Gustavo Bonini Castellana

O psiquiatra em conflito

Fatos, valores e virtudes nas internações involuntárias

PSIQUIATRIA

Blucher

O PSIQUIATRA EM CONFLITO

FATOS, VALORES E VIRTUDES NAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

Gustavo Bonini Castellana

O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes nas internações involuntárias
© 2021 Gustavo Bonini Castellana
Editora Edgard Blücher Ltda.

Publisher Edgard Blücher
Editor Eduardo Blücher
Coordenação editorial Jonatas Eliakim
Produção editorial Luana Negraes
Preparação de texto Karen Daikuzono
Diagramação Guilherme Henrique
Revisão de texto Maurício Katayama
Capa Leandro Cunha
Imagem da capa iStockphoto

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-012 – São Paulo – SP – Brasil
Fax 55 11 3079 2707
Tel 55 11 3078 5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados
pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Castellana, Gustavo Bonini
O psiquiatra em conflito : fatos, valores e virtudes nas internações involuntárias / Gustavo Bonini Castellana. – São Paulo : Blucher, 2021.
192 p.

Bibliografia
ISBN 978-65-5506-238-0 (físico)
ISBN 978-65-5506-234-2 (eletrônico)

1. Psiquiatria 2. Psiquiatras – Valores 3. Internação compulsória – Aspectos morais e éticos 4. Ética psiquiátrica I. Título

21-1206 CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático:
1. Psiquiatria

Conteúdo

Prefácio 9

Apresentação 13

1. O psiquiatra em conflito 19
2. Fatos: o conhecimento psiquiátrico e seus limites 31
3. Valores: da perspectiva ética à ação moral em psiquiatria 53
4. Virtudes: o psiquiatra e a sabedoria prática 61
5. O dilema das internações involuntárias 67
6. Exercícios de julgamento clínico e tomada de decisão 77
7. Experiências profissionais 115
8. Tipos de raciocínio em psiquiatria 131
9. Tipos de psiquiatra e o campo da psiquiatria 141
10. Psiquiatria, uma "disciplina estranha" 151

Referências 155

Posfácio – Psiquiatria: ciência e arte da medicina? 177

1. O psiquiatra em conflito

Se o médico, em geral, só de um modo hesitante se pode classificar como cientista, isto se verifica ainda mais com o psiquiatra. A sua ciência e a sua prática movem-se na tênue fronteira entre os domínios cognitivos da ciência natural e a sua penetração racional no acontecer natural, por um lado, e a confrontação com os enigmas mentais e espirituais, por outro. Pois o homem não é apenas um ser vivo, mas também alguém misteriosamente estranho a si mesmo e aos outros, como pessoa, como congênere, na família e na profissão, com incontáveis e imponderáveis influências e efeitos, encargos e problemas. Há sempre fatores imprevistos em ação. Há ainda outros elementos incompreensíveis, que nada têm a ver com as leis do acontecer natural, que uma evoluidíssima investigação vai trazendo cada vez mais à tona.

Hans-Georg Gadamer, 2009

A relação de mútua dependência entre o conhecimento técnico-científico e a dimensão subjetiva e valorativa das práticas em saúde é apontada por diversos autores (Ayres, 2001; 2004; 2007; Schraiber, 1993; 2008). Schraiber (1993; 2008) mostrou, em pesquisas que buscavam entender as mudanças históricas da medicina ao longo do século XX, que em medicina clínica e cirúrgica já era evidente no Brasil do final dos anos 1970 a importância da

relação interpessoal, entre médico e paciente, na consolidação da prática médica. Daí ter afirmado a autora o caráter moral-dependente dessa técnica.

Na psiquiatria, essa relação parece ser ainda mais enredada do que qualquer outra área de atuação médica (Banzato; Pereira, 2014; Sadler, 2004). Embora o conhecimento técnico-científico tenha permitido um avanço no que tange à eficácia dos tratamentos psicofarmacológicos desde a segunda metade do século XX, o diagnóstico dos transtornos mentais e as possibilidades terapêuticas apoiam-se tanto nas ciências naturais quanto nas ciências humanas (Messas; Fulford; Stanghellini, 2017). Por isso, é possível que os juízos de valor implicitamente subsumidos no momento do julgamento clínico e a tomada de decisão influenciem o psiquiatra, em especial nos casos difíceis (Björk; Linöe; Juth, 2016).

