidades nos cinco domínios de sintomas enfatizados: alucinações, delírios, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. (BARNHILL, 2015, p. 19).

Epidemiologicamente, o número de casos da população mundial é em torno de 1%, com incidência de 1,5 por 10.000 pessoas. A incidência é maior em homens (1,4H :1M). Apresenta idade bimodal de início, sexo masculino entre 18 e 25 anos e, feminino entre 25 e 35 anos com um segundo pico por volta da época da menopausa. A doença pode vir associada a outras condições psiquiátricas como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtorno por uso de álcool e outras substâncias. (BERNAD; ROBERT, 2018).

Geralmente, acomete indivíduos na fase de suas vidas de maior produtividade – tipicamente adolescência ou início dos 20 anos- deixando a maior parte, incapazes de retornar à vida habitual de jovens e adultos. A doença está entre as dez principais causas de incapacidades no mundo entre as pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos. (BLACK, 2016, p.125).

Historicamente, a esquizofrenia, representada pela ideia da loucura, ganhou diferentes representações ao longo dos últimos séculos. No século XVIII, em meados à Revolução Francesa, frente aos ideários dos revolucionários em confronto à idade média, a razão ganha destaque nas normas e padrões dos grupos sociais. Assim, quem não portasse socialmente a razão, era intitulado como louco. Somente a partir do século XX, iniciou-se a interpretação patológica da loucura que passou a ser caracterizada como doença (patologização). A capacidade de distinguir quem era ou não louco passou a ser uma atribuição do médico cujo conhecimento científico o colocava numa posição de poder quanto ao diagnóstico e terapêutica a ser estabelecida. (FOUCAULT, 2005, apud FEIER, p.123).

Ainda hoje, o paradigma da racionalidade remanescente da Revolução Francesa é o alicerce para determinados comportamentos “padrões” ao olhar social da normalidade. Consequentemente, os portadores de esquizofrenia ou de outros

transtornos mentais continuam sendo considerados "diferentes pela fuga aos comportamentos socialmente "corretos" e, desse modo, são estigmatizados. Antes da reforma psiquiátrica, que propôs a socialização do portador de transtorno mental, esse estigma se mostrava punitivo se embasando em internações compulsórias do esquizofrênico, em sanatórios, na justificativa de resguardar a ordem pública.(AMARANTE apud MACIEL, 2013).

No momento, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, é observada a exclusão dos portadores de doenças mentais, ainda que de forma diferente. Apesar das questões relacionadas à saúde mental adquirirem maior importância em nível psicossocial (ressocialização do doente mental), com a introdução da reforma psiquiátrica e mudança dos perfis de serviços especializados para o acompanhamento destes pacientes, verifica-se ainda o despreço ao compartilhamento e a autonomia incipiente do paciente, nos assuntos que tangem seu tratamento.

O presente trabalho busca discutir sobre a perda da autonomia do paciente esquizofrênico e a relação de poder exercida pelos profissionais de saúde. Como já proposto na literatura da psiquiatria, reforça-se, aqui, a utilização de uma ferramenta importante a ser incluída durante o tratamento como o Termo de consentimento livre e esclarecido para garantir autonomia e o aumento do poder de decisão do paciente esquizofrênico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Esquizofrenia: conceitos, diagnóstico e tratamentos

Esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos são um grupo de doenças mentais graves, sem sintomas patognomônicos porém, caracterizados por distorção de pensamentos e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual. A patogênese é desconhecida, porém, acredita-se que represente uma síndrome composta por várias doenças que apresentam sinais e sintomas semelhantes. O modelo mais aceito é o da "vulnerabilidade versus estresse". A vulnerabilidade aumentaria o risco de aparecimento dos sintomas, na presença de estressores ambientais e na falha dos mecanismos para lidar com eles.(BERNARD et al, 2018).

O diagnóstico requer a presença de sintomas característicos do transtorno (sintomas positivos e/ou negativos) associado a disfunção social e ocupacional por pelo menos 6 (seis) meses, na ausência de outro diagnóstico(BERNARD et al, 2018). Assim, segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM- 5), os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia são:

A) Dois ou mais sintomas característicos, descritos estão presentes durante uma maior parte do tempo por um período de um mês (ou menos se tratados com sucesso).

- Delírios
- Alucinações
- Discursos desorganizado (por exemplo, descarrilamento frequente ou incoerência)
- Comportamento extremamente desorganizado ou catatônico
- Sintomas negativos, isto é, achatamento afetivo, alogia ou avolição.

B) Durante uma parte significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes de funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, estão marcadamente abaixo do nível alcançado antes do início. Quando o início é na infância ou adolescência: falha em alcançar o nível esperado de conquistas interpessoais, acadêmicas ou ocupacionais.

C) Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos seis meses. O período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que atendam ao critério A e possam incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante

esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem se manifestar apenas por sintomas negativos ou dois ou mais sintomas listados no critério A que se apresentam de forma atenuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns).

D) Transtorno esquizofrênico e transtorno de humor com características psicóticas foram descartadas porque: Nenhum episódio depressivo maior , maníaco ou misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração foi breve em relação à duração dos períodos ativo e residual.

E) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de condição médica geral.

