

Ética em psiquiatria forense: atividades pericial e clínica e pesquisa com prisioneiros

Forensic psychiatry ethics: expert and clinical practices and research on prisoners

José G V Taborda,¹ Júlio Arboleda-Flórez²

Resumo

Objetivo: Revisar as questões éticas mais relevantes do tripé que compõe a base da prática psiquiátrica forense: a atividade pericial, o tratamento de doentes mentais nas prisões e a pesquisa com sujeitos prisioneiros. *Resultados e Discussão:* Distinguem-se e confrontam-se os princípios da Ética Médica Geral com os da Ética Médica Forense e indicam-se os cuidados que o psiquiatra, tanto na função de perito quanto na de clínico, deve tomar para que os preceitos morais de sua profissão sejam observados. Faz-se, também, breve apanhado histórico da pesquisa com prisioneiros e indicam-se princípios básicos que, se respeitados, possibilitariam um equilíbrio entre a necessidade de realização de pesquisa em ambientes prisionais e a proteção dos direitos dos detentos. *Conclusão:* É essencial ao psiquiatra forense o conhecimento e observância dos princípios éticos que regem sua prática para que possa efetivamente respeitar os direitos básicos das pessoas que avalia, trata ou pesquisa.

Descritores: Psiquiatria legal; Ética em pesquisa; Experimentação humana terapêutica; Sujeitos da pesquisa; Direitos Humanos

Abstract

Objective: Review the most relevant ethical issues of the tripartite aspects on which forensic psychiatry is based: expert activity, treatment of the mentally ill in prisons, and research on prisoner subjects. *Results and Discussion:* The principles of General Medical Ethics and those of Forensic Medical Ethics are discriminated and confronted and the steps the psychiatrist should take both as an expert and as a clinician to follow the ethical principles of his profession are indicated. A succinct résumé of the research on prisoners is offered and the basic principles, which, if respected, would keep a balance between the need for carrying out research in prisional environments and the safeguard of prisoners' rights are suggested. *Conclusion:* It is fundamental for the forensic psychiatrist the knowledge and implementation of the ethical principles that govern his practice so that he will effectively respect the basic rights of the individuals he treats or researches with.

Descriptors: Forensic psychiatry; Ethics, research; Therapeutic human experimentation; Research subjects; Human Rights

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), Porto Alegre (RS), Brasil

² Departamento de Psiquiatria, Queen's University, Kingston, Ontário, Canadá

Correspondência

José G. V. Taborda
Rua Bororó, 55
91900-540 Porto Alegre, RS, Brasil
Telefone: (55 51) 3268-9694 Fax: (55 51) 3268-9695
E-mail: jose@taborda.med.br

Introdução

Denomina-se *psiquiatria forense* a interface entre a Psiquiatria e o Direito e, *psiquiatra forense*, o profissional que atua nesse domínio. Sendo ambas as disciplinas baseadas em princípios distintos e tendo objetivos diferentes - quando não antagônicos -, não causa surpresa que esse seja um campo propício ao surgimento de dilemas éticos importantes.¹

No presente artigo, serão examinadas algumas das atividades próprias da área potencialmente ensejadoras desses dilemas - a prática pericial em si e o tratamento de doentes mentais sob custódia do Estado, quer em hospitais psiquiátricos forenses, quer em penitenciárias. A primeira ocorre no âmbito forense propriamente dito, com o médico exercendo um papel determinado pelo juiz da causa ou contratado por uma das partes; a segunda, no *setting* penitenciário, sendo de natureza estritamente terapêutica. Observa-se, portanto, que a psiquiatria forense é uma forma muito singular de prática da medicina: no caso da avaliação pericial, não visa em absoluto que da intervenção médica decorra qualquer benefício para a pessoa examinada; na hipótese da abordagem terapêutica, a relação que se estabelece entre médico e paciente é necessariamente triangular, pois ambos estão direta e igualmente vinculados a um terceiro, a autoridade penitenciária.² Buscar-se-á, então, confrontar os princípios tradicionais da Ética Médica com os da Ética Médica Forense e indicar *quais* e *quando* devem prevalecer no caso concreto, pois se entende que, apesar de o psiquiatra forense estar comprometido com "dois senhores", deve orientar-se exclusivamente por uma única ética.¹

Na parte final, será abordado o delicado tema da pesquisa médica com prisioneiros, fazendo-se um breve apanhado histórico e ressaltando-se os cuidados éticos que devem orientar tal prática, posto que se constituem em grupo humano extremamente vulnerável.³⁻⁴

A ética da perícia

O desenvolvimento de referenciais éticos específicos para a psiquiatria forense é um fenômeno relativamente recente.⁵ Atualmente, os mais importantes autores concordam que o compromisso primordial do perito é com o sistema judicial.⁵⁻⁷ Além desse princípio básico, outros também devem ser observados, como o da veracidade (tanto em relação ao examinando, quanto em relação à autoridade que solicitou a perícia) e o do respeito pela pessoa (na forma como conduz a sua avaliação).⁶ Entretanto, esses princípios devem ser sopesados com outros, próprios da ética médica tradicional, como o da não maleficência, segundo o qual o médico deveria se preocupar em *primum non nocere*. Sob certas circunstâncias, este deve prevalecer. Um exemplo disso ocorre nos países em que existe a pena de morte. Como esta é aplicada somente em prisioneiros capazes, uma perícia pode ser determinada sempre que houver dúvidas sobre o estado mental do condenado. Nesse caso, a única alternativa condizente com a moral médica seria a do profissional se recusar a realizar a avaliação, uma vez que também é eticamente condenável mentir para preservar a vida do prisioneiro.