Habitualmente, na clínica médica, são chamados de "casos difíceis" aqueles em que o diagnóstico é impreciso ou que requerem o uso de tecnologias avançadas (Camargo Jr., 2005) para sua determinação. No entanto, Schraiber (2001) e Schraiber *et al.* (2003) apresentam uma concepção diferente e que é adotada nesta obra: casos difíceis são aqueles nos quais a dificuldade se impõe sobre a conduta assistencial e terapêutica a ser adotada, principalmente em virtude de os pacientes não concordarem com a proposta de tratamento oferecida e sendo, por isso, qualificados como "pessoas difíceis" pelos profissionais de saúde (Yokaichiya; Figueiredo; Schraiber, 2007; Lima *et al.*, 2007).

Na clínica psiquiátrica, dificuldades como essas são comuns, especialmente quando exigem uma intervenção contrária à vontade do paciente. Tais situações colocam o psiquiatra diante de um dilema moral entre preservar a autonomia do paciente ou garantir aquilo que ele, como profissional, acredita ser o melhor cuidado para a saúde do paciente. Faz-se necessário, então, avaliar a capacidade de escolha do paciente, anterior a qualquer tratamento propriamente proposto, e que cria uma dificuldade paradigmática da atuação do psiquiatra. Ainda que de responsabilidade exclusiva do médico, o que caracteriza essa situação e seus desdobramentos é que tudo que está em jogo depende do juízo clínico sobre algo que, em sua natureza, é propriamente moral: ter ou não a autonomia sobre a própria vida é antes um tema filosófico-existencial do que médico (Pessoa Jr., 2015).

Em virtude da relevância clínica desse dilema, o presente trabalho buscou compreender de que forma o psiquiatra estrutura o seu raciocínio para tomar essa difícil decisão nos casos de internações involuntárias. Nesses casos, o conflito moral é claro e inexorável, ou seja, a conduta traz repercussões para qualquer uma das decisões possíveis diante do dilema. Por isso, o psiquiatra se vê "sem saída": o conhecimento técnico-científico poderá se mostrar insuficiente e o profissional estará obrigado a decidir entre preservar a autonomia do paciente, e assim assumir certo grau de risco, ou admitir a ingerência sobre a liberdade do outro.

Tendo em vista identificar as motivações e efeitos das decisões diante desse dilema, optou-se aqui por enfatizar a pesquisa sobre a prática dos psiquiatras mais jovens, especialmente nos residentes em Psiquiatria. Acredita-se que seja no frescor da formação, e ainda mais durante o período de residência médica, que as dimensões valorativas da tomada de decisão aparecem de forma mais evidente, já que o médico residente ainda não está contaminado por eventuais vícios adquiridos em sua experiência como psiquiatra nem consideravelmente formatado por práticas exigidas pelo mercado de trabalho. Além disso, o residente em Psiquiatria está na "linha de frente" do serviço prestado por um hospital universitário e nessa condição se depara com os diferentes repertórios que sustentam a prática psiquiátrica, já que é supervisionado por psiquiatras com diferentes orientações teóricas ao longo dos três anos de formação.

Para fazer um julgamento clínico, o psiquiatra deve considerar os acontecimentos identificados em um caso do ponto de vista clínico (fatos), valendo-se do conhecimento científico previamente acumulado (*episteme*) e das habilidades específicas de entrevista e manejo da situação clínica (*techné*). E cada uma dessas dimensões está investida de valores, ou seja, de preferências de maior ou menor importância que variam de acordo com a subjetividade do psiquiatra em questão. Para que esse julgamento clínico seja adequado, algumas virtudes se mostram necessárias.

Tendo esse modelo em vista, o livro foi estruturado para melhor explorar cada uma das questões envolvidas no julgamento clínico. Enquanto o Capítulo 1 delineia os contornos gerais da pesquisa realizada, o Capítulo 2 apresenta os fatos que caracterizam a psiquiatria em sua dimensão técnico-científica.