F) Se o paciente tiver um histórico de distúrbio autístico ou outro distúrbio invasivo do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estiverem presentes por pelo menos um mês (ou menos se tratados com sucesso).

Além do DSM-5, o diagnóstico da doença também pode ser realizado através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) . Uma das principais diferenças entre eles é o critério do curso longitudinal. O DSM-5 requer uma duração mínima da doença de 6 meses (com pelo menos 1 mês de sintomas ativos), em oposição apenas 1 mês de duração total da doença no CID-10. Enquanto o DSM-5 requer deterioração da função social e ocupacional, o CID-10 não tem essa exigência para o diagnóstico de esquizofrenia. Interessantemente, o CID 10 possui uma classificação chamada esquizofrenia simples a qual não necessita de sintomas psicóticos para diagnóstico. (BLACK, 2016).

Como diagnóstico diferencial, podemos citar o transtorno esquizofreniforme (preenche todos critérios para esquizofrenia mas a duração total do transtorno é menos de seis meses); transtorno bipolar, esquizoafetivo e depressão maior (os três diferem pelo componente de humor proeminente na apresentação do paciente); psicose devido a condição médica geral (AVC, doença de Wilson, porfiria, sífilis); transtorno delirante (delírios mas os critérios não preenchem os critérios do DSM 5 para esquizofrenia); transtornos psicóticos induzidos por substâncias; transtorno de personalidade esquizotípico ou esquizóide, entre outros. (BERNARD, 2018).

O tratamento consiste em uso de antipsicóticos em ordem de preferência para introdução. A terapêutica deve ser feita com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. Em caso de falha terapêutica, definida como o uso de qualquer desses fármacos por

pelo menos 6 (seis) semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve [British Psychiatric Rating Scale – BPRS – descrita (ANEXO3), uma segunda tentativa com algum outro antipsicótico deverá ser feita.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A clozapina poderá ser considerada em caso de refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, e se não houver melhora de pelo menos 30% na escala BPRS. Também pode ser utilizada em caso de risco alto de suicídio, discinesia tardia de repercussão significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas ou de se observar melhora de 30% nessa mesma escala.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Caso haja intolerância a clozapina por agranulocitose, após sua indicação por refratariedade, a troca poderá ser realizada por olanzapina, quetiapina, risperidona ou ziprasidona, preferencialmente as que não foram utilizadas nos dois tratamentos iniciais. Na impossibilidade de adequada adesão ao uso oral de qualquer dos medicamentos acima, será indicado um medicamento de depósito, o decanoato de haloperidol.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os critérios de interrupção das medicações antipsicóticas são a presença de discinesia tardia e tentativa de suicídio (nesse caso, substituir o medicamento em uso por clozapina), má adesão ao tratamento (substituir o medicamento em uso por decanoato de haloperidol), desenvolvimento de síndrome metabólica (considerar a substituição do medicamento em uso por ziprasidona) ou comorbidades clínicas iniciadas após o uso: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Obesidade, Diabetes Mellitus.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O tratamento com antipsicóticos muitas vezes é parcialmente eficaz, por isso, muitos pacientes esquizofrênicos se beneficiam da reabilitação sistemática a qual inclui terapia cognitivo comportamental, intervenções psicoeducacional familiar, treinamento de habilidades sociais para pacientes com o transtorno, tratamento comunitário e emprego apoiado. Tais abordagens são consideradas adjuvantes ao tratamento medicamentoso e vêm sendo incentivadas desde a Reforma Psiquiátrica. (Campbell et al, 2018).

2.2 O poder na Loucura

Durante séculos, a loucura adquiriu diferentes significados de acordo com a época e a conjuntura político-social. Na antiguidade grega e romana, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante como, bruxos e feiticeiros, eram considerados loucos por não compartilharem da mesma fé. Já no século XV, "o louco" passa a ser reconhecido e acima de tudo disputado por políticos e religiosos que visavam a dominação e o prestígio através do cuidado dos mais frágeis. O louco é inserido no corpo social. Não havia, entretanto, a definição do que seria a loucura. (FOCAULT,2005).

Em meados do século XVI, a sociedade não sabia mais diferenciar os cidadãos sadios dos insanos. Os reis estabelecem a dominação, e a loucura começa a ser confundida com pobreza. Essa concepção cria a ideia de Hospitais Gerais que proporcionavam um maior controle daqueles cidadãos que não possuíam sanidade mental, os separando do convívio dos considerados normais. Entretanto, esse estabelecimento tinha a ideia de controle. Em tempos de crise econômica, visando manter a ordem pública e diminuir a criminalidade na cidade, os menos favorecidos economicamente eram institucionalizados nos hospitais para exercer alguma atividade laboral, servindo de mão de obra barata e principalmente,manter a ordem pública evitando que os mesmos praticassem roubos ou furtos. (FOCAULT,2005).

Com as mudanças de paradigmas ocorridas na Revolução Francesa, a qual valorizou a razão humana como norteadora da vida, a loucura se estabeleceu como a presença da irracionalidade pelo indivíduo.A loucura vista através da perspectiva que situa a razão como normativa. O sujeito que se desviasse de normas e regras estabelecidas pela sociedade era classificado louco. (FOCAULT,2005).