A seguir, uma síntese de recomendações éticas que o perito deve observar ao conduzir uma avaliação.

1. A Ética Médica Geral

Apesar de o primeiro dever do psiquiatra forense ser com o sistema legal, ele está submetido a todos os mandamentos éticos próprios da prática médica que não entrem em conflito

com os objetivos da perícia, uma vez que a sua condição de médico é indissociável da condição de perito.

Assim, deve manter uma postura de permanente respeito para com o examinando, bem como para com colegas que eventualmente o hajam atendido, abstendo-se de fazer quaisquer comentários durante a perícia e reservando todas as suas observações para o relatório pericial. Da mesma forma, deve o perito manter-se íntegro e ater-se aos limites do que observou e necessita relatar (*visum et repertum*), sendo condenável que se louve exclusivamente nas observações de relatores ou que omita fatos que considere prejudicial a qualquer uma das partes. Essas são as regras dos artigos 121 e 119 do Código de Ética Médica (CEM) brasileiro.⁸

Um outro ponto relevante diz respeito a que o profissional somente pode aceitar a peritagem em área na qual, de fato, seja experiente e qualificado. Assim não fosse, estaria praticando uma farsa, conduta moralmente inaceitável, mesmo que o CEM não se refira a ela de forma explícita. Deve-se, portanto, estar atento para distinguir *habilitação legal de capacidade técnica*, pois o psiquiatra somente poderá assumir o encargo pericial se tiver a necessária expertise na área objeto de controvérsia.⁹ Pode suceder, entretanto, que na localidade não exista profissional com tais características. Nesse caso, deverá deixar claro em seu relatório que, apesar de possuir habilitação legal para a prática da psiquiatria, não tem o necessário treinamento e experiência sobre o assunto em discussão.⁹ Esse tema consta das *Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry* (Diretrizes Éticas para a Prática da Psiquiatria Forense), da *American Academy of Psychiatry and the Law* (AAPL), que prescrevem, em sua Diretriz V, que "a perícia na prática da psiquiatria forense deve ser realizada apenas em áreas de real conhecimento, habilitação, treinamento e experiência".¹⁰

2. A apresentação do perito

No primeiro contato entre perito e examinando, em obediência aos princípios da veracidade e da honestidade é fundamental que haja uma clara apresentação do profissional. Para isso, um duplo enunciado deve ser realizado.¹¹ O primeiro consiste em uma afirmação positiva: "Eu sou o Dr. Fulano, psiquiatra, nomeado pelo Juiz para avaliá-lo como perito". O segundo, em uma afirmação negativa: "Apesar de médico, eu não estou aqui como seu médico".

O objetivo desses cuidados é, desde o início, estabelecer as regras da relação que se está criando. Como a função social do médico é intuitivamente conhecida por todos, é importante que o examinando tenha plena noção de que aquele médico, naquele momento, não está atuando exclusivamente de acordo com as normas morais que informam a profissão médica. Dessa forma, não haverá equívocos e, se permitir a avaliação, o faz porque deseja colaborar com o procedimento.

3. O conhecimento da finalidade da entrevista

O passo seguinte reside em certificar-se de que o examinando tem clara noção da finalidade da entrevista e de suas implicações. Decorre, igualmente, da observância do princípio da honestidade. Para tanto, o perito deverá informar-lhe, em linguagem clara e acessível, o porquê da perícia e quais as possíveis conseqüências processuais. É importante que não se satisfaça com respostas lacônicas, mas que estimule a pessoa a dizer em suas próprias palavras o que compreende do procedimento que está para se realizar, pois somente quem tem pleno entendimento de algo pode validamente consentir com o mesmo.

4. A confidencialidade

A seguir, deverá o perito esclarecer ao examinando que as informações que este vier a prestar não estão cobertas por sigilo. Muito ao contrário, se consideradas relevantes, mesmo que íntimas, deverão constar do relatório que encaminhará à autoridade judicial e as partes terão livre acesso a seu conteúdo, bem como a eventuais apontamentos e/ou gravações realizados durante as entrevistas. O profissional deve ter claro, porém, que a ausência de confidencialidade em relação aos protagonistas do processo (juiz, promotor e partes), bem como o fato de que, via de regra, o processo é público, não o libera para um comportamento inconfidente. Em relação a terceiros, deverá o médico manter a mesma discrição que observaria se houvesse colhido aquelas informações durante o transcurso de um atendimento clínico.