Para isso, será importante recuperar a constituição da psiquiatria como especialidade médica, a natureza dos transtornos mentais e as bases epistemológicas do conhecimento psicopatológico, e tudo isso com ênfase em seus principais problemas. Assim, pretende-se recuperar o arcabouço histórico-epistemológico que permeia as práticas psiquiátricas de modo a contextualizar as dificuldades geradas pelos casos clínicos concretos.

Já os valores que permeiam tanto o conhecimento científico quanto as habilidades exigidas pela profissão são explorados no Capítulo 3. Para tanto, é apresentada a ideia de que valores influenciam desde as categorias nosológicas sistematizadas nos manuais internacionais até os fatores levados em consideração na conduta assistencial. Também é aqui evidenciada a interdependência entre a perspectiva ética e a ação moral dos agentes, o que, enfim, qualifica a tomada de decisão como paternalismo forte ou fraco.

O Capítulo 4 é dedicado às virtudes, isto é, às qualidades necessárias ao psiquiatra para que considere toda a complexidade da matéria psiquiátrica em sua decisão. São lembradas nesse momento virtudes como a confiabilidade, a franqueza, a honestidade, a empatia e outras, que serão importantes nos exercícios de julgamento clínico e na tomada de decisão.

No Capítulo 5 é, enfim, apresentado o dilema moral central para o presente trabalho: as internações involuntárias. Em primeiro lugar, são recuperados os principais elementos normativos e regulatórios da atividade do psiquiatra no Brasil, em especial a Lei n. 10.216 no contexto da remodelação do atendimento em saúde mental em decorrência da reforma psiquiátrica. Em seguida, são explicitados os conceitos, os critérios e os limites para a intervenção terapêutica em um paciente que apresenta risco à saúde. E, por fim, aponta-se o fato de que esses casos constituem um tema "complexo e sensível" (Schraiber; d'Oliveira; Couto, 2009), o qual merece um tratamento mais cuidadoso.

Os Capítulos 6 e 7 trazem os excertos e a análise das entrevistas realizadas com os residentes em dois momentos, respectivamente: o exercício de julgamento clínico, no qual os entrevistados expressam suas opiniões e posicionamentos práticos sobre os casos apresentados; e as experiências profissionais, nas quais esses mesmos psiquiatras relatam vivências pessoais e profissionais que balizaram suas decisões. No Capítulo 8 e no Capítulo 9, os resultados são interpretados, respectivamente, com base nos tipos de

raciocínio e de racionalidades, permitindo compor *tipos ideais* (Weber, 2001) de psiquiatras segundo a racionalidade que adotam no *campo* (Bourdieu, 1996; 2003; 2013) da psiquiatria.

Assim, pode-se dizer de antemão que a pesquisa foi desenvolvida por meio de uma matriz interdisciplinar, tal qual outros trabalhos na área da Saúde Coletiva (Schraiber, 1993; 2008; Ayres, 2001; 2004; 2007), considerando tanto a literatura que examina a dimensão técnico-científica da prática em medicina e psiquiatria quanto os estudos propriamente das humanidades que forneceram as bases teóricas para tal literatura.

Acredita-se que essa abordagem interdisciplinar sirva à proposta de pesquisa de que a inter-relação entre as dimensões técnico-científicas e valorativas estaria coadunada ao exercício do julgamento clínico. Conforme se busca mostrar nas considerações finais, isto é, no Capítulo 10, tal interdependência entre essas dimensões faria da prática psiquiátrica uma atividade singular em relação às outras áreas da medicina, pois exige dela um corpo de conhecimentos práticos e teóricos que, ao mesmo tempo, extrapola o campo das ciências biomédicas sem deixar de se constituir como uma especialidade médica.

Situações de conflito

Situações clínicas que envolvem dilemas éticos são comuns à atuação de qualquer médico. No entanto, tais conflitos são tratados em geral na literatura científica à luz das normas legais e dos princípios da ética médica, ou seja, daquilo que se deve e do que se pode fazer enquanto responsável pelo paciente em algum caso clínico concreto. Já as situações de conflito "à beira do leito" (Figueiredo, 2001) ou na "cabeceira do doente" (Durand, 2003) – nas quais um dilema se instala sem ter uma única saída correta do ponto de vista ético e clínico (por isso chamadas de ética clínica) – são menos exploradas em seu potencial de aprendizagem e melhora das práticas profissionais.

