

AUTONOMIA DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL, DIRETIVAS ANTECIPADAS PSIQUIÁTRICAS E CONTRATO DE ULISSES*

Eduardo Rocha Dias¹

Geraldo Bezerra da Silva Junior²

Resumo: Pretende-se neste estudo examinar a autonomia das pessoas com transtornos mentais e como ela pode ser assegurada por meio de diretivas antecipadas psiquiátricas e do chamado contrato de Ulisses. A pesquisa é de cunho bibliográfico, qualitativo e exploratório. Para esse fim, inicialmente, se examina o tema das diretivas antecipadas em geral e da possibilidade de sua adoção em caso de qualquer doença e não apenas em situações de terminalidade. Apresenta-se também o chamado contrato de Ulisses e suas diferenças em relação às diretivas psiquiátricas. Passa-se, em seguida, ao exame de revisões de literatura que apontam para os benefícios e os limites das diretivas em matéria de cuidados psiquiátricos. Examina-se a seguir a compatibilidade de tais manifestações de vontade com o direito brasileiro, concluindo-se que podem ser adotadas desde que observadas as disposições do Código de Ética Médica além de limites decorrentes da proteção à vida, à segurança e à saúde das pessoas com

* Anteriormente publicado em: MENEZES, Joyceane Bezerra de; TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *Autonomia privada, liberdade existencial e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Fórum, 2019. p. 137-150. ISBN 978-85-450-0585-8.

¹ Doutor em Direito pela Universidade de Lisboa. Mestre em Direito pela Universidade Federal do Ceará. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Fortaleza. Procurador Federal.

² Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e da Universidade de Fortaleza. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

transtornos mentais. Mostra-se indispensável também a edição de lei regulando os limites que tais manifestações podem vir a ter, sua forma, a maneira de as registrar e como os profissionais de saúde podem ter acesso a elas.

Palavras-Chave: Doenças mentais - Autonomia – Diretivas antecipadas psiquiátricas – Contrato de Ulisses.

Autonomy of persons with mental illness, psychiatric advanced directives and Ulysses contract

Abstract: This article aims to analyze autonomy of persons with mental illnesses and how it can be achieved by means of psychiatric advanced directives and Ulysses contracts. It is founded upon a bibliographic, qualitative and exploratory research. It begins by assessing advanced directives in general and the possibility of their adoption in case of any disease and not only when there is a terminal illness. The text introduces Ulysses contracts and points out to its differences in relation to advanced psychiatric directives. Next, it outlines some literature review's conclusions concerning benefits and limits of such instruments as far as psychiatry is concerned. The compatibility of the above mentioned instruments with Brazilian law is then examined. The article comes to the conclusion that advanced directives and Ulysses contracts can be issued as long as they not breach Medical Ethics nor the protection to life, safety and health that derive from the Constitution and laws. It also stresses the need of a statute regulating the limits of such instruments, their form, how they must be registered and how healthcare professionals will have access to them.

Keywords: Mental illness - Autonomy – Psychiatric advanced directives – Ulysses contract.

INTRODUÇÃO



tema da autonomia das pessoas com transtornos mentais mostra-se controvertido. Não se está a referir às pessoas com deficiência intelectual ou psíquica, protegidas pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, assinada em Nova Iorque em 2007, e aprovada no Brasil por meio do Decreto Legislativo 186, de 09 de julho de 2008, segundo o procedimento do § 3º do art. 5º da Constituição, ou seja, com *status* de emenda à Constituição, e promulgada pelo Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009. Em relação a elas se exige a presença de impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com uma ou mais barreiras pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A propósito, a Organização das Nações Unidas adotou, por meio da Resolução 46/119, de 17 de dezembro de 1991, Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (UN, 1991). Após referir uma cláusula geral de limitação, no sentido de que os direitos expressos na resolução somente poderão ser limitados nos termos da lei, para proteger a saúde ou a segurança da pessoa interessada ou de terceiros, ou a segurança pública, a saúde, a ordem, a moral, direitos e liberdades fundamentais de outros, consagra, em seu Princípio 1, liberdades fundamentais e direitos básicos, como o direito à melhor assistência disponível em saúde mental, o respeito à dignidade, à proteção contra exploração, abusos físicos e tratamento degradante, e à não discriminação. Exclusões ou limitações que anulem ou dificultem o desfrute igualitário de direitos não são admissíveis, salvo se se tratarem de medidas especiais que tenham por finalidade única a proteção dos direitos ou a garantia do desenvolvimento das pessoas com problemas de saúde mental. Toda pessoa com

transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e por outros instrumentos internacionais.

No Brasil, há a estimativa de que vinte e três milhões de pessoas necessitam de algum cuidado em saúde mental, sendo que aproximadamente cinco milhões de pessoas padecem de transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2013).

A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, modificou a forma de encaminhamento do problema, buscando proteger os direitos das pessoas acometidas de tais distúrbios e também redirecionar a assistência em saúde mental, restringindo a internação em manicômios (BARROS, SERAFIM, 2009, p. 175). A partir de tal diploma, se previram três modalidades de internação da pessoa com transtorno mental: a voluntária, com consentimento do indivíduo; a involuntária, que se dá sem consentimento da pessoa e a pedido de terceiro, e a compulsória, decorrente de determinação judicial.

No caso da internação voluntária, é prevista declaração da pessoa assentindo com tal modalidade de terapia. Na internação involuntária, falta o discernimento para decidir, razão pela qual alguém deve decidir por ela, normalmente um familiar, na forma do art. 1.775 do Código Civil³. Ao médico, por outro lado, cabe decidir quando a família não está presente ou quando o risco de não internação é extremo, com base no dever de beneficência. Trata-se normalmente de situações em que estão presentes agressividade, risco de suicídio, recusa alimentar e não adesão ao tratamento.

