



CARTA AO EDITOR/LETTER TO EDITOR

Consentimento Informado na Eletroconvulsivoterapia: Reflexões sobre o Impedimento de Consentir

Informed Consent in Electroconvulsive Therapy: Reflections about Impediment to Consent

DANIELA VILAVERDE*¹, PEDRO MORGADO²

1. Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga, Braga, Portugal, <https://orcid.org/0000-0001-6517-0316>

2. Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal

Resumo

Perspetiva sobre a competência para dar consentimento informado, livre e esclarecido para a realização de eletroconvulsivoterapia na presença de doença mental grave com indicação para este tratamento.

Abstract

Perspective on the competence to give Informed Consent for electroconvulsive therapy in the presence of severe mental illness with indication for this treatment.

Palavras-chave: Competência Mental/legislação & jurisprudência; Consentimento Informado; Eletroconvulsivoterapia; Pessoas Mentalmente Doentes/legislação & jurisprudência

Keywords: Electroconvulsive Therapy; Informed Consent; Mental Competency/legislation & jurisprudence; Mentally Ill Persons/legislation & jurisprudence

Ao longo das últimas décadas, o modelo de relação paternalista em Medicina foi progressivamente substituído por um modelo de relação colaborativa que valoriza a autonomia do doente no respeito integral pelos Direitos Humanos e pela condição superior da dignidade humana.¹

Etimologicamente, o termo autonomia significa a condição de quem é autor de sua própria lei. A autonomia traduz a capacidade de o indivíduo decidir e agir com base nos seus objetivos, valores e crenças.

Na saúde, a autonomia relaciona-se com o princípio da autodeterminação, ou seja, da expressão consciente da vontade moral de uma pessoa quanto ao seu tratamento, baseada numa decisão informada, livre e esclarecida.

A permissão para submissão a determinado meio de diagnóstico ou de tratamento assenta legalmente e eticamente na figura

do consentimento informado. O consentimento informado pressupõe a divulgação da informação sobre o tratamento proposto, que envolva quer os riscos, quer os benefícios do mesmo, assim como a existência, os riscos e os benefícios de tratamentos alternativos. Prevê ainda que a informação tenha sido compreendida pelo doente (compreensão) e que este seja competente (competência) para decidir sobre o mesmo, de forma voluntária e não coerciva (voluntarismo), consentindo ou não com a intervenção (decisão).² Neste quadro, destacamos a competência, que se refere à capacidade de entender informação relevante, apreciar essa informação relativamente à sua doença, sendo capaz de elaborar um raciocínio lógico, que culmine na expressão da sua escolha.³

Dado que as pessoas com doença psiquiátrica se encontram numa situação de acrescida vulnerabilidade em matéria de

Recebido/Received: 2020-06-21

Aceite/Accepted: 2020-11-10

Publicado / Published: 2020-11-27

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Daniela Vilaverde | daniela.vvd@gmail.com | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga. Sete Fontes - São Victor, 4710-243 Braga | <https://orcid.org/0000-0003-3880-3258>

© Author(s) (or their employer(s)) SPPSM Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use./

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPPSM 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial..

saúde – seja pela maior exposição a situações de risco, seja pelas acrescidas dificuldades no acesso aos cuidados – têm sido empreendidos esforços significativos para promover e melhorar os cuidados em saúde mental, garantindo a proteção dos direitos fundamentais destes doentes.

Pela natureza das condições de saúde que integra, a psiquiatria é uma área em que, com relativa frequência, se verificam situações que interpelam a autonomia e a liberdade de escolha da pessoa com doença.

Quando se verifica uma redução marcada, permanente e irreversível da capacidade judicativa, como nos quadros de demência ou de incapacidade intelectual grave, aumenta a vulnerabilidade a situações de risco potencialmente lesivas para o interesse da pessoa doente pelo que, no sentido de salvaguardar o seu melhor interesse e garantir a especial proteção dos seus direitos e da sua dignidade, o ordenamento jurídico português regula o seu processo de decisão sobre diferentes aspetos da vida, incluindo os cuidados de saúde, através da Lei do Maior Acompanhado. Por outro lado, nas descompensações psicopatológicas de alguns quadros psiquiátricos sabemos que o doente não possui, a dado momento, o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento. Este facto constitui inclusivamente parte do pressuposto para se proceder ao seu internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental em Portugal.

Em Portugal, o tratamento por eletroconvulsivoterapia pressupõe a existência de um consentimento informado, mesmo em casos de internamento compulsivo.⁴ Sabendo que os quadros com indicações mais comuns para a eletroconvulsivoterapia são a depressão *major*,⁵ a doença bipolar,⁶ a catatonia associada a outras doenças psiquiátricas⁷ ou a psicose refratária ao tratamento farmacológico⁸ e atendendo aos domínios tipicamente afetados nestas patologias, é frequente colocar-se um dilema ético acerca da capacidade de o doente compreender e consentir sobre este tratamento em determinado momento.