Consonante a essa visão mais restritiva dos problemas éticos do trabalho em saúde, o tema costuma ser tratado nos diversos programas de residência médica em aulas ministradas por especialistas em bioética, os quais com frequência não conhecem os pormenores do trabalho do psiquiatra. Por isso,

é comum que as questões específicas da psiquiatria sejam relegadas a um segundo plano na formação do psiquiatra, ficando a cargo dos especialistas em psiquiatria forense suprir essa fragilidade de formação de seus residentes.

Além desses limitadores de formação, o psiquiatra inicia sua carreira profissional com pouca maturidade emocional para lidar com a complexidade do seu trabalho, o que faz muitas vezes com que o início da profissão seja especialmente penoso em termos individuais (Sullivan, 1983). Geralmente, a inserção do psiquiatra recém-formado no mercado de trabalho se dá por meio de plantões em prontos-socorros gerais ou psiquiátricos, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e nesses, em particular, a tomada de decisão é habitualmente compartilhada com membros da equipe multidisciplinar, o que não deixa de configurar uma grande responsabilidade para o profissional.

A despeito das diferenças entre os dispositivos de saúde, inevitavelmente o psiquiatra vai se deparar com dilemas éticos em relação à melhor conduta terapêutica, diante dos quais deverá considerar, entre outros fatores, o diagnóstico, a gravidade, os riscos e o contexto sociocultural do paciente. Entre esses dilemas, a decisão da internação involuntária traz consigo maiores riscos profissionais. Caso o psiquiatra, por exemplo, opte pela internação do paciente, poderá eventualmente ser acusado criminalmente de cárcere privado, se o paciente ou sua família entenderem que a internação não era necessária. Caso opte, todavia, pela não internação, e o paciente cometa um ato de agressão a si mesmo ou a terceiros, o psiquiatra poderá também responder por responsabilidade civil. E, mesmo deixando de lado essas possíveis consequências dramáticas, cada caso de internação involuntária instaura um dilema moral em um nível bem mais fundamental: deve o médico priorizar o respeito à autonomia do paciente que não quer ser internado ou o benefício que ele julga ser o melhor para o seu paciente, mesmo que à sua revelia?

Investigar essa tomada de decisão exige conhecer e refletir não apenas sobre os aspectos teóricos da formação profissional do psiquiatra, mas também sobre as vivências individuais, as crenças e os valores que moldam sua perspectiva ética e que têm impacto direto no seu julgamento clínico e no processo decisório. O presente trabalho buscou fazer isso examinando uma amostragem composta por psiquiatras jovens, a qual permitiu que se avaliasse toda uma

geração de profissionais formados quinze anos depois da implementação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que consolidou os parâmetros legais da reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir da premissa de que a decisão do psiquiatra não ocorre por decorrência de um julgamento clínico puramente objetivo, isto é, com base apenas em seus conhecimentos teórico-científicos, mas que está subordinada a um exercício de subjetividade bem mais complexo, perseguiu-se nesta obra, como objetivo geral, entender que fatos, valores e virtudes concorrem para a tomada de decisão nos casos que envolvem dilemas éticos encapsulados numa situação-limite, apesar de corriqueira: a internação involuntária.

Escolha dos entrevistados

Tendo como principal instrumento de produção de dados empíricos a realização de entrevistas semiestruturadas com médicos residentes do último ano de Psiquiatria em um dos principais centros de educação e pesquisa médica do país, as entrevistas serão apresentadas preservando o anonimato dos entrevistados: não será informado o ano em que foram realizadas as entrevistas e os residentes receberam por parte do pesquisador nomes fictícios para evitar a identificação desses profissionais.