A Lei 10.216/2001, portanto, considera relevante a

³ “Art. 1775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito. §1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto. § 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos. § 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador”.

vontade da pessoa, manifestação da sua autonomia, salvo situações extremas em que a sua vida ou a de outros corre perigo, mostrando-se compatível com os princípios consagrados pela Resolução 46/119 das Nações Unidas.

Este respeito à autonomia se manifesta também em instrumentos que não são muito referidos no Brasil, as diretivas antecipadas psiquiátricas e o chamado contrato de Ulisses.

O tema das diretivas antecipadas é mais comumente tratado em relação a um momento de terminalidade da vida, em que falta competência decisória ao indivíduo, que assim busca definir previamente os tratamentos a que quer e não quer ser submetido. Mas, e no tocante a outras doenças, como os transtornos mentais? É possível também adotar diretivas para um futuro momento em que a pessoa não tenha discernimento para decidir? Em países anglo-saxões, mas não apenas, como se verifica no recente *Mental Healthcare Act*, de abril de 2017, da Índia, há referências às *psychiatric wills* ou *psychiatric advanced directives*, instrumentos que pretendem proteger o paciente da psiquiatria, definindo previamente os tratamentos que serão adotados, impedindo determinadas condutas médicas, com as quais o paciente não concorda. Este é um ponto delicado na discussão: como saber se determinada pessoa está em condições de decidir, por si só, se necessita ou não de tratamento, mesmo que haja indicação médica para tal?

Considere-se a situação de um publicitário ou um artista, acometido de transtorno bipolar, e que decida deixar de tomar a medicação para, na fase de mania, ou de euforia, tornar-se mais criativo. Cabe respeitar essa manifestação volitiva ou impor-lhe limites em razão dos riscos que decorrem da crise que se poderá instalar? Se familiares ou o médico psiquiatra se opuserem a esse desejo, poderão impor as medidas que julgarem mais adequadas mesmo contra a vontade da pessoa? Que medidas podem ser adotadas pelos familiares ao perceberem que a pessoa deixou de tomar a medicação?

O contrato de Ulisses, por sua vez, visa proteger o paciente da psicose, antecipando seu consentimento para um futuro tratamento, bloqueando sua recusa posterior, quando se encontrar em uma situação de crise ou prestes a nela ingressar, ou seja, trata-se de determinar a prioridade da vontade anterior sobre a futura, impondo a um prestador de serviços de saúde que adote determinadas medidas ou tratamentos visando evitar ou remediar uma crise, mesmo que o paciente se negue. O caso mais típico é o da recusa em tomar medicação, em virtude de considerar que sua situação está controlada. Entretanto, é justamente a medicação que impede as crises.

As diretivas antecipadas psiquiátricas e o contrato de Ulisses, portanto, têm aplicação no caso de doenças mentais crônicas e cíclicas, que geram intervalos de lucidez entre crises, como o transtorno bipolar e a esquizofrenia.

Este estudo almeja distinguir tais instrumentos e também destacar suas diferenças em relação às diretivas antecipadas tradicionais, examinar sua compatibilidade com o ordenamento jurídico brasileiro e o possível conteúdo que podem vir a veicular. Para tanto, far-se-á uma pesquisa bibliográfica e qualitativa, de cunho exploratório, buscando em revisões de literatura já realizadas identificar os principais problemas legais, éticos e práticos envolvendo o tema.

2 DIRETIVAS ANTECIPADAS EM SAÚDE MENTAL E CONTRATO DE ULISSES

As diretivas antecipadas, conforme Dadalto et alli (2013, p. 464), são um gênero de manifestações de vontade para tratamento médico. Destacam, como espécies principais, o testamento vital e o mandato duradouro. O primeiro (*living will*), que teria sido proposto inicialmente em 1969 por Luis Kutner, visa garantir o direito individual a evitar um prolongamento inútil da vida em caso de situação terminal ou ainda de estado vegetativo

persistente. Já o segundo (*durable power of attorney*) consiste na nomeação de um procurador para tomar decisões pelo indivíduo relativamente a tratamentos médicos quando este não for mais capaz, de forma temporária ou permanente. No Brasil, não há lei sobre o tema, tendo o Conselho Federal de Medicina editado a Resolução 1.995, de 2012, para tratar da matéria no âmbito restrito da conduta profissional dos médicos e de sua responsabilidade disciplinar perante os conselhos. Tal resolução foi objeto de uma ação judicial, já decidida em primeira instância, favoravelmente à manutenção dos termos do ato, mas houve recurso que aguarda atualmente julgamento no Tribunal Regional Federal da 1ª Região, em Brasília⁴.

La Fond e Srebnik (1999, p. 919) iniciam a abordagem do tema já destacando que as diretivas antecipadas são um gênero, pelo qual o paciente exprime suas preferências para um futuro tratamento no caso de se tornar incompetente ou não ter condições de expressar sua vontade, sendo as diretivas antecipadas em saúde mental uma de suas espécies, em que se especificam essas preferências em relação a um momento de crise futura em que a pessoa não pode comunicá-las.

Os mesmos autores relatam que nos Estados Unidos, apesar de ser mais frequente a adoção de diretivas antecipadas no tocante a pacientes terminais, discute-se e defende-se sua adoção também em matéria de cuidados com a saúde mental, notadamente para doenças em que há intervalos de lucidez entre crises. Na época em que publicaram seu artigo, eles aludiram à existência de leis em praticamente todos os estados da Federação norte-americana tratando das diretivas antecipadas em saúde mental. Destacaram que os problemas levantados pelo tema se prendem à definição da competência do indivíduo para dispor sobre os cuidados a que e a que não quer ser submetido, ao que

⁴ O andamento do processo no Tribunal Regional Federal da 1ª Região pode ser acompanhado no link <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=10398620134013500&secao=TRF1&pg=1&enviar=Pesquisar>.

é necessário para que as diretivas sejam conhecidas e cumpridas fielmente e ao impacto que geram para pacientes e para os serviços de saúde (1999, p. 919).

