Gustavo Bonini Castellana

O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

SÃO PAULO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Castellana, Gustavo Bonini
O psiquiatra em conflito : fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias / Gustavo Bonini Castellana. -- São Paulo, 2019.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Psiquiatria 2.Internação involuntária 3.Virtudes 4.Tomada de decisão 5.Moral 6.Ética

USP/FM/DBD-277/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Para Luciana, Helena e Vinícius.

E para todos aqueles que exercem esta profissão com as virtudes que ela exige, em especial Marco Antônio Vitti, quem me levou ao encontro da Psiquiatria.

Agradecimentos

Agradeço à professora Lilia Blima Schraiber, pessoa de rigor intelectual e moral raros, cuja paixão e comprometimento com o ensino tornam o aprendizado uma ferramenta potente e transformadora de nós mesmos.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, que acolheu o presente trabalho e promoveu um ambiente agradável e solidário de aprendizagem. Agradeço em especial ao professor José Ricardo Ayres, cuja generosidade se reflete em todo o Departamento, e aos demais membros da banca de qualificação, os professores Claudio Eduardo Muller Banzato e Octavio Domont de Serpa Júnior, pelas valiosas críticas e sugestões ao trabalho desenvolvido até aquele momento.

Ao professor Geraldo Busatto Filho, que apoiou a realização desta pesquisa quando era apenas uma ideia, reafirmando sua inigualável disposição para expandir os horizontes da pesquisa em Psiquiatria.

A Daniel Martins de Barros, pelas primorosas sugestões bibliográficas que sempre traz consigo e pela confiança que depositou nesse trabalho, e também a Antônio de Pádua Serafim, ambos fundamentais, como coordenadores do Núcleo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), na garantia da liberdade de pensamento necessária para que reflexão e prática caminhem sempre *pari passu*.

Aos demais membros do NUFOR, que me apoiaram e me estimularam neste trabalho e em tantos outros, em especial a Jacqueline Michelle Segre e a Thiago

Fernando da Silva, pela parceria fértil, solidária e gratificante que construímos juntos.

A Guilherme Peres Messas, cujo vanguardismo e genialidade erigiram as bases psicopatológicas de meu trabalho como psiquiatra, e a Renato Del Sant, por manter vivos no IPq o interesse e a reflexão sobre as formas de sofrimento humano, o que me inspirou desde os primeiros anos de residência em Psiquiatria.

A Nelson Ernesto Coelho Júnior, pela versatilidade com que transita entre os vários campos do saber fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, e a Liana Pinto Chaves, por ter me proporcionado uma experiência única e transformadora de análise que permitiu com que encarasse este desafio.

Aos colegas psiquiatras entrevistados que cederam generosamente seu tempo e suas histórias e que me encantaram ainda mais com os desafios da profissão.

À Luciana, pela ternura e sensatez que sempre demonstra nos momentos mais difíceis e que me traz a clareza necessária para seguir adiante.

Aos meus filhos, Helena e Vinícius, pelo prazer que me fazem sentir pela vida a cada instante em que estamos juntos.

Aos meus pais, cuja absoluta dedicação aos filhos e netos renovam em mim a certeza de que o amor é tudo de que precisamos.

Ao meu irmão Fábio (*in memorian*), de quem a saudade só aumenta e com quem partilhar esta conquista faria dela, certamente, algo ainda melhor.

“Porque a vida só se dá pra quem se deu...”

Vinícius de Moraes

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monogra as. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