O currículo da residência médica na instituição em questão segue os padrões gerais da formação especializada em psiquiatria: é composto por atividades de atendimento supervisionado em ambulatórios, pronto-socorro (interconsulta) e enfermaria/hospital-dia. Os dois primeiros anos são, via de regra, de formação básica na especialidade, em geral começando pelos casos internados, próprios e de interconsultas com outras áreas clínicas da prática hospitalar, e depois passando para experiências propriamente ambulatoriais de prática. No terceiro ano, por fim, é permitido ao residente desenvolver atividades com maior autonomia profissional, incluindo práticas de subespecialidades. Também de modo geral, os psiquiatras em formação atendem a aulas de Psicopatologia e atividades de Psicoterapia – nesse caso, na forma de atendimento e supervisão por assistentes de diferentes linhas teóricas (psicanálise, psicologia analítica e psicodrama). Há na formação, ainda, espaços

livres preenchidos com atividades escolhidas pelo residente. Assim, os psiquiatras residentes costumam ter contato com a literatura das diferentes matrizes psicopatológicas e cada residente pode privilegiar o aprendizado de determinadas teorias e práticas, dependendo de seu interesse.

A pesquisa qualitativa foi escolhida pela possibilidade de uma exploração mais densa e vertical desses psiquiatras em seus "exercícios de subjetividade" (Schraiber, 1995), proporcionando uma compreensão ou "explicação em profundidade" (Deslandes; Assis, 2002). Conforme Minayo e Sanches, o método qualitativo, além de ser particularmente apropriado para os estudos das subjetividades, "permite aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão" (Minayo; Sanches, 1993, p. 247) para "compreender, interpretar e dialetizar" os resultados obtidos (Bardin, 2011).

A produção de dados foi realizada a partir de duas atividades realizadas com cada sujeito participante da pesquisa. A primeira delas correspondeu a uma entrevista enfocando os meandros do processo de julgamento clínico de dois casos previamente estruturados e apresentados para receberem a devida conduta médica por parte dos entrevistados. Essa atividade foi denominada exercícios de julgamento clínico. A segunda dessas atividades consistiu na coleta de depoimento pessoal sobre as experiências do entrevistado ao longo de sua formação profissional. A atividade foi denominada experiências profissionais.

Para a primeira atividade, foram apresentados por escrito dois breves casos clínicos para julgamento clínico do participante, simulando ser ele o psiquiatra responsável. Para dar maior veracidade, os casos clínicos foram elaborados a partir da experiência cotidiana do trabalho do psiquiatra em geral, e podem dizer respeito a consultórios, hospitais ou prontos-socorros, tanto públicos quanto particulares, sendo provável, inclusive, que o psiquiatra residente já tivesse se deparado com casos e dilemas semelhantes. Nenhuma informação adicional foi concedida no momento da realização dessa atividade da produção dos dados empíricos da pesquisa de campo, sendo apenas mais bem explicado algum termo utilizado nos casos quando perguntado. Em alguns casos, houve alguma hesitação em relação à conduta a ser tomada, mas, ao final do exercício, todos responderam se internariam ou não os pacientes ficcionais.

Após a leitura de cada um desses casos, procedeu-se à entrevista focalizada (Merton; Kadall, 1946 *apud* Flick, 2009), na qual foi perguntado ao entrevistado quais haviam sido as suas impressões iniciais sobre o caso, a proposta de conduta terapêutica (internação involuntária ou alta) e, por fim, os motivos que o levaram a determinada conclusão. Esse mesmo roteiro foi seguido no primeiro e segundo casos clínicos, de modo independente.

Concluído o exercício de julgamento clínico, passou-se para as experiências profissionais. Nessa segunda atividade, foram abordados os seguintes blocos temáticos: idade, estado civil, naturalidade, religião; escolha da profissão e especialidade, assim como influência de familiares médicos e/ou psiquiatras; interesses individuais e características de personalidade; ideologias políticas e repertório cultural; principais interesses desenvolvidos durante a faculdade e residência em Psiquiatria; exercício profissional (consultório, UBS, CAPS e plantões externos); interesse por temas específicos de estudo em psiquiatria; produção de conhecimento científico associado a grupos de trabalho; concepções de boa prática em psiquiatria e ideal de profissão.