Destaca-se a existência de três modalidades de diretivas antecipadas em matéria de saúde mental: *instructional directives*, *proxy directives* e *hybrid directives* (CAMPBELL, KISELY, 2009). Nas primeiras, o paciente, em um momento de lucidez, comunica instruções a serem seguidas por prestadores de saúde no momento em que se encontrar em uma situação de crise e incompetente para decidir. Podem conter instruções sobre hospitalização, métodos para lidar com emergências, como contenção (*restraint*), sedação e isolamento, medicação a ser ministrada (incluindo dosagem, frequência e métodos para subministração), abordagens terapêuticas (como terapia eletroconvulsiva e psicoterapia), pessoas a serem notificadas no caso de hospitalização e pessoas que devem assumir cuidados com filhos, com assuntos pessoais e financeiros do paciente. Há que se pesar, entretanto, que as diretivas do paciente não podem ir contra os preceitos éticos da Medicina nem determinar condutas terapêuticas não-preconizadas pelas diretrizes médicas ou que não sejam baseadas em evidências científicas, ou seja, o indivíduo não pode determinar um tipo de tratamento que não esteja de acordo com as recomendações médicas. O “não-tratamento” também poderia ser assegurado pelas diretivas antecipadas, porém em alguns casos de doença psiquiátrica corre-se o risco de pôr a vida de terceiros em risco. Aqui inicia-se outro tópico conflituoso, uma vez que não se poderia obrigar a pessoa a se submeter a tratamento a despeito de sua vontade de não o fazer.

Nas *proxy directives*, o paciente nomeia um procurador para tomar decisões em seu lugar quando se encontrar em uma situação de incompetência. Trata-se de medida assemelhada à efetivação de um mandato duradouro, medida prevista pelo § 1º do art. 2º da Resolução CFM 1.995 de 2012. Como muitas vezes é difícil antecipar as medidas que serão mais adequadas à

situação do paciente, é mais frequente a designação de um procurador para tomar decisões a respeito do que estabelecer instruções prévias (LA FOND, SREBNIK, 1999, p. 920). A decisão do procurador pode levar em conta um *standard* de “julgamento substitutivo” (*substitutive judgement standard*), agindo como o paciente agiria se estivesse em condições de tomar decisões, ou um *standard* de melhor interesse (*best-interest standard*), agindo de forma a efetivar a medida que se mostra no melhor interesse do paciente, de acordo com a visão do mandatário.

A lei, se existente, ou os termos da diretiva podem vir a limitar os poderes do procurador, impedindo certas medidas mais drásticas, como cirurgias invasivas ou contenção. Entretanto, no caso de iminente risco ou ameaça a terceiros, a contenção deveria ser assegurada, independente das diretivas antecipadas, podendo-se aplicar, no caso brasileiro, a internação involuntária, na forma da Lei 10.216/2001.

Já as diretivas híbridas aproveitam as vantagens das modalidades anteriores, combinando a nomeação de um procurador com o estabelecimento de determinadas medidas a serem (ou não) adotadas por ele, assegurando assim certa flexibilidade de forma a adequar o tratamento à situação do paciente mas sem deixar de fixar instruções ao mandatário.

No recente *Mental Healthcare Act*, de 2017, da Índia (ÍNDIA, 2017) as diretivas são previstas em seu Capítulo 3, Seção 5, que as define como a especificação, por qualquer pessoa, desde que não seja menor de idade, de alguma ou de todas as seguintes medidas: a) da maneira pela qual a pessoa deseja ser cuidada e tratada em relação a uma doença mental; b) da maneira pela qual a pessoa não deseja ser cuidada e tratada em razão de uma doença mental; c) do indivíduo ou dos indivíduos, em ordem de precedência, que a pessoa quer nomear para agir(em) como seu representante.

Não se pode deixar de destacar a contradição que parece estar presente nas diretivas antecipadas psiquiátricas, ao buscar

conciliar aspectos a princípio inconciliáveis, a autonomia do paciente para decidir e a adoção de medidas com as quais ele pode discordar em um momento de crise (SARIN, 2012). Saudadas inicialmente como o “ramo de oliveira” da prática psiquiátrica, por resgatarm a dimensão de autonomia do paciente com trans-torno mental, as diretivas antecipadas não deixam, porém, de ensinar problemas práticos e éticos relevantes.

Uma contradição conceitual é quanto à aceitação ou não da realidade da doença mental. Para os que negam a doença mental como uma realidade médica, as diretivas antecipadas permitem “proteger o paciente da psiquiatria”, revestindo-se de um conteúdo negativo, ao estabelecerem aquilo que a pessoa não quer que seja feito, o que pode ensejar conflito com a visão que médicos, a sua família ou a sociedade têm a respeito. Levando-se em consideração que muitas doenças psiquiátricas melhoram com o tratamento, propiciando que a pessoa leve uma vida normal, a negação da doença só “atrapalha” o tratamento e a readaptação/reinserção do indivíduo na sociedade. Então, por este prisma, as diretivas funcionariam mais como um empecilho ao tratamento e não como uma ferramenta a favor do paciente.

Já para os que aceitam a realidade da doença mental e querem ver-se livres de suas consequências, as diretivas antecipadas, sobretudo sob a forma de contrato ou cláusula de Ulisses, permitem antecipar o consentimento para tratamentos que a pessoa considera adequados, mesmo que em um momento de crise a vontade manifestada se encaminhe em direção oposta (ARA-ÚJO, 2017, p. 3), uma vez que muitas reações, durante um surto psiquiátrico, não são realizadas em sã consciência, podendo mesmo ser na direção oposta ao que o paciente considera mais adequado quando “fora” do surto. O nome do instituto foi atribuído em virtude do episódio constante da Odisseia em que Ulisses instrui seus companheiros a amarrá-lo ao mastro de seu navio a fim de que possa ouvir o canto das sereias e não ser por ele atraído para a morte. Ulisses também determinou que seus

apelos futuros para ser desamarrado fossem desconsiderados. Há aqui, portanto, dois momentos, o prévio ao encontro com as se-reias e aquele em que Ulisses, enfeitiçado, determina a seus companheiros que desobedeçam a vontade anteriormente emi-tida.