No século XX, com a valorização do ensino de anatomia nas universidades européias atrelado a estudos progressivos sobre o cérebro, a loucura passa a ser entendida como doença. Essa deve possuir cura ou alívio, tendo o médico papel fundamental no processo já que o mesmo irá manipular os transtornos e evitar que se transforme em um incômodo social. Esse papel do médico passa a estabelecer uma relação de poder bastante específica. O profissional produz a verdade da doença, justificando a institucionalização da loucura, e conta com um poderde

dominar um conhecimento para melhor tratar. A doença mental passa a ser propriedade da instituição, tendo como guardião o médico. (FOCAULT,2005).

Essa relação de poder marcou uma dualidade entre médico e doente. De um lado, um profissional que detém o conhecimento, justificando sua verdade absoluta sobre diagnóstico e o tratamento a ser abordado. De outro, uma pessoa que se submete a esse poder por não ser considerada capaz de decidir sobre si. Sendo assim, a perda da autonomia do paciente psiquiátrico foi confirmada pela idéia de incapacidade. (FOCAULT,2005).

2.3 A Reforma Psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica se caracterizou por um processo político, social e econômico possuindo, como uma de suas vertentes principais, a desinstitucionalização,a consequente desconstrução dos manicômios e dos paradigmas que os sustentavam. Objetivou de forma progressiva, a substituição do modelo "punitivo e de reclusão" por outras práticas terapêuticas as quais visam a valorização da cidadania de doentes mentais.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, o início da Reforma psiquiátrica se deu nos anos 70, sendo contemporâneo a eclosão do "movimento sanitário". Esse movimento defendia a mudança dos modelos de atenção e gestão de práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços,protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de trabalho.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1978 foi formado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) constituído de trabalhadores integrantes do movimento sanitário, da associação de familiares, de sindicalistas e membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Tal grupo passa a denunciar a mercantilização da loucura, os maus tratos dentro dos manicômios, construir uma crítica ao "saber" psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1989, junto a redemocratização, foi criado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e extinção de forma progressiva dos manicômios. A partir de

1992, movimentos inspirados por esse projeto de lei conseguem aprovar as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.(BARROSO, 2011).

Mas, somente em 2001, a lei Paulo Delgado (lei federal 10.216), com algumas modificações, foi sancionada no país. Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento de serviços em base comunitária (inserção social), dispôs sobre a proteção dos direitos para portadores de doenças mentais, porém não instituiu mecanismos mais claros para a extinção de manicômios. Mesmo assim, essa lei se mostrou importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica o qual ganhou maior notoriedade na sociedade.(BARROSO, 2011).

Nessa mesma época, o Ministério da Saúde implementou linhas de financiamento específicas para os serviços abertos e substitutivos do hospital psiquiátrico, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial. Nesse caminho, novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos, ratificando o processo de desinstitucionalização.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

2.4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS consistem em um serviço comunitário, oferecido pelo Sistema Único de Saúde, que objetiva substituir a internação. Surgem como espaços que buscam a terapêutica interdisciplinar de pessoas com transtornos mentais graves. O tratamento é indicado por um clínico geral ou pela demanda espontânea. O usuário passa a frequentar o local após análises individuais feitas por uma equipe multidisciplinar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2004).

O CAPS é constituído por 4 subtipos . CAPS I - para realização do atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS II- para realização de atendimento diário e noturno de adultos, durante 7 dias da semana. CAPS i - para realização de atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPS ad - para realização de atendimentos diários a população de usuários de drogas e álcool que possuem transtornos decorrentes da dependência de substâncias químicas. Esse

tipo de CAPS possui leitos de repouso com finalidade exclusiva de tratamento para desintoxicação.(MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2004).

Segundo Humberto Costa (2004), Ministro da Saúde durante os anos 2003-2005:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é integrar o paciente a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde desenvolvem suas atividades cotidianas.

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, como as oficinas que são realizadas em grupo com a presença de 2 ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. As atividades são oferecidas de acordo com o interesse do usuário, podendo ser de expressão (expressão plástica - pinturas, desenhos; expressão corporal - danças, teatros ; expressão verbal - poesias , contos, redação; expressão musical) ou geradoras de renda, visando o aprendizado para geração de renda pelo paciente (culinária, marcenaria, costura, fotocópias).(MINISTÉRIO DA SAÚDE- 2004).

2.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Entende-se por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um documento que tem como finalidade formalizar e documentar ao paciente sobre as consequências que poderão advir do ato médico, da prescrição de medicamentos e inclusive hipóteses de caso "fortuito" e "força maior" desconhecidas da ciência e que escapam do controle da medicina.(CAMPS, 2005).

Uma das principais características do termo de consentimento é que o mesmo deve ser isento de dúvidas. Os profissionais de saúde devem indicar as vantagens, desvantagens e os riscos do tratamento ou da intervenção. Essa é uma das principais regras da norma ética aplicada ao profissional de saúde, sendo garantido ao paciente o direito de decidir em relação ao que lhe é colocado como forma de tratamento, respeitando a sua capacidade de autodeterminação. (BIONDO, 2007).