Após a fase de entrevistas, foram realizadas a transcrição e a conferência das entrevistas. Dos 20 residentes previstos, foram obtidas 17 entrevistas, cada uma em média com uma hora e meia de duração. Três convidados não responderam ao convite feito por e-mail e optou-se por não insistir ou repetir o convite. As entrevistas foram feitas pelo próprio pesquisador fora da instituição de ensino, em local de adequada privacidade aos entrevistados. O áudio das entrevistas foi captado simultaneamente por dois equipamentos, um gravador portátil simples e o gravador do aparelho de celular do pesquisador, evitando-se, assim, a perda de dados.

A partir dos dados produzidos, foi realizada a delimitação dos principais conteúdos em categorias temáticas (Bardin, 2011; Turato, 2013), as quais foram analisadas e interpretadas de forma hermenêutica na busca de uma síntese compreensiva das experiências profissionais, o que permitiu a construção de *tipos ideais* (Weber, 2001) de psiquiatras e de análise do *habitus* e do *campo* (Bourdieu, 1996; 2003; 2013) da psiquiatria, conceitos esses explicitados adiante.

De modo sintético, inspirado pelo modelo quadripolar de Bruyne, Herman e Schoutheete (1977), pode-se dizer que a pesquisa teve como referencial epistemológico, isto é, como função de vigilância crítica do trabalho, a

fenomenologia. Para a produção de dados (polo técnico), foram utilizadas *entrevistas semiestruturadas*. No polo morfológico, que permite a estruturação do objeto de estudo, foram utilizadas as categorias temáticas de Bardin, os conceitos de *tipos ideais* de Weber (2001) e de *campo* de Bourdieu (1996; 2003; 2013), acrescidos daqueles sobre o trabalho em medicina, com ênfase na esfera do exercício clínico da profissão. Por último, entre as referências teóricas (polo teórico), o paradigma foi interdisciplinar, tendo sempre como eixo principal a prática psiquiátrica.

Casos clínicos

O primeiro dos casos clínicos apresentados é o de uma mulher jovem, atendida em um pronto-socorro e com quadro psicopatológico inespecífico e sem diagnóstico prévio. O segundo caso diz respeito a um homem de meia-idade, atendido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro sintomático e histórico de diagnóstico prévio de transtorno mental com uso irregular de medicamentos. Os dois casos trouxeram situações nas quais são imaginados pacientes diferentes quanto a gênero, cor, origem socioeconômica, idade, histórico psiquiátrico, acompanhamento familiar, *settings* de atendimento e filosofia. Em comum, apenas o fato de que ambos os pacientes recusavam a internação voluntária, instaurando, assim, o dilema ao psiquiatra: internar involuntariamente ou dar alta para o paciente, propondo seguimento ambulatorial?

Caso clínico I

Mulher, 23 anos, branca, formada em Ciências Sociais, não trabalha, solteira, mora em Pinheiros com os pais (ambos engenheiros), tem um irmão mais novo.

Desde a adolescência, apresenta comportamento intempestivo, com rupturas frequentes das relações amorosas. Culmina usualmente com ameaças de suicídio, chegando a ser levada ao pronto-socorro por duas vezes (última

vez há um ano, após término de namoro). Nunca chegou a colocar em risco sua vida durante tais ameaças.

Apesar da boa condição cognitiva, teve dificuldades em concluir a faculdade, chegando a ser quase jubilada "por faltas". Queixava-se sempre dos professores e dos colegas, alegando que vive numa "sociedade injusta", na qual todos são hipócritas, e que gostaria de morar "numa praia, vendendo água de coco", porém, nunca se planejou para isso.

Apresenta também histórico de abuso de álcool, colocando sua vida em risco quando dirigia alcoolizada. No entanto, os pais retiraram seu carro e, desde então, anda somente de táxi. Quando chega alcoolizada em casa, acorda a todos fazendo sempre as mesmas queixas contra a família e a sociedade.

Já fez tratamento psiquiátrico em uso de quetiapina 300 mg, venlafaxina 150 mg e clonazepam 4 mg, porém, faz uso irregular das medicações. Diz não tomar as medicações há pelo menos três meses, data da última consulta. Também fez psicoterapia em diversos momentos da vida desde a adolescência, abandonando o tratamento após poucos meses. Nunca esteve internada em hospital psiquiátrico e não tem problemas clínicos de saúde.