Em uma perspectiva mais ampla, o contrato de Ulisses permite proteção contra a *acrasia* (SPELLECY, 2003, p. 374-375; ARAÚJO, 2017, p. 169), ou seja, a fraqueza da vontade ou a dissonância entre a conduta do agente e suas convicções, levando a um processo causal que gera consequências mais graves. Pense-se na hipótese da recaída ou da crise em virtude de se interromper o tratamento. A diferença entre o contrato de Ulisses e as diretivas antecipadas psiquiátricas reside no fato destas últimas se ativarem em um momento futuro em que o paciente não está competente para decidir, enquanto aquele tem utilidade para um momento em que o paciente ainda tem competência decisória para manifestar sua recusa mas se iniciaram os sintomas de uma recaída. Assim, médico e paciente previamente definem que, se presentes determinadas condições, no caso os sintomas de uma recaída, o psiquiatra poderá invocar os termos do contrato Ulisses para adoção de uma providência que quebre o ciclo vicioso de recaída, hospitalização, alta, nova recaída e assim por diante (SPELLECY, 2003, p. 375).

Uma forma apropriada de contrato Ulisses pressupõe sua adoção em um momento de remissão da doença, em que o paciente tenha competência para decidir, em conjunto com o médico e com o apoio de familiares e/ou companheiro(a)(s), que possam informar os sinais de recaída, no caso de uma doença mental cíclica severa (transtorno bipolar e esquizofrenia, por exemplo), que responda a tratamento e que conte com um histórico de recaídas. A experiência prévia do sujeito, no caso a experiência negativa de uma crise e de eventual hospitalização, além de outras consequências que dela tenham advindo, auxilia na formulação das medidas a serem adotadas e na defesa da

irrevogabilidade do pacto, auxiliando a pessoa a compreender os riscos que corre e as medidas necessárias para evitá-los (ARA-ÚJO, 2017, p. 178). Deve haver um prazo para vigência do contrato e a possibilidade de revisão do pacto e mesmo de sua revogação posterior, desde que não seja em um momento de recaída. Dentre os sinais que ativam o contrato, tem-se a recusa em tomar medicação ou a recusa em ver o psiquiatra (SPELLECY, 2003, p. 375).

Na lei indiana, acima referida, se verifica claramente a abertura para essas duas perspectivas, ao referir a possibilidade de definir a maneira pela qual a pessoa quer e não quer ser tratada. Há aqui, portanto, um problema moral e ético: a visão de mundo da pessoa é que vai moldar o alcance das diretivas em matéria de saúde mental, podendo fazer delas, na verdade, um “arbusto espinhoso”. Outro aspecto é quando a lei insere na relação entre médico e paciente a atuação do Estado e a imposição de determinadas condições e limites para escolha dos tratamentos, seja quando o prestador for público, seja quando se tratar de um prestador privado. Neste ponto, há que se entender que, dependendo da situação de doença em que o indivíduo se encontre, dentro da ética médica, independente de diretivas e de leis, por exemplo, havendo risco iminente de morte e havendo tratamento curativo, o médico tem por obrigação empregar esforços no sentido de salvar aquela vida. Há, portanto, um conflito de interesses, ético, entre as diretivas do paciente, o ordenamento jurídico e a ética médica, que enseja profundas discussões.

Outro problema é a definição do “eu real” que deve prevalecer e que tem competência para decidir: o “eu” que define as medidas a serem adotadas ou o “eu” para as quais elas se destinam, em um momento de crise. Interessantes neste domínio são as críticas ao mito da individualidade e da autonomia da pessoa, oriundas da neurociência e da economia comportamental e que são bem exemplificadas por Yuval Harari (2015, p. 290 e

seguintes)⁵. A tendência, ou regra, porém, é a manutenção de um controle unificado, um único *self*, de forma a garantir que o trabalho de manter a vida tenha êxito (DAMÁSIO, 2000, p. 288). As falhas humanas e distúrbios, como o de múltipla personalidade, apontam, no entanto, para os limites de um *self* único e contínuo. Daí porque, como afirma Araújo (2017, p. 167), no contrato de Ulisses deve-se olhar menos para o contratante, e sua vontade manifestada na iminência de uma crise, e mais para o contrato, e a determinação que nele se contém, no sentido de resguardar a pessoa, por meio da adoção das medidas nele definidas. Como muitos sintomas prévios de uma recaída ocorrem antes de se poder considerar a pessoa como incapacitada para decidir, há quem considere que se trata de uma medida paternalista. Esperar, porém, que a pessoa se torne incompetente para decidir ou se encontre em um estado de perigo para si mesma ou os outros pode ser tarde demais (SPELLECY, 2003, p. 376). Daí a função do contrato de Ulisses, de proteger a pessoa contra suas próprias inconsistências volitivas, que geram ou podem gerar lesões a seus interesses e a seu plano de vida (ARAÚJO, 2017, p. 166).

Estudos no campo da economia apontam para a existência de comportamentos dinamicamente inconsistentes e de situações que afetam a capacidade de autocontrole (THALER,

⁵ A propósito, veja-se o caso, narrado por Yuval Harari, de pacientes que, por uma razão ou outra, tiveram seus hemisférios cerebrais divididos, e que exprimem desejos e realizam ações contraditórias por meio das partes do corpo controladas por cada hemisfério. Um dos pacientes estudados pelos Professores Roger Wolcott Sperry, Prêmio Nobel de Fisiologia, e seu estudante Michael Gazzaniga, um adolescente, ao ser perguntado sobre o que queria ser quando crescesse, verbalizou “desenhista”. Tal resposta decorreu de elaboração feita pelo hemisfério esquerdo do cérebro, que controla a fala e o raciocínio lógico. Para tentar determinar qual era o desejo do hemisfério direito do rapaz, se colocou uma folha de papel no limite visual de seu olho esquerdo, controlado pelo lado direito do cérebro. O rapaz, então, não falou nada, já que a fala é controlada pelo lado esquerdo do cérebro. Mas com sua mão esquerda juntou peças de um jogo conhecido como Scrabble e escreveu a palavra “piloto de corrida”. Afinal, o que o “eu” do rapaz deseja? Existe um “eu” não-dividido, um indivíduo, ou um ser “dividual”?