5. O consentimento esclarecido

Esta é outra questão ética relevante durante a realização de uma perícia e talvez seja a aplicação mais importante do princípio do respeito pela pessoa. Para que se perscrute a intimidade psíquica de alguém, mister se faz que seja obtida sua autorização. Isso não ocorrendo, está-se frente a uma invasão de privacidade. Há processos, entretanto, nos quais a mera determinação judicial é suficiente para que uma avaliação possa ser conduzida de forma eticamente correta, mesmo em face de recusa do sujeito. Os melhores exemplos são as perícias de responsabilidade penal e as de interdição. Nesses casos, a pessoa deve ser alertada pelo perito de que o exame deverá ser realizado, eis que há uma ordem judicial para tal, mas que sua recusa em colaborar poderá prejudicar as conclusões médico-legais. Nas avaliações prognósticas (de risco), nas quais o maior interesse no esclarecimento da situação é do próprio examinando, o consentimento válido do sujeito é imprescindível.¹¹ Em relação a examinandos incapazes, deve-se sempre buscar o consentimento de seu curador ou representante legal.

No Brasil e em países latinos, em função de nossas raízes culturais, nas quais o paternalismo tem maior peso, presta-se menos atenção à questão do consentimento, contrariamente às nações de origem anglo-saxã, nas quais o respeito à autonomia da pessoa adquire foro quase absoluto. Por isso, deve-se ter muito cuidado com esse aspecto ético da avaliação pericial, o qual, muitas vezes, é negligenciado. Nessa linha, as *Guidelines* da AAPL prescrevem em sua Diretriz III que "no início de uma avaliação pessoal, o examinando deve ser informado da natureza e objetivo da avaliação e dos limites da confidencialidade. Deve ser obtido o consentimento esclarecido da pessoa que será submetida a uma avaliação forense sempre que necessário e factível. Se o examinando não for capaz para dar consentimento, o examinador deverá observar as leis locais sobre a matéria".¹⁰

6. A imparcialidade

No sistema processual brasileiro, o perito, pessoa da estrita confiança do magistrado que preside o processo, tem a atribuição de examinar uma questão técnica estranha ao conhecimento de um jurista. Por essa razão, exige-se a mesma neutralidade do juiz, estando submetido às mesmas causas legais de impedimento e suspeição (artigos 134, 135 e 138, inciso III, do Código de Processo Civil).¹² Por neutralidade, entende-se tanto uma condição objetiva de ausência de qualquer interesse no caso em julgamento, quanto especial atenção às questões subjetivas, principalmente às de natureza contra-transferenciais.

Da exigência de imparcialidade decorre que o relatório pericial deve ser claro e objetivo. A objetividade, porém, pode ficar gravemente comprometida pelos sentimentos que a conduta ou histó-

ria do examinando produzem no espírito do avaliador, bem como pela natureza da relação que o perito desenvolve com o juiz da causa ou com os advogados das partes. Assim, o psiquiatra deve estar atento a sinais precoces de possível comprometimento de sua isenção, tais como intensa identificação ou rejeição à situação do examinando ou a revivescência de situações traumáticas sofridas pelo examinador. Uma outra possibilidade de quebra da imparcialidade ocorre com peritos que, extremamente identificados com a figura do magistrado, ao invés de realizar uma avaliação isenta, "julgam" a causa e conduzem suas conclusões ao veredicto "imparcial" que proferiram. Essa distorção pode ocorrer porque os peritos, em função de sua experiência, sabem os efeitos que as conclusões do laudo exercerão sobre a decisão do juiz.¹¹

O CEM, em seu artigo 118, veda ao médico "deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor (...)".⁸ A regra da imparcialidade e neutralidade não se aplica, no direito brasileiro, aos assistentes técnicos das partes. Como o próprio nome diz, eles "assistem" a parte ao longo do processo, não detendo o status de perito. Entretanto, apesar de comprometidos moralmente com um dos lados da causa, continuam obrigados a observar o princípio da veracidade e a manter a objetividade.

Nos países anglo-saxões, os fatos se passam de forma diferente, pois os peritos contratados pelas partes possuem esse status e estão obrigados a permanecer neutros. Assim, entende-se que a AAPL, em sua Diretriz IV, determine que "quando psiquiatras funcionarem como peritos em um processo judicial, devem aderir ao princípio da honestidade e buscar a objetividade. Embora possam ser contratados por uma das partes para um caso cível ou criminal, devem adotar esses princípios ao conduzir suas avaliações, correlacionar dados clínicos com critérios legais e expressar suas opiniões".¹⁰

7. Incompatibilidade entre assistência médica e perícia

Finalmente, deve-se observar que existe profunda incompatibilidade ética entre a assistência médica a um paciente e a realização de perícia nesta mesma pessoa. Ocorre que a relação médico-paciente é uma relação bilateral, na qual a lealdade do profissional destina-se a seu paciente. Dessa forma, todas as informações fornecidas por este estão cobertas pelo manto da confidencialidade. Na realização de uma perícia, entretanto, estabelece-se uma relação triangular entre perito-juiz-examinando, sendo que o compromisso primordial do primeiro é para com o sistema judicial. Assim, poderá ser desleal com seu paciente e não observar a regra do sigilo médico ou, ao contrário, ser desleal com o juiz da causa e não produzir um relatório objetivo e veraz. Além disso, deve-se pressupor que a antiga relação que mantém ou manteve com seu paciente é suficiente para impedir sua neutralidade. Por essa razão, o CEM estabelece em seu artigo 120 que é vedado ao médico "ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho".⁸ Deve-se ressaltar, porém, que não há incompatibilidade entre assistência médica e assistência técnica em um processo, uma vez que não se exige neutralidade dos assistentes técnicos, mas apenas veracidade e objetividade.