Chega hoje, às 3h da madrugada, ao pronto-socorro psiquiátrico onde você está de plantão. Amigos contam que ela estava no bar e, após uma discussão com um "paquera", ameaçou suicidar-se: saiu correndo, dizendo que se jogaria de uma ponte. Um amigo conseguiu segurá-la e, mesmo após muita conversa, ela insistia que não aguentava mais viver assim e que já estava decidida a se matar. Por isso, foi levada ao pronto-socorro pela melhor amiga.

Os pais foram acionados, porém, estão em viagem no exterior junto com o irmão e inacessíveis por telefone. Também não há ninguém da família na cidade. A paciente não apresenta sinais de embriaguez (há três horas não ingere álcool). Não está agitada, não apresenta polarização do humor nem alterações do juízo de realidade. Não fala em suicídio neste momento. Não faz interação visual e não quer conversar com ninguém da equipe, sendo o diálogo sempre mediado pela amiga que a acompanha. Essa última se compromete a ficar ao lado da paciente o tempo todo em sua casa até os pais voltarem e também não concorda com a internação, mesmo sabendo do risco de suicídio.

Caso clínico II

Homem, 53 anos, negro, operador de máquina industrial, casado (três filhos), morador da periferia de São Paulo. Pais moram fora de São Paulo.

Desde o início da idade adulta, apresenta quadros intermitentes com duração variada de agitação psicomotora, humor irritável, poucas horas de sono, sentimentos de grandeza. Na adolescência, não apresentava qualquer alteração de comportamento. "Sempre foi responsável e trabalhador", segundo a esposa, casada com ele há 30 anos, "mas quando entra em surto fica extremamente agressivo e ninguém consegue segurá-lo". Já chegou às vias de fato com um vizinho por motivos fúteis, tendo o último feito um boletim de ocorrência na delegacia. Nunca agrediu a esposa e os filhos.

Faz tratamento na UBS em que você é o novo psiquiatra. Vinha em uso de carbamazepina 400 mg, clorpromazina 100 mg, haloperidol 5 mg e, segundo as anotações do prontuário, o diagnóstico é de F29 (CID-10). Apesar de aderir ao tratamento, quando está em crise quer decidir quais medicações tomar e se queixa muito da perda do apetite sexual. Tem um tio que sofre dos mesmos problemas e que já esteve internado em hospital psiquiátrico. Não há relatos de abuso de álcool ou drogas.

A família está assustada e acha que essa crise está "mais forte" do que de costume, pois o paciente ameaça matar o tal vizinho com quem já teve problemas. Os familiares insistem na internação hospitalar, alegando que "não há condições de cuidar dele em casa".

O paciente se mostra irritável na entrevista, fala bastante sobre seu trabalho e a respeito dos problemas com o vizinho, de quem "não gosta" e que "não merece estar vivo", nunca deixando claro o motivo. No entanto, mostra respeito pelo médico (você) e é afetivo ao contato. Não acha que precisa de tratamento ("sou desse jeito mesmo e me sinto feliz assim"), mas aceita tomar medicação, desde que não fique internado e possa voltar ao trabalho, pois diz que sem ele "a empresa não anda".

Tomar decisões é fazer escolhas, negar possibilidades em prol de uma delas. Escolher é sempre aposta: implica incertezas, pode trazer arrependimento. Imagine-se, então, a responsabilidade envolvida em decidir quando se está em posição de autoridade e a decisão a ser tomada envolve a felicidade do outro. É esse o desafio explorado nesta instigante obra sobre a decisão da internação psiquiátrica. Alinhando-se à tradição da filosofia prática, este livro não nos ensinará o que decidir, mas certamente nos ajudará a compreender as virtudes que podem nos nortear e os dilemas a se enfrentar nesse tipo de decisão.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

PSIQUIATRIA

ISBN 978-65-5506-238-0

9 786555 062380

www.blucher.com.br

Blucher

Clique aqui e:

VEJA NA LOJA

O Psiquiatra em Conflito

Fatos, valores e virtudes nas internações involuntárias

Gustavo Bonini Castellana

ISBN: 9786555062380

Páginas: 192

Formato: 16 x 23 cm

Ano de Publicação: 2021

Peso: 0.305 kg