Assim, o termo de consentimento livre e esclarecido jamais deverá ser de cunho impositivo, devendo ser sempre escrito com linguagem acessível e simples

para entendimento do paciente que subscreverá o documento, ou de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997)

Tendo como base a bioética, sua incorporação vem sendo defendida, por profissionais em saúde mental, na prática dos serviços de saúde e para o seguimento do tratamento de transtorno psiquiátricos, uma vez que permite uma maior autonomia do paciente, aumentando seu poder de decisão. (CAMPS, 2005).

3 JUSTIFICATIVA

O interesse de pesquisa desse trabalho surgiu diante das vivências durante o estágio obrigatório em psiquiatria do curso de Medicina da Universidade do Grande Rio, realizado no período de Fevereiro a Abril de 2018, no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) Leslie Sanford. Chavim, localizado no município de Duque de Caxias, unidade de referência para os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos da cidade. Durante o referido estágio muito me chamou atenção experienciar o dilema entre o poder de decisão médica e a autonomia do paciente psiquiátrico. Como diz Minayo(2017), quanto ao interesse de pesquisa, “o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica”.

4 OBJETIVOS

4.1. Geral

- Discutir a autonomia do paciente psiquiátrico, esquizofrênico, no tocante ao seu plano terapêutico

4.2. Específicos

- Compreender as relações de poder exercidas pelos profissionais de saúde no plano de cuidado do paciente
- Discutir sobre a importância de uma ferramenta para utilização, nos protocolos instituídos, como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a prática da autonomia no paciente esquizofrênico

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste no relato de experiência de uma acadêmica de medicina da Universidade do Grande Rio, a partir da sua vivência durante seu internato obrigatório, em psiquiatria, e na revisão bibliográfica, sobre o tema, utilizando como fonte de pesquisa as bases da SCIELO, com a escolha dos seguintes descritores: "esquizofrenia", "autonomia" e "relações de poder".

A pesquisa, realizada nas bases da SCIELO, resultou na seleção de 21 artigos que relacionava esquizofrenia e autonomia, porém após leitura inicial somente 9 artigos foram selecionados para realização da revisão bibliográfica, deste trabalho. Os critérios de inclusão para esta seleção foram: publicação realizada nos últimos 5 anos, estar escrito nos seguintes idiomas: português ou espanhol, e estar inserido nas áreas da saúde e/ou de saúde coletiva. Seguindo essa mesma seleção, foi encontrado apenas um artigo que relacionava esquizofrenia e relação de poder. Para maior discussão sobre a definição e protocolo terapêutico dos pacientes portadores de esquizofrenia, também foram realizadas consultas à plataforma de pesquisa científica UP TO DATE, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), e livros-textos como *Introductory Textbook of Psychiatry*, *A história da Loucura* – de Michel Foucault,

6 RELATO DE CASO

O que mais me chamou atenção, durante minha vivência no internato de psiquiatria, foi a utilização dos protocolos rígidos de tratamento da esquizofrenia os quais, notoriamente, distanciavam-se, portanto, não valorizavam os aspectos subjetivos e específicos de cada paciente.

Apesar de alguns pacientes se beneficiarem de um plano terapêutico unilateral, somente pela perspectiva médica, conseguindo retornar às suas atividades rotineiras, outros não compartilhavam da mesma realidade, o que pareceu, claramente, ser resultado de um protocolo terapêutico que, mesmo ao orientar o acompanhamento e guiar os profissionais perante uma situação clínica, não contemplavam as particularidades da doença em cada indivíduo.

Especificamente, o caso que exemplificou o presente trabalho foi a história de um paciente masculino, 48 anos, portador da doença há 21 anos, em tratamento psiquiátrico no CAPS supracitado. Ele apresentava, como manifestação

clínica, alucinações do tipo auditiva. Mesmo assim, ele convivia em harmonia com o sintoma, era bem funcional, mantinha o autocuidado e tinha boa interação social.

Para esse caso, optou-se pela adesão do paciente ao protocolo de tratamento, conforme as normas do Ministério da Saúde. Após algumas semanas de terapia houve remissão dos sintomas de alucinação auditiva do paciente, fato bem aceito pelos profissionais. Entretanto, o paciente iniciou uma atitude de isolamento dos demais usuários do serviço, passou a negligenciar os cuidados consigo, expressou sentir falta da voz que era sua amiga e evoluiu com um quadro depressivo. Diante de tal fato, os profissionais evidenciaram a associação das manifestações indesejáveis apresentadas pelo paciente ao uso dos antipsicóticos protocolados.

Nas semanas seguintes à suspensão dos antipsicóticos, as alucinações recorreram, entretanto, o usuário retornou ao seu comportamento inicial, ou seja, voltou a interagir com os demais integrantes do locale apresentar melhorias no autocuidado. Isso me fez refletir sobre as condutas estabelecidas para um portador de esquizofrenia, problematizando essa abordagem norteada pelos protocolos clínicos, os quais muitas vezes são utilizados de forma engessada por profissionais da saúde mental ou generalistas, não levando em consideração as singularidades de cada caso como a experiência de doença do paciente e sua funcionalidade. Nesse mesmo contexto, também me observei questionando sobre o respeito à liberdade de escolha do paciente com transtorno mental.