SUNSTEIN, 2009, p. 44-45). Não se pode subestimar os efeitos que tentações⁶, ou melhor, contextos de escolha em que há um estímulo muito forte, seja no campo da alimentação, da sexualidade, das compras, da realização de empréstimos, dentre outros, podem ter na tomada de decisões equivocadas e mesmo desastrosas. Ora, se mesmo para pessoas que não têm transtornos mentais o problema da falta de força de vontade se coloca em contextos que aconselham medidas de ajuda externa, como é o caso de aconselhamentos e orientações não vinculantes (*nudges*) destinadas a melhorar as escolhas pessoais, porque não aceitar tais medidas também na defesa dos interesses de quem tem uma doença mental? Aí entraria o papel do contrato de Ulisses⁷.

Não se pode deixar de destacar, porém, problemas práticos que estariam presentes no tocante quer às diretivas antecipadas quer ao contrato de Ulisses. Tais problemas se vinculam à forma que referidas manifestações de vontade devem tomar, como devem ser registradas e como os profissionais da área médica podem ter acesso a elas.

No Brasil, por exemplo, convém lembrar a previsão do art. 107 do Código Civil, de que as manifestações de vontade, salvo disposição legal em contrário, não dependem de uma forma especial. Logo, podem ser celebradas tanto mediante escritura pública, perante tabelião, ou por meio de escritura particular, o que afeta a maneira pela qual podem ser conhecidas. No primeiro caso, podem ser consultadas na Central Notarial de Serviços Eletrônicos Compartilhados – CENSEC⁸. Se feitas por

⁶ Na Bíblia, em Romanos, 7:18-19, se lê “com efeito, o querer está em mim, mas não consigo realizar o bem. Porque não faço o bem que quero, mas o mal que não quero”.

⁷ Uma das possíveis aplicações do contrato de Ulisses fora dos casos de doenças mentais é para a chamada ludopatia ou vício no jogo. Thaler e Sunstein (2009, p. 231-232) aludem à possibilidade, existente em diversos Estados nos Estados Unidos da América, de jogadores compulsivos se inscreverem voluntariamente em uma lista de pessoas banidas de entrarem em cassinos, protegendo-os, assim, de suas inconsistências volitivas e de sua compulsão.

⁸ A consulta a escrituras de diretivas antecipadas de vontade registradas em cartórios pode ser efetuada no link <https://censec.org.br/Cadastro/Centrais/Cep/ConsultaAto->

instrumento particular, porém, não se tem como ter acesso a elas, a despeito de iniciativas como a da advogada Luciana Dadalto, que criou o Registro Nacional do Testamento Vital – RENTEV, uma plataforma *on-line* e voluntária de armazenamento de dados⁹.

No entanto, para ter acesso ao RENTEV é necessário saber o CPF da pessoa e possuir um código específico, o que dificulta o conhecimento. Ademais, o registro não é obrigatório, o que leva a que muitas diretivas manifestadas em instrumentos particulares não possam vir a ser conhecidas. O ideal, neste aspecto, seria a lei criar um registro único, ao qual os médicos pudessem vir a ter acesso¹⁰. A Resolução CFM 1.995/2012, neste particular, permitiu o registro da vontade da pessoa em prontuário médico e que tal vontade ou os termos das diretivas sejam manifestadas pela própria pessoa ou por alguém por ela designado. As diretivas assim comunicadas deverão prevalecer sobre qualquer outro parecer não-médico, inclusive a vontade dos familiares. Fixa-se ainda que a observância pelos médicos do teor das diretivas antecipadas encontra limite nos preceitos fixados pelo Código de Ética Médica.

Na Índia, o *Mental Healthcare Act*, de 2017, em suas Seções 6 e 7, prevê uma autoridade central, com competência para expedir normas referentes às diretivas antecipadas, e o registro *on line* das diretivas antecipadas, que devem ser disponibilizadas aos profissionais de saúde mental quando necessário.

Os benefícios apontados para a utilização de diretivas antecipadas psiquiátricas, conforme se verifica na literatura (LA FOND, SREBNIK, 1999, p. 922-923; CAMPBELL, KISELY,

1.aspx.

⁹ Para consultar, acessar o link <http://rentev.com.br/>.

¹⁰ A forma escrita é preferencial e deveria ser exigida por lei. Mas, na ausência de lei, há no Enunciado nº 37, da I Jornada Nacional de Direito da Saúde, de 2014, a admissão de outras formas inequívocas admitidas em Direito. A prioridade é dada à forma escrita, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou instrumento público (MEIRELLES, 2016, p. 722).

2009), são: a) ampliação da autonomia e do poder de escolha do paciente, aumentando seu bem-estar; b) melhora na relação com familiares, pela diminuição de conflitos quanto aos tratamentos a serem adotados; c) aumento da aceitação pelos prestadores de serviços médicos da autonomia do indivíduo; e d) redução dos atendimentos médicos, inclusive admissão em serviços hospitalares, no número de dias de internação, e da aplicação de medidas legais, como a internação compulsória por determinação judicial.