Estes quadros são frequentemente caracterizados pela ausência de *insight*, alterações da forma, da posse e do conteúdo do pensamento, mutismo, negativismo e/ou flexibilidade cêrea, sintomas que prejudicam a capacidade de consentir.

No atual quadro legal, a inexistência desse consentimento veda o acesso ao tratamento mesmo quando a evidência sugere que este pode ser eficaz para a reversão das alterações psicopatológicas, devolvendo ao doente a sua saúde, a sua autonomia e a sua liberdade para a autodeterminação.

Por um lado, é legítimo questionar se a natureza das próprias patologias não é, per se, um impedimento para a necessária deliberação informada, livre e esclarecida. Por outro, importa refletir sobre as consequências da falta de acesso a um tratamento que pode mudar o curso da doença e da vida da pessoa.

Mesmo admitindo a inviolabilidade do princípio da autonomia, questiona-se que o acesso a um tratamento seja vedado pela inexistência de um consentimento quando este é impossibilitado pela própria doença. Aliás, é a consideração da excecionalidade deste impedimento de consentir que está na base do internamento compulsivo consagrado na Lei da Saúde Mental.

No Reino Unido, o *Mental Health Act* prevê as exceções em que a eletroconvulsivoterapia poderá ser aplicada sem consentimento do doente no âmbito do tratamento compulsivo.⁹ O *Mental Capacity Act* salvaguarda que a pessoa considerada incapaz de consentir para determinado ato num dado momento possa ser submetida a esse tratamento, caso se verifiquem cumulativamente quatro circunstâncias: se o tratamento for considerado no seu melhor interesse; se não existirem diretivas antecipadas de vontade que recusem o tratamento; se não existir um representante legal nomeado pelo doente para tomar decisões sobre a sua saúde; e se não tiver sido ou delegado nomeado pelo tribunal.¹⁰ A capacidade para consentir deverá ser reavaliada previamente a cada sessão e logo que o doente recupere a capacidade de consentir, assume a decisão sobre a continuidade do tratamento.

Em outros países (como os Estados Unidos da América ou a Austrália), caso o doente seja considerado incompetente para consentir, pode-se recorrer à determinação judicial para o tratamento.^{11,12}

Encontra-se também em discussão sobre a possibilidade de as diretivas antecipadas de vontade das pessoas com doença mental (em momentos de estabilização psicopatológica), poderem passar incluir a sua decisão sobre os diferentes tratamentos.

Num momento em que a Lei de Saúde Mental se encontra em revisão, é da maior relevância que esta questão seja clarificada no interesse da pessoa com doença psiquiátrica grave. A garantia de acesso a tratamentos que podem efetivamente fazer a diferença não pode continuar comprometida devido a uma limitação legal que é resultante de limitações da própria doença psiquiátrica que se pretende tratar.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M, Olmos R, Huici C, Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A. Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Front Psychol.* 2019;10:1–4. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01460
2. Amer AB. Informed Consent in Adult Psychiatry. *Oman Med J.* 2013;28:228–31. doi: 10.5001/omj.2013.67
3. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. Oxford: Oxford University Press; 1998.
4. Mota J. Eletroconvulsivoterapia no internamento compulsivo. *Rev Jurídica Portucalense.* 2017;21:332–53.
5. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2013 ;14:334–85. doi: 10.3109/15622975.2013.804195
6. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20:97–170. doi: 10.1111/bdi.12609
7. Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:1173. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.141
8. Zheng W, Cao XL, Ungvari GS, Xiang YQ, Guo T, Liu -R, et al. Electroconvulsive Therapy Added to Non-Clozapine Antipsychotic Medication for Treatment Resistant Schizophrenia: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. McKenna PJ, editor. *PLoS One.* 2016;11:e0156510. doi: 10.1371/journal.pone.0156510
9. Mental Health Act 2007. [consultado Abril 2020] Disponível em: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/pdfs/ukpga_20070012_en.pdf
10. Mental Capacity Act 2005. [consultado Abril 2020] Disponível em: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf
11. Kim H. Electroconvulsive therapy: a historical and legal perspective. *Am J Psychiatry Resid J.* 2018:10–1. doi: 10.1176/appi.ajp-rj.2018.130305
12. Scott R, Prowacki S. Insight and capacity to consent to electroconvulsive therapy. *Australas Psychiatry.* 2019;27:428–34. doi: 10.1177/1039856219852290