7. DISCUSSÃO

Considerando a esquizofrenia, como a doença mais estigmatizante no campo dos transtornos mentais, diversos autores e estudos questionam se realmente essa doença mental causaria danos justificáveis para a perda de independência do paciente quanto a participar, decidir ou mesmo questionar sobre seu diagnóstico, tratamento e seguimento.

Em uma revisão realizada por Jest et al (2006) utilizando estudos para analisar a capacidade de tomar decisões entre pacientes esquizofrênicos e pacientes não psiquiátricos, verificou-se que as categorias diagnósticas para o transtorno não abrangem as habilidades funcionais necessárias para a tomada de decisões. Aptidões como compreensão, apreciação, raciocínio e expressão de eleição não são

contempladas nos critérios diagnósticos. Por isso, não se deveria relacionar o diagnóstico à sinonímia de incapacidade do paciente quanto sua tomada de decisão.

Segundo Roth(2003), a capacidade está diretamente relacionada a especificidade da decisão que é tomada. Para situações clínicas mais complexas é exigido um nível mais alto de competência. Além disso, a competência de decisão clínica é um fenômeno dinâmico, isto é, o paciente pode em um momento não possuir essa capacidade, porém com o decorrer do tratamento e dependendo do tipo de escolha, adquiri-la.

Objetivamente, seria fundamental haver um instrumento que determinasse de forma precisa a relação entre o estado clínico do paciente e sua competência de decisão terapêutica. Entretanto, não há diretrizes ou protocolos validados e aceitos, internacionalmente, que especifique esse poder de julgamento. Hoje, o padrão ouro continua sendo o julgamento clínico que é baseado na experiência do médico. (STURMAN,2005).

Alguns profissionais, por exemplo, para avaliar capacidade decisória do paciente, utilizam instrumentos para complementar a avaliação como uso de testes neuropsicológicos (MINI MENTAL), protocolos de avaliação específica (Mac CAT-T), desenvolvimento de diretrizes e protocolos de avaliação global. Todavia essas ferramentas não são validadas como ferramentas eficazes para esse fim, além disso, foram testadas em pequenas amostras. (STURMAN,2005).

Discorrendo sobre as decisões e a autonomia do paciente, Pozón (2015) defende que para uma ação ser autônoma é preciso que ela reflita a capacidade de fato, isto é, a competência de decisão da pessoa na realização de uma tarefa específica, em momento preciso. Por isso, propõe 4 critérios para análise dessa capacidade: compreensão, raciocínio, apreciação e expressão de eleição.

No quesito compreensão, o paciente deve ser capaz de entender seu diagnóstico e seu tratamento, sendo a melhor maneira de análise pedir para ele parafrasear as informações que lhe foram passadas. Na categoria raciocínio, deve o sujeito conseguir relacionar as informações com a própria situação. No item apreciação deve processar e analisar informações, ponderando as diferentes alternativas terapêuticas. E por último, na expressão de eleição, a pessoa tem de estar apta para comunicar que decisão foi tomada em relação ao tratamento médico proposto.

Além da análise mencionada, Pozón estabelece o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como ferramenta necessária para ajudar o paciente a ter melhor entendimento sobre seu quadro e empoderamento nas situações decisórias. O documento não se caracteriza por uma simples assinatura, mas um convite para que o paciente possa compartilhar e ser ativo no seu plano terapêutico.

Ratificando essa ideia, Camps (2005) também defende o TCLE e afirma que é necessária uma troca de informações e experiências entre médico e a pessoa que se submete ao cuidado e não apenas uma assinatura. Quando o termo é assinado sem explicações prévias, a relação médico-paciente é transformada em uma simples relação contratual.

Continuando a discutir sobre o Termo, Júdez (2001) pondera duas situações. Uma seria a autorização do termo pelo paciente ser influenciada pela experiência de alguém (profissional de saúde), o que induziria, inadequadamente, a decisão da pessoa sobre seu tratamento. Outra, seria defender eticamente a persuasão do paciente pelo médico e pela família como fundamental para aqueles portadores de esquizofrenia com dificuldades de analisar riscos e benefícios do tratamento.

Conforme, Buchanan et al (1999), o profissional deve informar primeiro ao paciente sobre sua psicopatologia e tratamento embora o paciente, frequentemente, é acompanhado por seu familiar. A família pode funcionar como um suporte para melhor adesão terapêutica. Em casos nos quais o doente não pode tomar decisões (crises) ou em caso de incapacidade legal (menor de idade) é necessário informar ao familiar, o qual irá decidir pelo paciente. Porém, deve ser respeitado o critério de juízo substituto: deve-se ter referência de desejos e preferências da pessoa "incapacitada".

Para Sánchez e Caro (1998), o Consentimento Informado deve conter informações sobre a doença, rotas terapêuticas (como terapias cognitivas comportamentais, medicamentos antipsicóticos, terapia de eletrochoque), reações adversas das medicações, acompanhamento, tempo de tratamento, internações e benefícios da terapêutica. Além disso, as informações devem ser compreensíveis evitando uso de termos técnicos que dificultem a compreensão.