No entanto, é necessária maior pesquisa empírica, baseada em evidências, para determinar se os benefícios apontados realmente estão presentes e qual é o melhor modelo de diretiva a ser adotado. Nesse sentido, duas revisões sistemáticas realizadas (CAMPBELL, KISELY, 2009 e MAÎTRE ET ALLI, 2013) apontaram que as evidências disponíveis não são suficientes para fazer recomendações definitivas no tocante à adoção das diretivas antecipadas por pacientes acometidos por doenças mentais graves *vis-à-vis* medidas terapêuticas tradicionais. O primeiro estudo indicado não apontou diminuição significativa no número de admissões hospitalares, na observância do tratamento ou nos danos autoprovocados. Participantes aos quais se ministraram as medidas previstas em diretivas antecipadas utilizaram menos horas de profissionais de saúde e cometeram menos atos violentos do que aqueles aos quais se forneceram tratamentos previstos tradicionalmente.

Já no segundo estudo acima referido, se concluiu que o conteúdo das diretivas antecipadas psiquiátricas é consistente, na maior parte dos casos, com o tratamento psiquiátrico padrão disponível, em termos de instruções médicas, de intervenções pré-emergenciais, de alternativas não-hospitalares e de cuidados pessoais. Os pacientes tendem a usar as diretivas para descrever os sintomas antecipadores de uma crise e para sugerir tratamentos e hospitalização antecipadamente. Relatou-se ainda a satisfação dos pacientes com a adoção das diretivas e com a

possibilidade de aumentar sua autonomia no controle de sua doença. Os profissionais médicos relataram visões positivas quanto ao aumento da autonomia dos pacientes e ao controle de recidivas. Mas destacaram dificuldades no acesso às diretivas e no tocante ao treinamento das equipes. Temor de pressões de familiares e parceiros dos pacientes também foi relatado. Também não se encontraram evidências de diminuição do custo das intervenções pelo fato de se adotar diretivas antecipadas.

Muito embora não tenham afastado a utilidade das diretivas, os estudos apontados se orientaram pela adoção de medidas conjuntas de planejamento para situações de crise (*joint crisis planning*), com a participação do paciente e seus familiares, como o melhor modelo de diretiva a ser adotado para reduzir o número geral de admissões.

Tais conclusões parecem interessantes para guiar a discussão no tocante ao tema no Brasil. Mostra-se necessário, portanto, destacar que o tema das diretivas antecipadas não se restringe a situações de terminalidade, sendo oportuno ressaltar as possibilidades abertas pela sua adoção no tocante a transtornos psiquiátricos, sem olvidar, porém, os riscos e dificuldades envolvidos.

Cumprido, portanto, examinar a compatibilidade de instrumentos como as diretivas antecipadas psiquiátricas e o contrato de Ulisses com o ordenamento jurídico brasileiro e o conteúdo que podem vir a veicular.

3 COMPATIBILIDADE ENTRE AS MANIFESTAÇÕES VOLUNTATIVAS DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL E O DIREITO BRASILEIRO

Falar da compatibilidade das diretivas antecipadas psiquiátricas e do contrato de Ulisses com o direito brasileiro importa considerar, pelo menos, a Constituição Federal, a Lei 10.216/2001 e a Lei 13.146/2015.

Na Constituição, interessa, particularmente, o respeito à dignidade da pessoa, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, da Constituição), e à sua autonomia e capacidade de autodeterminação, decorrente da liberdade a todos assegurada (art. 5º, *caput*, da Constituição). Nesse sentido, de proteção da liberdade e da dignidade, se encaminham as previsões constitucionais que proíbem obrigar alguém a fazer algo, salvo previsão legal, e a submissão a tortura ou tratamento cruel ou desumano (art. 5º, incisos II e III, da Constituição).

No tocante aos cuidados com a própria saúde, a Constituição, após consagrar tal direito como direito fundamental social, no seu art. 6º, determina, em seu art. 196, que incumbem deveres ao Estado visando sua efetivação, em especial mediante um sistema que assegure acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação.

Ao dispor sobre os direitos dos usuários da saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009, reconheceu, em seu art. 5º, que toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, em especial:

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

...

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

Prevê-se, assim, de forma ampla, a liberdade do paciente em consentir com intervenções médicas e a liberdade de escolha de quem tomará decisões quando não poder exercer sua autonomia. O art. 4º, inciso XI, da mesma portaria prevê também o “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e

à consideração da recusa de tratamento proposto”, que também vai ao encontro do reconhecimento da autonomia do paciente.

Não faria sentido reconhecer tal autonomia, de maneira geral, e negá-la no tocante aos pacientes acometidos de transtornos mentais. Nesse sentido, a própria Resolução 1995 do Conselho Federal de Medicina, de 2012, ao tratar das diretivas antecipadas, somente se refere à situação de terminalidade da vida em um dos “Considerandos” que a acompanham, sendo que o conceito de diretivas presente em seu art. 1º pode perfeitamente se aplicar a situações de doença mental: “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”.

O Poder Judiciário, no caso a 1ª Vara Federal de Goiânia, ao decidir a Ação Civil Pública 1039-86.2013.4.01.3500 e considerar legal e válida a Resolução CFM 1.995, reconheceu que esta última “não regulamenta apenas as diretivas antecipadas de vontade de pacientes terminais ou que optem pela ortotanásia. Trata ela de diretivas para qualquer paciente que venha a ficar incapacitado para expressar sua vontade”¹¹. Jussara Meirelles (2016, p. 721) também considera que as diretivas antecipadas não se restringem a situações de terminalidade da vida, sendo aplicáveis a “todas as situações médicas em relação às quais, de modo antecipado, tenha optado o paciente por manifestar-se sobre os cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que não lhe seja possível a expressão livre e autônoma de vontade”.

O respeito à autonomia e à dignidade do paciente com transtorno mental também transparece na Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Garante-se o direito a ter informação,

¹¹https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=6834321d3dbe4fa0387f2a4e9bc1e4ad&trf1_captcha=st83&enviar=Pesquisar&proc=10398620134013500&secao=GO

a ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração e a ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis, dentre outros (parágrafo único do seu art. 2º).