A ética no tratamento de prisioneiros

A maior dificuldade na condução de um trabalho terapêutico com prisioneiros eticamente correto é a inevitável questão do agenciamento duplo (*double agency*), pois o profissional deve lealdade a duas instâncias distintas: por um lado, ao prisioneiro, na verdade simplesmente um paciente necessitando de ajuda médica; por outro, à administração penitenciária, empregadora do psiquiatra e, também, órgão político da sociedade na qual o médico cidadão vive.⁴

A questão das múltiplas lealdades às quais se está cometido e dos múltiplos agenciamentos daí decorrentes é um ponto crucial em bioética. Lealdade é um compromisso voluntário de fidelidade a uma causa ou a uma pessoa, decorrente de um sentimento de dever. Nesse sentido, não se confunde com amor, nem deriva de estrita avaliação cognitiva de uma dada situação, mas implica profundo e total compromisso do Ser-afetivo e racional, consciente e inconsciente - a determinada ordem.¹³ Quando essas ordens entram em choque, ocorre um conflito de lealdades, que pode se manifestar nos mais diversos domínios, sendo os mais comuns o da confidencialidade e o da autonomia dos pacientes.

1. Confidencialidade

A regra da confidencialidade no *setting* penitenciário, mesmo em atividade puramente clínica, adquire matizes diferentes quando comparada ao exercício da medicina fora dos limites do sistema judicial. Essa alteração da norma geral ocorre por diversos fatores, os mais relevantes, sendo: 1) o já mencionado agenciamento duplo do médico, que faz com que divida sua lealdade entre o paciente e a administração penitenciária; 2) o fato de que lida com crimes (passados e, eventualmente, futuros); e, ainda, 3) a questão de eventual futura avaliação de periculosidade a que o detento será submetido para progredir de regime, obter liberdade condicional ou, se interno submetido à medida de segurança, a declaração de sua extinção.

A questão do agenciamento duplo somente pode ser minorada através de um prévio esclarecimento ao paciente, em obediência aos princípios de honestidade e veracidade, de que o médico também deve obrigações à administração penitenciária. Dessa forma, pode e deve garantir ao enfermo/detento que manterá sigilo de todos os fatos que digam respeito a sua condição pessoal, desde que não haja qualquer prejuízo à segurança penitenciária, pois só assim poderá quebrar a confidencialidade de fatos que tomar conhecimento sem que essa conduta se constitua em traição a seus deveres para com o paciente. Possibilidades a ensejar a revelação de segredo incluem o planejamento de graves violações da disciplina carcerária (fugas), ou mesmo de crimes (assassinato de rivais ou delitos comandados do interior do cárcere), os quais devem ser comunicados aos superiores hierárquicos do médico.

Por outro lado, em relação à prática de crime passado, deve-se observar a regra geral sobre sigilo que determina a comunicação à autoridade de "crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que (...) a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal".¹⁴ Crimes de ação pública são os delitos mais graves, cuja *persecutio criminis* se dá independentemente da vontade e interesse da vítima. Assim, essa é uma das causas de dever legal de quebra de segredo previstas no artigo 102 do CEM,⁸ desde que não exponha seu paciente a processo criminal (entenda-se: não foi ele autor ou cúmplice do delito). De qualquer forma, tendo em vista a peculiaridade

dos códigos de conduta que vigem entre os detentos, quaisquer quebras de sigilo devem ser acompanhadas de medidas de proteção, tais como preservação do anonimato e, se necessário, segregação da massa carcerária.

Uma derradeira questão relativa à confidencialidade diz respeito aos registros médicos dos detentos, os quais podem ser livremente examinados durante o processo de avaliação de periculosidade. Assim, embora seja vedado ao psiquiatra que realiza a assistência clínica participar concomitante ou posteriormente dos procedimentos que visam estabelecer risco, os quais interferirão no *status libertatis* do interno, suas observações poderão chegar ao conhecimento do perito. Dessa forma, o único meio de diminuir esse inconveniente moral é, novamente, a clara assertiva ao paciente de que seu prontuário poderá ser examinado no momento em que fizer jus a qualquer mudança de sua condição carcerária.¹⁵

2. Autonomia

O respeito ao princípio da autonomia relativamente a prisioneiros deve considerar uma peculiaridade muito especial, o de que se trata de uma população desprovida de sua mais valiosa manifestação, a liberdade física. Esse é um problema crucial da atualidade, pois o número de doentes mentais nas penitenciárias é crescente, tanto pelas precárias e estressantes condições carcerárias, quanto pela mudança do modelo de atenção psiquiátrica.¹⁶ Ocorre que a imensa maioria dessas pessoas é completamente capaz e, portanto, apta a fazer escolhas de natureza personalíssima, tais como recusar ou receber tratamento médico. O grande dilema ético que surge, pois, diz respeito ao tratamento involuntário.