Trabalhando melhor a efetividade da compreensão do paciente sobre as informações contidas no TCLE, o estudo empírico *Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research*, realizado em 2001, na Inglaterra, analisou

como a apresentação da informação pode ocorrer a fim de melhorar a compreensão do paciente. Concluiu que pacientes esquizofrênicos precisam de mais tempo para processar informações, sendo preciso repetir as palavras chaves para melhor compreensão, como também essas informações são mais bem compreendidas se apresentadas em Power Point, com gráficos, lidos em voz alta para revisão de aspectos importantes e explicações em vídeo. (SÍMON, 2004 apud CARPENTER, 2001).

Interessantemente, esse estudo supracitado no parágrafo anterior, demonstrou que essa forma de apresentação de informações, quando comparada ao procedimento clássico oral ou escrito, com pouca interação entre paciente e profissional, melhora de maneira significativa a compreensão, de forma que um maior número de pacientes pode ser classificado como competente para tomada de decisões. (SÍMON, 2004 apud CARPENTER, 2001).

Por último, é importante ressaltar os casos os quais são permitidos fazer uma intervenção médica sem o consentimento do paciente. Dentre eles: I. Casos de emergência a qual coloca a vida da pessoa ou de terceiro em risco; II. Distúrbios comportamentais que marcam a ruptura do indivíduo com a realidade de tal forma que seja necessária a intervenção psiquiátrica urgente para que se evitem danos; III. Renúncia do paciente a ser informado sobre sua patologia; IV. Situações que profissionais, deliberadamente, ocultariam certas informações por entender que elas trariam mais danos ao paciente. (WONG, 2000).

8 CONCLUSÃO

A partir do século XX, a loucura começa a ganhar significado patológico. Entendida como doença, passa a ser propriedade médica. Assim, o profissional médico recebe atribuições para identificar a pessoa com transtorno mental e ganha respaldo sócio-científico para instituir tratamentos sem considerar os aspectos subjetivos e decisivos do paciente a ser tratado.

Nesse sentido, o paciente vai perdendo, historicamente, a autonomia no seu tratamento. Relações de poder são criadas: de um lado o médico que detém o poder científico e de outro, o "louco" que se submete a esse conhecimento em detrimento de suas vontades. E, tal fato, torna-se mais evidente em portadores de esquizofrenia, uma vez que a doença é a mais estigmatizante dos transtornos mentais, e seus sintomas positivos corroboram para perpetuação de tal prática no meio médico.

Mais recentemente, mesmo com a Reforma Psiquiátrica, garantindo a desinstitucionalização e a ressocialização desses pacientes, verifica-se que as práticas clínicas ainda são entremeadas por relações de poder e menor autonomia desses pacientes portadores da doença. A ausência de escalas e protocolos validados internacionalmente para avaliação da capacidade e da autonomia de cada paciente quanto as decisões do seu plano terapêutico, gera, como consequência, o predomínio de uma avaliação, até mesmo empírica, pelo profissional médico, o qual classifica o doente apto ou não para a tomada de decisões.

Nesse sentido, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é uma ferramenta, que inserida no contexto de tratamento do paciente, poderia aumentar a capacidade de escolha, garantindo maior autonomia quanto a proposta terapêutica e reduzindo, conseqüentemente, a relação de poder do profissional sobre o doente. Ainda mais, quando as informações contidas no Termo são bem apresentadas, inclusive com técnicas audiovisuais e com respeito ao tempo de compreensão pelo paciente.

Conclui-se que o caminho para a ressocialização do paciente que sofre de transtornos psiquiátricos perpassa não só com as medidas instituídas para o controle de doença e de seus sintomas decorrentes, mas também de mecanismos que favoreçam o maior diálogo, em uma relação médico/paciente para a compreensão de cada paciente de forma individualizada capaz de respeitar a sua

autonomia para a escolha terapêutica, compreender a sua experiência de doença, garantir a melhoria de sua qualidade de vida e melhor manejo do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARNHILL, John W. **Casos Clínicos: DSM 5**. 2 ed [Porto Alegre], 2015, pag. 19, v.1

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BERNARD, A Fischer e ROBERT W Buchanan. **Schizophrenia in adults: clinical manifestations, course, assessment and diagnosis**. UP TO DATE Disponível em: < [http:// www.uptodate.com/online](http://www.uptodate.com/online) >. Acesso em 08 Set, 2018

BIONDO-SIMÕES, Maria de Lourdes Pessole et al. Compreensão do termo de consentimento informado. **RevColBrasCir**, v. 34, n. 3, p. 183-8, 2007.

BLACK, Donald W. **Introduction book of psychiatry**. 6.ed. Washington: DSM 5 Edition, 2016. pag. 125 .v.1.

BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS número 364 de 9 de Abril de 2013. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de esquizofrenia. Disponível em :< [http:// www.portalarquivos.saude.gov.br/pdf/abril](http://www.portalarquivos.saude.gov.br/pdf/abril) > acesso em 20/10/2018 às 15:43

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS- centros de atenção psicossocial**. Manual CAPS final. 2004.

COHEN, Claudio; SALGADO, Maria Teresa Munhoz. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 17, n. 2, 2009.