É estabelecida, ainda, a subsidiariedade da internação, a ser adotada somente quando medidas extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º). Para a internação, exige-se, ainda, em primeiro lugar, o consentimento do indivíduo (art. 6º, inciso I). Admitem-se a internação involuntária, sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro (art. 6º, inciso II) e a internação compulsória, por determinação judicial (art. 6º, inciso III).

A internação voluntária exige a assinatura de uma declaração, prevista no art. 7º da Lei e disciplinada pela Portaria do Ministério da Saúde 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002.

Ora, as diretivas antecipadas podem perfeitamente servir para antecipar o consentimento a uma internação, quando esta se mostrar a medida mais adequada para a situação do paciente. Poderá ainda veicular procedimentos extra-hospitalares a serem adotados alternativa ou previamente à internação. Mas o ideal seria a alteração da Portaria 2391/GM e a inclusão na própria Lei 10.216/2001 da possibilidade de se utilizar as diretivas para tal fim. Nos termos da regulamentação ora em vigor, podem ser apresentadas objeções ao uso de diretivas já que se exige uma declaração específica assinada pelo paciente. Mas tais objeções são menores quando se trata de medidas diversas da internação.

Assim, o atendimento ambulatorial, a subministração de medicamentos, a especificação dos fármacos a serem utilizados, a definição da conduta a ser adotada em caso de emergências e crises, a indicação de uma pessoa para tomar decisões pelo paciente, instruções a serem seguidas no tocante a questões existenciais e pessoais, como o cuidado com filhos e também com questões financeiras.

Dúvidas podem ser apresentadas à previsão, em diretivas, de medidas mais invasivas, como o uso da força para conter o paciente, cirurgias e terapia eletroconvulsiva. La Fond e

Srebnik (1999, p. 920) defendem que sem a presença de uma instrução clara e precisa nesse sentido, um procurador ou mandatário nomeado não poderia consentir no lugar da pessoa com a adoção de tais medidas mais drásticas. Admitem, portanto, a sua adoção desde que haja previsão expressa nesse sentido.

Quando se trata de um contrato de Ulisses, conforme já visto, a vinculação do sujeito se dá em relação a um momento anterior, em que tinha competência decisória e não se encontrava em crise, afastando a vontade posterior, em um momento prévio a uma crise, mas em que ainda tem competência para decidir. Tal circunstância demanda justificação adicional, em especial a experiência do indivíduo, decorrente de crises anteriores, e leva mesmo a que se repense a oposição binária e radical entre “autonomia” e “paternalismo” (ARAÚJO, 2017, p. 179), levando a defender uma ética do cuidado com o paciente e um consentimento “negociado” entre ele e seu médico, de forma a permitir o desenvolvimento e florescimento da pessoa, empoderando-lhe inclusive por meio de contratos.

A implementação de um contrato de Ulisses, quando presentes determinadas condições de ativação, que demandam providências que devem ser adotadas no intervalo de poucos dias e mesmo de poucas horas para evitar a instalação de uma crise, sob pena de serem inúteis, protege efetivamente a dignidade da pessoa e sua saúde, evitando as consequências graves que decorrem da crise. Mas para tal fim, cumpre que o pacto seja adequadamente redigido, prevendo a possibilidade de intervenção rápida, de adoção de medidas como transporte coercitivo para o hospital ou serviço psiquiátrico, tudo previamente pensado e ponderado entre o médico e o paciente, de forma a evitar situações de perigo para este ou para outrem (ARAÚJO, 2017, p. 187). Médico e paciente devem ainda poder definir as recusas que seriam aceitáveis e aquelas que seriam proscritas, de forma a assegurar a eficácia do tratamento e evitar demora decorrente da consulta a terceiros ou ao Judiciário.

Em última análise, diante do risco de uma internação involuntária e mesmo compulsória, o contrato de Ulisses acaba permitindo medidas mais eficazes e menos restritivas da liberdade e da dignidade da pessoa, na medida em que impedem a crise e a necessidade de tais internações não voluntárias. A revisibilidade dos termos do contrato e a possibilidade de ser revogado, desde que em um momento em que não haja crise, permitem defender sua compatibilidade com a autonomia da pessoa.

Sobre a Lei 13.146/2015, que reforçou e concretizou várias medidas previstas na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, levando, dentre outras alterações, à modificação do regime das incapacidades, tem-se que se destina, conforme já visto, a pessoas com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com uma ou mais barreiras pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 2º da Lei 13.146/2015). É interessante ressaltar que afirma, como regra, a plena capacidade de tais indivíduos. O que dizer, portanto, de pessoas com transtornos cíclicos e intervalos de lucidez e discernimento.

A previsão de um modelo idealizado de capacidade, distante da pessoa concreta, e focado na proteção de interesses patrimoniais, cedeu lugar a uma revalorização da dimensão existencial, que abrange a expressão da vontade no tocante à esfera que toca a saúde física e mental da pessoa (MEIRELLES, 2016, p. 720).

Obviamente, há de se levar em conta o grau de deficiência, se leve, moderada ou grave, sempre levando em conta o teor do art. 11 da Lei 13.146/2015, que impede que a pessoa com deficiência seja “obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”. Se a deficiência for leve e a pessoa tiver condições de discernir sobre sua situação e os tratamentos oferecidos, nada obsta a que formule diretivas. Se a deficiência for moderada, pode ser adotado

o procedimento de tomada de decisão apoiada. Já se a deficiência for grave, será caso de curatela, muito embora, como bem destacado por Jussara Meirelles (2016, p. 727), haja uma incongruência no art. 85, *caput* e § 1º, da Lei 13.146/2015, ao restringir a curatela a atos relacionados a direitos patrimoniais e negociais, não alcançando o direito ao próprio corpo e à saúde. A autora referida defende a extensão da curatela a situações existenciais, quando houver grave deficiência, podendo o curador ser autorizado judicialmente a emitir diretivas (MEIRELLES, 2016, p. 728). Nesses casos, em que a pessoa com deficiência intelectual e mental grave não tiver compreensão daquilo que afeta sua vida e seus interesses, o juiz pode autorizar o curador a suprir o consentimento da pessoa em nome e no interesse dela.