Na abordagem desse tema, deve-se distinguir claramente os doentes mentais que se encontram internados em hospitais psiquiátricos forenses (ou em estabelecimentos que, a sua falta, os substituam) em cumprimento de medida de segurança detentiva para tratamento psiquiátrico, dos que se encontram nos presídios em cumprimento de pena. Aos primeiros, o tratamento involuntário é uma imposição judicial e a finalidade precípua da medida de segurança. Não há possibilidade, pois, de que não venha a ser aplicado. É claro que a diretriz terapêutica é uma prerrogativa do médico, dentro do exercício de sua autonomia profissional, não devendo se submeter a qualquer interferência externa. Por outro lado, é importante que, na medida do possível, obtenha a aquiescência e colaboração do paciente na execução do plano de tratamento, como forma de valorização e respeito do mesmo. Em relação, porém, aos criminosos comuns que vierem a apresentar transtorno mental, a situação é diferente. Quando a patologia superveniente não o incapacitar para a tomada de decisão, a sua escolha deve ser rigorosamente respeitada, como se fora um cidadão em gozo de plena liberdade. Somente será admitido o tratamento involuntário em patologias que afetem o discernimento ou nos casos em que houver "iminente perigo de vida" ao paciente, conforme a regra do artigo 46 do CEM.⁸ Nessa hipótese, estando aquela pessoa sob a responsabilidade da administração penitenciária, a essa incumbe autorizar a realização do tratamento.

3. Outro problema crucial

Infelizmente, os dilemas éticos no tratamento de prisioneiros não se esgotam nos temas da confidencialidade e da autonomia. Há um outro grave problema a demandar muita atenção dos médicos que trabalham em instituições penitenciárias: o do "tratamento" com finalidade outra que não terapêu-

tica, sendo possível que sejam solicitados a intervir em determinado prisioneiro como forma de controle disciplinar ou, ainda, de castigo. Situações como essas, na verdade, não configuram um choque entre deveres divergentes do psiquiatra, como nos casos anteriormente mencionados, uma vez que o valor disciplina é estranho à ordem médica e não há justificativa moral que enseje sua colaboração com esses procedimentos. Assim, atos dessa natureza são profundamente condenáveis do ponto de vista ético, sendo proscritos, direta ou indiretamente, por todas as entidades médicas em países democráticos.

Nessa linha, o CEM brasileiro⁸ estabelece que "a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano (...)" (artigo 1º) e que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo (...)" (artigo 2º) e, ainda, que "o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade" (artigo 6º).

Da mesma forma, a Declaração do Havaí II, em seu Princípio 7, proclama que "o psiquiatra nunca deve (...) violar a dignidade ou os direitos humanos de qualquer indivíduo ou grupo" e que "deve abster-se de utilizar os instrumentos de sua profissão quando ficar clara a não ocorrência de doença mental".¹⁷ Por outro lado, a Declaração de Madri reafirma, em seu Princípio 4, que "o tratamento deve sempre ser realizado no melhor interesse do paciente".¹⁸ Essa, também, a essência do Juramento de Atenas, proferido pelos profissionais de saúde que trabalham em prisões, pelo qual se comprometem a não "autorizar ou aprovar qualquer forma de punição física" e que seus julgamentos clínicos sejam baseados nas necessidades dos pacientes e tenha "prioridade sobre qualquer assunto não médico".¹⁹

Embora estranha à realidade brasileira, uma outra face dos "tratamentos" psiquiátricos com finalidades não terapêuticas pode se manifestar em casos de detentos condenados à pena de morte. Geralmente, a legislação desses países exige que o preso esteja em condições psíquicas de entender a punição que lhe será imposta. Assim, a psicose pode prevenir a execução. Nessas condições, o psiquiatra forense poderá ser chamado como perito para avaliar a capacidade do condenado ou, não restando dúvidas sobre sua enfermidade, a tratá-lo e torná-lo apto a ser executado. Sobre tal possibilidade, já se pronunciou formalmente a Associação Mundial de Psiquiatria, declarando "uma violação da ética profissional" a participação de psiquiatras em quaisquer atividades relacionadas a aplicação da pena capital.

A ética na pesquisa com prisioneiros

1. Fundamentos históricos

Desde os tempos de Ptolomeu, no antigo Egito, até a era moderna, prisioneiros têm sido usados como sujeitos de pesquisa.²⁰ Essa é uma prática comum nas nações desenvolvidas, detentoras de tecnologias capazes de gerar avanços do conhecimento científico, embora, algumas vezes, cientistas desses países buscassem captar recursos humanos em continentes mais pobres. Assim, Pasteur, em 1884, escreveu ao Imperador Dom Pedro II propondo testar sua vacina anti-rábica em prisioneiros condenados à morte. Sugeriu explicitamente que se estabelecesse uma espécie de contrato de risco, pois como "o condenado à morte só recebe a morte", se sobrevivesse

se teria sua vida poupada. O Imperador recusou a idéia, mas contrapropôs que se testasse uma vacina contra a febre amarela, em que os benefícios sociais seriam muito maiores,²¹ resposta bem característica da ideologia predominante à época, segundo a qual o bem comum justificaria a condução de experimentos em seres humanos sem o necessário respeito à sua autonomia.