DE ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista bioética**, v. 18, n. 2, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**, p. 39-84, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. [São Paulo], 2015

GOLDIM, José Roberto et al. O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo. Vol. 49, n. 4 (out./dez. 2003), p. 372-374, 2003.

JESTE, Dilip V.; DEPP, Colin A.; PALMER, Barton W. Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: an overview. 2005.

MACIEL, Amanda Luiz. Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: revisão bibliográfica. 2013.

MIRAVAL ROJAS, Edgar Jesús. Aspectos bioéticos del tratamiento de trastornos mentales con electroshock. **Acta médica Peruana**, v.30, n.4, p.120-123, 2013.

PERÉZ AYALA, Manuel. Claves éticas em el tratamiento clínico- comunitario de personas com esquizofrenia. **Revista de Bioética y derecho**, n.41, p. 171-186, 2017.

RAMOS POZÓN, Sérgio. Elementos necessários el consentimiento informado em pacientes com esquizofrenia. **Revista Bioética**. v. 23, n.1, 2015.

RAMOS POZÓN, Sérgio; ROMÁN MAESTRE, Begona. Las voluntades anticipadas em pacientes com esquizofrenia: um instrumento para potenciar la autonomia. **REVISTA de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**. V. 34. N. 121, p.21-35, 2014.

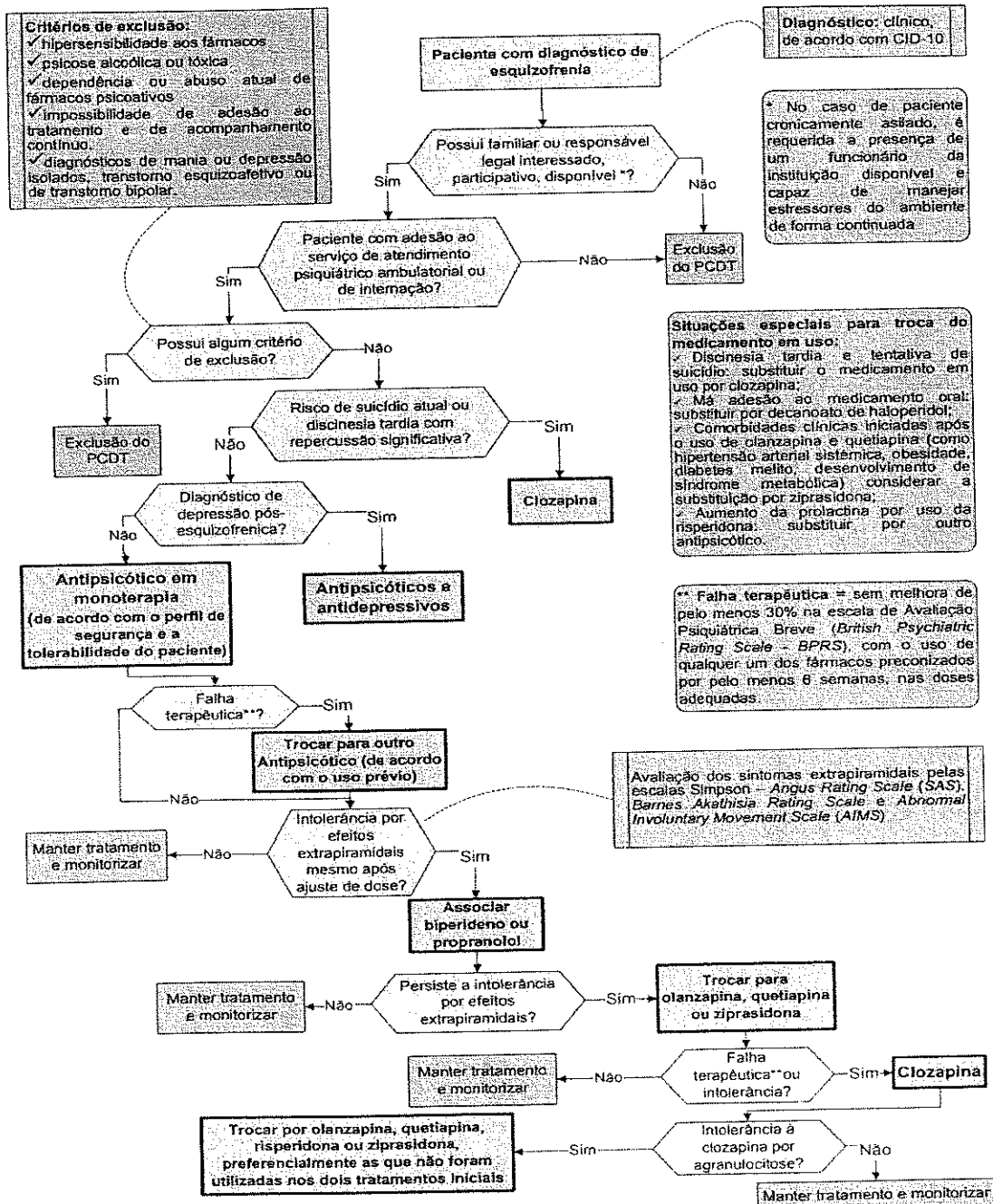
SILVA, Tiago R. et al. "Validation of the Recovery. Assessment Scale (RAS) in Brazil in people with schizophrenia". **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v 66, n.1. p.1-8, 2017.