A tomada de decisão apoiada, prevista no art. 1.783-A do Código Civil, acrescentado pela Lei 13.146/2015, se destina a pessoas com deficiência e é um procedimento de jurisdição voluntária pelo qual se designam pelo menos duas pessoas idôneas, com quem o apoiado mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, visando prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil. Os apoiadores deverão fornecer elementos e informações para que a pessoa possa exercer sua capacidade. A pessoa a ser apoiada requer perante o juiz a designação dos apoiadores e delimita a matéria sobre a qual o apoio será exercido. Trata-se de medida protetiva e assistencial mais branda que a curatela, destinada a pessoas com deficiência intermediária, entre aqueles que exercem com total independência sua autonomia e aqueles que carecem de um curador.

Ora, se mesmo para pessoas com deficiência intelectual e mental se reconhece capacidade para decidir sobre questões existenciais delicadas, como são as referentes aos cuidados com a própria saúde, o que dizer de pessoas com transtornos graves, mas que têm intervalos de lucidez. Não se pode deixar de reconhecer a regra, presente nos arts. 6º e 84 da Lei 13.146/2015, de que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa e

que a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. Aí se insere nitidamente a capacidade para emitir diretivas e contratos de Ulisses, desde que em momento de lucidez e de remissão das crises.

CONCLUSÕES

Na esteira do reconhecimento da autonomia e da capacidade da pessoa com transtornos mentais, a possibilidade de emitir diretivas psiquiátricas, relativas a tratamentos para quando estiver incapacitado para decidir, e contratos de Ulisses, para momentos em que se encaminhar para uma crise, visando evitar seus efeitos, merece ser mais avaliada no Brasil.

Trata-se de tema que aconselha o concurso da medicina e do direito, visando definir o melhor modelo de diretivas e de contratos de Ulisses, associando o conhecimento do profissional médico, a experiência do paciente e de seus familiares e o conhecimento da legislação para formatar instrumentos que resgatem a autonomia do sujeito, possibilitem maior rapidez e eficácia nos tratamentos e evitem crises e suas consequências.

Sem dúvida é necessário ressaltar que se impõe a edição de uma lei regulando as diretivas, seja em situações de terminabilidade, seja nos casos de doença mental, determinando seus requisitos e formalidades, maneira de registrar, como se ter acesso ao seu teor, forma de revisão e revogação, e limites ao que pode ser deliberado. No entanto, se pode afirmar a compatibilidade, em princípio, de tais instrumentos com os termos da Constituição e da legislação brasileira. A legislação em vigor, no caso a Resolução CFM 1.995 de 2012, coloca como limite para o teor das diretivas em geral os ditames do Código de Ética Médica. A Resolução 46/119, de 17 de dezembro de 1991, das Nações Unidas, permite ainda a restrição de direitos das pessoas com transtornos mentais com base na necessidade de proteger sua vida,

sua saúde e segurança, bem como a de terceiros.

No tocante ao contrato de Ulisses, desde que adequadamente redigido, com a participação do médico e a assistência de advogado, tem-se que pode desempenhar papel importante na prevenção de crises e de suas consequências.

Mostra-se necessária pesquisa empírica visando apreciar o grau de conhecimento que os profissionais da área médica no Brasil têm sobre as diretivas em geral e sobre as diretivas psiquiátricas e contratos de Ulisses em particular, quais problemas práticos ensejam e qual modelo devem seguir para assegurar um atendimento mais humanizado e também mais eficaz. A participação da família, da pessoa e dos médicos na redação de tais instrumentos parece também ser imprescindível para que se possa atingir tais fins.



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Fernando. O contrato Ulisses – I: o pacto antipsicótico. *Revista Jurídica Luso-brasileira*. Lisboa. 2017, ano 3, n. 2, p. 165-217.
- BARROS, Daniel Martins de e SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2009, 36(4): 175-177.
- BRASIL. EBC. Saúde mental: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros. Criado em 15/05/2013. In <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>, acesso em 25/01/2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. [Internet].(acesso 25 jan 2018).

- Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
- CAMPBELL LA, KISELY SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;21:CD005963.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. (acesso 13 jan 2018). Disponível: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf
- DADALTO, Luciana. TUPINAMBÁS, Unai e GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: modelo brasileiro. *Revista Bioética.* 2013, 21(3), p. 463-476.
- DAMÁSIO, António. O mistério da consciência – do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- HARARI, Yuval. *Homo Deus – a brief history of tomorrow.* London: Harvill Secker, 2015.
- INDIA. The Gazette of India Extraordinary. The Mental Healthcare Act, 2017. 07/04/2017. In <http://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf>, acesso em 25/01/2018.
- LA FOND, John Q. e SREBNIK Debra S. Advance directives for mental health treatment. *Psychiatric Services*, July 1999, Vol. 50, n. 7, p. 919-925.
- MAÎTRE E , DEBIEN C, NICAISE P, WYNGAERDEN F, Le GALUDEC M, GENEST P, DUCROCQ F, DELAMILLIEURE P, LAVOISY B, WALTER M, DUBOIS V, VAIVA G. Advanced directives in psychiatry: a review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. *L'Encéphale.* 2013. Setembro, 39 (4): 244-251.
- MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. Diretivas antecipadas de

vontade por pessoa com deficiência. In MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). *Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas – Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão*. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2016, p. 713-731.

SARIN, Alok. On psychiatric wills and the Ulysses clause: the advance directive in psychiatry. *India Journal of Psychiatry*. 2012, july/september; 54(3): 206-207.

SPELLECY, Ryan. Reviving Ulysses contract. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Vol. 13, n. 4, 2003, december, p. 373-392.

THALER, Richard e SUNSTEIN, Cass. *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. London: Penguin Books, 2009.

UNITED NATIONS. Resolution 46/119. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. 17 de dezembro de 1991. In <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>, acesso em 03/06/2018.