Essa foi a tônica do pensamento até o final da 2ª Grande Guerra, período em que as pesquisas com prisioneiros foram exacerbadas. Por um lado, os horrores praticados por médicos nazistas em campos de concentração e por pesquisadores japoneses na célebre Unidade 731 da Manchúria chinesa,²² e, por outro, além das fronteiras do III Reich, o famoso experimento realizado no Estado de Illinois, nos Estados Unidos, em pleno esforço de guerra, quando centenas de detentos foram inoculados com malária visando descobrir métodos efetivos de prevenir e tratar essa moléstia que devastava as tropas americanas que operavam no Pacífico.²³

A indignação com o comportamento dos vencidos propiciou o surgimento do Código de Nuremberg, o qual não foi, porém, o primeiro esforço para regulamentar a pesquisa com seres humanos. Anteriormente, em 2 de março de 1900, o senador americano Jacob Gallinger apresentou projeto de lei regulamentando essa prática. Era um documento muito avançado, que exigia base científica prévia para a realização de qualquer pesquisa, a submissão do projeto a uma comissão independente, a exclusão de grupos vulneráveis como sujeitos de pesquisa e a necessidade de que fornecessem consentimento esclarecido, o que levou a sua não aprovação.²⁴ Na mesma época, em 1901, na Alemanha imperial, sob o impacto de pesquisas involuntárias conduzidas pelo ilustre professor de Venereologia, Albert Neisser, que injetou soro de pacientes sífilíticos em prostitutas não contaminadas, visando descobrir uma vacina contra a sífilis, o Ministério da Saúde daquele país elaborou o primeiro conjunto de normas reguladoras da pesquisa em seres humanos, nas quais preponderavam a necessidade de plena informação e de prévio consentimento do sujeito. Anos após, em 1931, o Ministério do Interior da Alemanha estabeleceu rígidas normas de controle de experimentos em seres humanos, sempre enfatizando a importância do respeito à manifestação de vontade dos potenciais sujeitos e sem fazer qualquer ressalva em relação a eventual condição de prisioneiros dos mesmos.²² Ironicamente, essas regras não foram revogadas pelo regime nazista e encontravam-se em pleno vigor durante toda a 2ª Guerra Mundial.

No pós-guerra, sob a influência de Nuremberg, buscou-se estabelecer regras para a pesquisa com seres humanos em geral e sua aplicabilidade a prisioneiros. Assim, a partir de princípios gerais enunciados pela *American Medical Association* basicamente, a necessidade de consentimento do sujeito, de prévia experimentação em animais e de cuidados e proteção médica durante o desenrolar da pesquisa, uma comissão designada pelo governador de Illinois considerou que os experimentos médicos em prisioneiros conduzidos naquele Estado adequavam-se plenamente aos princípios éticos estabelecidos. Essa manifestação, como não poderia deixar de ser, reforçou a tendência à utilização de prisioneiros como sujeitos de pesquisa, fato que veio a assumir proporções alarmantes nos Estados Unidos: estima-se que, até o final dos anos 60, cerca de 90% das pesquisas de Fase I com novas drogas eram conduzidas em prisões.²⁵

Na verdade, a partir de Nuremberg e até a década de 1970, constatou-se um grande viés na abordagem ética desse tema,

pois os pesquisadores limitavam-se a observar aspectos meramente formais da voluntariedade, ou seja, se o prisioneiro seria capaz, se havia sido informado e se não houvera qualquer coerção explícita para que tomasse sua decisão. Esses parâmetros, no entanto, mostraram-se altamente insatisfatórios como ficou demonstrado nos célebres casos de irradiação testicular em Oregon e Washington, pois omitiam um fator fundamental: o de que um prisioneiro, mesmo que plenamente capaz, é alguém privado de sua liberdade e submetido a um meio ambiente nos quais os valores próprios ao homem comum são facilmente subvertidos. Dessa forma, é um ser vulnerável e merecedor de medidas especiais de proteção.²⁶

Em função da intensidade dos abusos, alguns autores utilizaram-se de expressões como "*human guinea pig*"²⁵ e "*cheaper than chimpanzees*"²⁷ ao denunciar as condições nas quais os experimentos com prisioneiros estavam sendo levados a cabo. Não é de se estranhar, pois, que a proibição total desse tipo de pesquisa chegasse a ser defendido.²⁸ Ficou evidente, então, que novas regras seriam necessárias, as quais foram enunciadas em diversos documentos internacionais. A primeira foi a norma enunciada pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, comissão criada pelo Congresso americano, segundo a qual o prisioneiro sujeito de pesquisa deve estar em um cárcere caracterizado por condições de abertura tais que lhe possibilitem exercer sua voluntariedade em alto grau.²⁹ Posteriormente, o *Council for International Organizations of Medical Sciences* prescreveu que um prisioneiro sofrendo de grave doença ou em risco de, não poderia ser impedido de ter acesso a terapêuticas experimentais por essa específica condição de vulnerabilidade. Buscava prevenir, pois, que o excesso de proteção viesse, na prática, a causar prejuízos a quem buscava proteger.³⁰ Mais recentemente, as Nações Unidas, em seus Princípios para a proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de prisão, estabeleceu que "nenhum prisioneiro deve, mesmo com seu consentimento, ser sujeito de qualquer experimento médico ou científico que possa ser prejudicial a sua saúde."³¹