SIMÓN, P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. In: **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2006. p. 29-40.

VILLAGRÁN, José M; LARA RUIZ- GRANADOS, Ignacio; GONZÁLES- SAIZ; Francisco. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, v. 34, n.123, p. 491-506,2014.

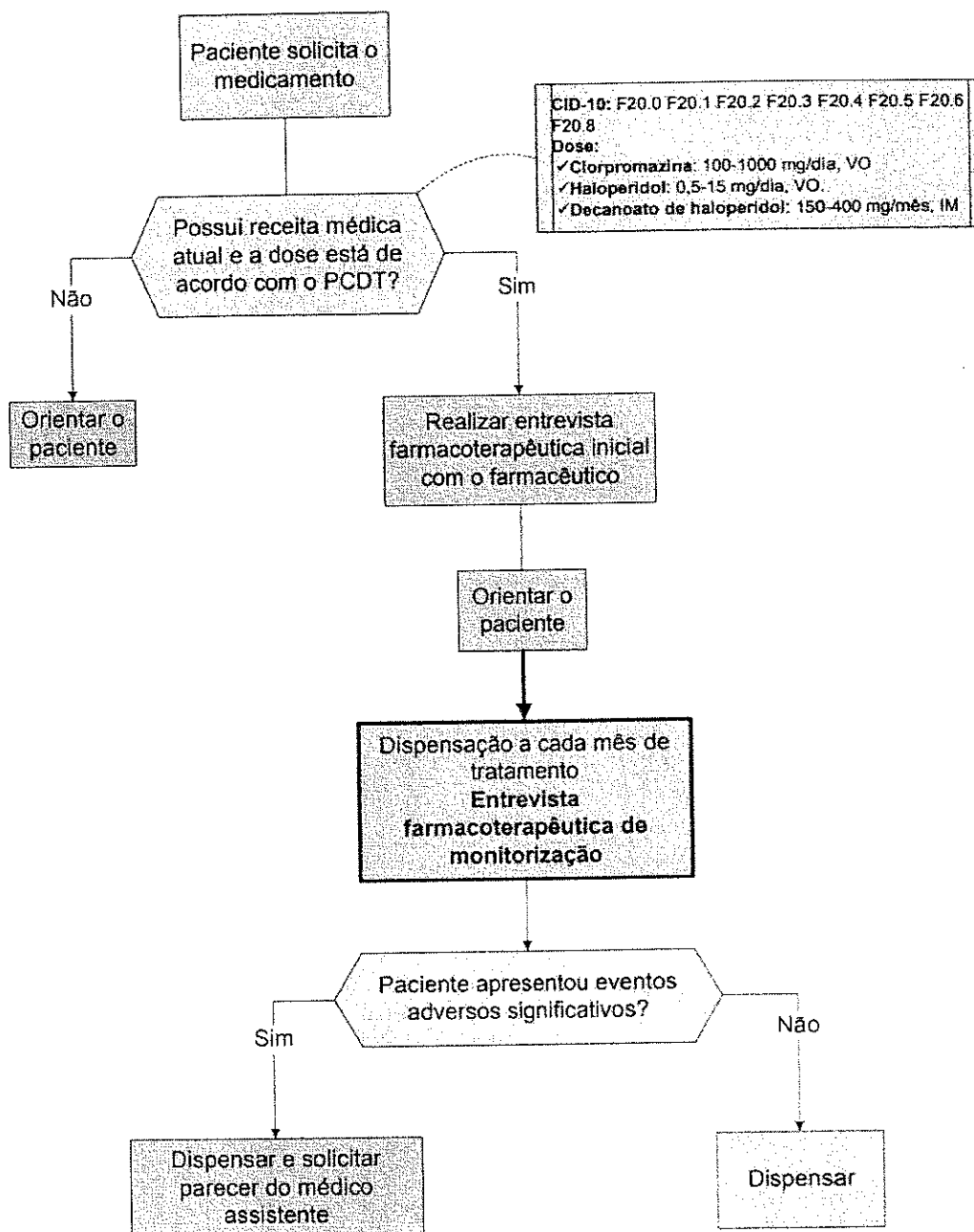
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO: ESQUIZOFRENIA

FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO ESQUIZOFRENIA



ANEXO B – FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE CLOZAPINA, HALOPERIDOL E DECANOATO DE HALOPERIDOL

FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE CLORPROMAZINA, HALOPERIDOL E
DECANATO DE HALOPERIDOL
ESQUIZOFRENIA



Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS Folha de Respostas

Paciente	Idade	Sexo
Escores: 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

Data	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
1. Preocupação somática									
2. Ansiedade									
3. Retraimento afetivo									
4. Desorganização conceitual									
5. Sentimentos de culpa									
6. Tensão									
7. Maneirismos e postura									
8. Ideias de grandeza									
9. Humor depressivo									
10. Hostilidade									
11. Desconfiança									
12. Comportamento alucinatório (alucinações)									
13. Retardamento psicomotor / motor									
14. Falta de cooperação com a entrevista									
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)									
16. Afeto embotado									
17. Excitação									
18. Desorientação									
Escore Total									