2. Situação atual e recomendações

Nas duas últimas décadas, a situação mudou substancialmente. O número de pesquisas com prisioneiros decresceu muito. As pesquisas de Fase I para o lançamento de novas drogas utilizam-se preferencialmente de pessoas "livres" e de nível socioeconômico inferior. No entanto, o problema não foi ainda solucionado em sua essência. Faltam definições claras sobre quais os parâmetros que devem regulamentá-lo. Sabe-se, desde já, que a mera invocação de variáveis tradicionais, tais como a capacidade da pessoa e a ausência de coação explícita são insuficientes. É fundamental, no mínimo, que se previna também a "compra" da aquiescência do sujeito de pesquisa, o que, em um ambiente carcerário, pode se concretizar através de pequenas e inimagináveis recompensas (melhor alimentação, transferência de alojamento), ou mesmo de vantagens explícitas e evidentes por si só (redução de pena, cuidados médicos, pagamento).²

Deve-se considerar, também, que prisioneiros são pessoas vulneráveis para pesquisa pela limitação de sua voluntariedade e pode-se questionar até que ponto seriam efetivamente livres para manifestar seu consentimento esclarecido. Além disso, prisioneiros doentes mentais são duplamente vulneráveis, tanto pelo seu "status" de prisioneiro, que afeta a voluntariedade, quanto pela condição de enfermidade mental, que pode comprometer sua capacidade.³²

Por outro lado, a prevalência de determinadas patologias é especialmente elevada na população prisioneira, dentre as quais podem ser mencionadas as doenças infecciosas, especialmente AIDS, e os quadros psiquiátricos como abuso e dependência química, depressão e suicídio.³³⁻³⁵ Dessa forma, a participação em pesquisas pode gerar benefícios diretos e imediatos (ao receber tratamento para uma determinada condição) ou indiretos (como categoria que tem um problema melhor estabelecido). É possível, também, que se beneficiem por se perceberem contribuindo para o bem comum, o que os confirmaria como pessoas ainda úteis à sociedade.³⁶

Dessa forma, para que se atinja um equilíbrio entre a necessidade de realização de pesquisa em ambientes prisionais e a proteção dos direitos dos detentos, os seguintes princípios básicos são propostos:¹⁻²

1) Incentivos para induzir à participação devem ser evitados

Cuidados médicos adequados e boa alimentação devem estar ao alcance de toda pessoa privada de liberdade e submetida diretamente ao poder do Estado e não devem ser utilizados para induzir à participação em pesquisa. O mesmo em relação à redução da pena e liberação de visitas. O pagamento, se houver, deve ser limitado ao que se costuma pagar aos demais prisioneiros pelas suas atividades laborais na prisão.

2) Deve-se distinguir pesquisa terapêutica de pesquisa não-terapêutica.

Essa distinção é necessária para que, em relação a pesquisas terapêuticas, não se prive nenhum prisioneiro de eventual benefício que poderia decorrer de seu recrutamento como sujeito de pesquisa. Em relação a pesquisas não-terapêuticas, o mais prudente seria o banimento completo dessa prática com prisioneiros até que uma regulamentação cuidadosa a permitisse em condições excepcionais. Nesse caso, além das cautelas com a indução indevida, deveriam ser observadas variáveis como a liberalidade do regime carcerário, a possibilidade de benefício futuro a vulneráveis similares e a legislação de cada país sobre capacidade.

3) Função pró-ativa dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs)

No Brasil, desde a edição da Resolução CNS Nº 196/96,³⁷ o controle da eticidade dos projetos de pesquisa e de sua execução é realizado de forma muito rigorosa. A composição dos CEPs compreende pessoas de diversos segmentos sociais, havendo total independência em suas deliberações. Dessa forma, deve ser estimulado que as instituições penitenciárias tenham seu próprio CEP, o qual deve funcionar em local estranho ao sistema. Sugere-se, também, que faça parte do mesmo, uma pessoa que já tenha sido prisioneiro.

Tendo em vista a vulnerabilidade dos detentos, eis que privados de parte de sua autonomia e voluntariedade, bem como o fato de que se encontram em ambiente propício a abusos, o CEP deverá avaliar cuidadosamente a validade científica do projeto submetido, a qualificação dos pesquisadores, a estimativa dos riscos, a relação risco/benefício, as regras de captação dos sujeitos, a garantia de confidencialidade, as salvaguardas para a manutenção dos dados em sigilo e eventual conflito de interesse entre os pesquisadores. Além disso, deverá ter uma postura pró-ativa ao fiscalizar a execução do projeto, não se limitando ao exame burocrático de relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, mas realizando inspeções locais sem prévia comunicação.

Conclusão

O conhecimento e a observância dos princípios éticos que regem a prática forense são essenciais ao médico que realiza perícias em pessoas envolvidas em processos criminais ou cíveis ou que recebe para tratamento indivíduos privados de sua liberdade, pois somente assim poderá estar seguro de respeitar seus direitos básicos de cidadão. Por outro lado, a realização de pesquisas biomédicas em prisões é uma necessidade de saúde pública, pois só através do conhecimento dessa realidade é que nela se poderá intervir de forma eficaz e benéfica ao grupo dos prisioneiros. Entretanto, o progresso da ciência deve se dar com a estrita observância de princípios éticos universais, de forma a que não se imponha a uma classe de sujeitos tão vulneráveis um ônus ainda maior que o do cumprimento de sua pena.

Referências

1. Arboleda-Flórez J. Forensic psychiatry: two masters, one ethics. *Die Psychiatrie*. 2005;2:153-7.
2. Taborda JG, Arboleda-Flórez J. Forensic medicine in the next century: some ethical challenges. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1999;43(2):188-201.
3. Verdun-Jones SN, Weisstub DN, Arboleda-Flórez J. Prisoners as subjects of biomedical experimentation: Examining the arguments for and against a total ban. In: Weisstub DN. *Research on Human Subjects*. Oxford: Elsevier Science (Pergamon); 1998. p. 328-54.
4. Arboleda-Flórez J, Taborda JGV. Princípios éticos aplicáveis na prática da psiquiatria forense. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
5. Weinstock R, Gold LH. Ethics in forensic psychiatry. In: Simon RI, Gold LH. *Textbook of Forensic Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
6. Appelbaum PS. A theory of ethics for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1997;25(3):233-47.
7. Weinstock R. A theory of ethics for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1998;26(1):151-6.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.246/88 (Código de Ética Médica). Diário Oficial da União, 26 jan 1988.
9. Miranda-Sá Jr LS, Bayardo E, Bayardo G. Ética na perícia psiquiátrica. In: Moraes T. *Ética e Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA; 2001.
10. American Academy of Psychiatry and the Law. Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry. Atlanta: Semiannual Meeting; 2005.
11. Taborda JGV. Exame pericial psiquiátrico. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Brasil. Lei Nº 5.869/73 (Código de Processo Civil). Diário Oficial da União, 17 jan 1973.
13. Dwyer J. Conflicting loyalties in the practice of psychiatry: some philosophical reflections. In: Simon RI. *Review of Clinical Psychiatry and the Law*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
14. Brasil. Decreto-lei Nº 3.688/41 (Lei das Contravenções Penais). Diário Oficial da União, 31 dez 1941.
15. Kantor JE. Psychiatric ethics in the correctional setting. In: Rosner R. *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. 2nd ed. London: Arnold; 2003.
16. Butler T, Andrews G, Allnutt S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(3):272-6.
17. World Psychiatric Association. Declaration of Hawaaii II. Viena: 7th World Congress of Psychiatry; 1983.
18. World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. Madri: 10th World Congress of Psychiatry; 1996.
19. International Council of Prison Medical Services. Oath of Athens. Atenas: Inaugural Meeting; 1979.
20. Arboleda-Florez J. The ethics of biomedical research on prisoners. *Curr Opin Psychiatry*. 2005; 18(5):514-517.
21. Vieira S, Hossne WS. Experimentação em Seres Humanos. São Paulo: Moderna; 1987.
22. Capron AM. Human Experimentation. In: Veatch RM. *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett; 1997.
23. Rothman DJ. Strangers at the Bedside: a History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic Books; 1991.
24. Lederer SE. Subjected to Science: Human Experimentation in America Before the Second World War. Baltimore: John Hopkins Press; 1995.
25. Adams A, Cowan G. The human guinea pig: how we test new drugs. *World*, 5 dec 1971.
26. Arboleda-Florez J. Ethical issues regarding research on prisoners. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1991;35(1):1-5.
27. Mitford J. Kind and Usual Punishment: the Prison Business. New York: Alfred A. Knopf; 1973.
28. McCarthy CM. Experimentation on prisoners. *N England J Criminal Civil Commit*. 1989;15:55-8.
29. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Report and Recommendations: Research Involving Prisoners. Washington: DHEW; 1976.
30. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Humans Subjects. Geneva: WHO; 1993.
31. United Nations. Declaration on the Protection of All Persons from Being Subjected to Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York: Author; 1975.
32. Roberts LW, Roberts B. Psychiatric research ethics: an overview of evolving guidelines and current ethical dilemmas in the study of mental illness. *Biol Psychiatry*. 1999;46(8):1025-38.
33. Tye CS, Mullen PE. Mental disorders in female prisoners. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(3):266-71.
34. Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29(1):68-73.
35. Remartinez EJ, Planelles Ramos MV, Garcia Guerrero J. Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española (1994-2004). *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79(6):673-82.
36. Roberts LW. Informed consent and capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):705-12.
37. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos). Diário Oficial da União, 16 out 1996.