Apresentação *1*

1. O psiquiatra em conflito *8*

1.1. Importância e ambições deste estudo **13**

1.2. Escolha dos métodos **16**

1.3. Considerações éticas para a realização da pesquisa **23**

2. Fatos: o conhecimento psiquiátrico e seus limites *25*

2.1. A Psiquiatria como especialidade médica: a questão histórica **25**

2.2. A natureza dos transtornos mentais: a questão epistemológica **29**

2.3 Matrizes teóricas do diagnóstico: a questão nosológica **39**

3. Valores: da perspectiva ética à ação moral em Psiquiatria *49*

3.1. Valores e a perspectiva ética **49**

3.2. Ação moral e técnica na Medicina e na Psiquiatria **52**

4. Virtudes: o psiquiatra e a sabedoria prática *58*

4.1. O modo de ser do psiquiatra **58**

4.2. *Phronesis*: a virtude da sabedoria prática **62**

5. O dilema das internações involuntárias *65*

5.1. Internação involuntária: uma decisão difícil **67**

5.2. Avaliação do risco à saúde: o motivo da internação **68**

5.3. Avaliação da autonomia do paciente: a justificativa da involuntariedade **71**

6. Exercícios de julgamento clínico *75*

6.1. O primeiro momento: o julgamento clínico **76**

6.1.1. A importância do diagnóstico 77

6.1.2. Avaliação do risco à saúde 81

6.1.3. Capacidade de decisão do paciente 85

6.2. O segundo momento: a tomada de decisão quanto à internação **89**

6.2.1. O contexto do atendimento 90

6.2.2. O suporte familiar 94

6.2.3. O vínculo com o paciente 97

6.3. O julgar: fatos e valores no diagnóstico e na tomada de decisão **99**

6.3.1. A dimensão valorativa no diagnóstico 100

6.3.2. A perspectiva ética na tomada de decisão 102

6.4. A sabedoria prática **107**

7. Experiências profissionais *114*

7.1. Da Clínica Médica à Psiquiatria: cruzando as fronteiras da Medicina? 114
7.2. A interface com as Humanidades 118
7.3. A interpessoalidade e a empatia na clínica psiquiátrica 123
8. Os tipos de psiquiatra e o habitus da Psiquiatria 128
8.1 Os tipos (ideais) de racionalidade em Psiquiatria.....128
8.2. O *habitus* do psiquiatra em seu campo científico.....134
9. Uma fenomenologia da Psiquiatria, à guisa de conclusão.....140
10. Referências.....144
Anexo I 144
Anexo II.....174
Anexo III 178

Resumo

Castellana GB. *O psiquiatra em conflito*: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: O julgamento clínico e a tomada de decisão em Psiquiatria são atos complexos e que com alguma frequência coloca o psiquiatra em conflito a respeito da melhor conduta a seradotada. Isso acontece especialmente nos casos que envolvem a possibilidade de internação involuntária, nos quais um dilema moral é instalado diante da ausência de consentimento do paciente com o tratamento proposto. Por isso, tais casos são considerados "casos difíceis". Nessas situações o psiquiatra deverá justificar sua decisão com base na avaliação da capacidade de autonomia e no risco à saúde do paciente. Este trabalho teve como objetivo avaliar como a dimensão subjetiva do psiquiatra tem impacto na sua decisão nesses casos, examinando a relação entre fatos, valores e virtudes presentes na clínica psiquiátrica. MÉTODOS: Apoiando-se na metodologia qualitativa baseada em análise de conteúdo, foram entrevistados 17 residentes do terceiro ano de Psiquiatria de um mesmo programa. As entrevistas foram compostas por duas partes: exercícios de julgamento clínico e experiências profissionais. Nos exercícios de julgamento clínico foram apresentados dois casos hipotéticos, ambos inspirados em situações cotidianas de trabalho, em que o psiquiatra deveria decidir pela internação involuntária ou liberação do paciente e justificar sua decisão. Já nas experiências profissionais foram exploradas as vivências dos residentes durante a formação profissional, desde o curso de Medicina até a residência em Psiquiatria. RESULTADOS: a análise das entrevistas revelou que, tanto para o julgamento clínico quanto para a conduta assistencial proposta, os valores subjetivos de cada psiquiatra tiveram influência na sua avaliação. Esses valores foram coadunados com diferentes perspectivas epistemológicas do conhecimento psicopatológico adotadas pelos psiquiatras e revelados pelas experiências profissionais. Do ponto de vista do uso desse conhecimento, foi possível identificar três tipos de racionalidade psiquiátrica: organicista, que tem como matriz teórica as Neurociências; psicodinâmica, cuja base teórica é a Psicanálise; e fenomenológica, cuja vertente teórica é a Fenomenologia. Essa análise também revelou que algumas virtudes são necessárias para que o psiquiatra possa realizar esse julgamento, entre elas a empatia, abertura à interpessoalidade, autoconhecimento e sabedoria prática (*phronesis*). A decisão clínica final mostrou-se, portanto, dependente da perspectiva ética e epistemológica assumidas pelo psiquiatra. CONCLUSÕES: o julgamento clínico e a tomada de decisão correspondente dependem não somente do conhecimento técnico-científico, mas também da dimensão valorativa e das virtudes associadas à subjetividade do psiquiatra. Essa totalidade que compreende a combinação dos fatos científicos, dos valores dos sujeitos e das virtudes na prática psiquiátrica permite identificar o *habitus* dos agentes dessa prática como próprio de uma zona de fronteira entre as ciências naturais e humanas, o que coloca constantemente em questão o pertencimento da especialidade ao campo científico hegemônico, organicista, da Medicina.
Palavras-chave: Julgamento clínico; Psiquiatria; Tomada de decisão; Internações involuntárias; Sabedoria prática; Moral; Ética; Virtudes

Abstract

Castellana GB. *The conflicted psychiatrist*: facts, values and virtues in the dilemma of involuntary commitment [thesis]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUCTION: Some of the most complex situations faced by Psychiatry are clinical judgment and decision-making, constantly placing psychiatrists at odds about the best course of action. This is especially true in cases involving involuntary commitment, in which the patient's absence of consent with the treatment may constitute a moral dilemma for the physician. That is why these are considered "difficult cases", which must be weighed against the patient's autonomy and risk presented. The aim of this paper is to assess to what extent the psychiatrist's subjective dimension influences his/her decision-making in these cases, examining the relationship between facts, values and virtues in psychiatric clinic. METHODOLOGY: Grounded on qualitative methodology, based on content analysis, 17 third-year residents in Psychiatry of the same program were interviewed. These interviews had two parts: case studies and professional experience. For the first part, interviewees were presented with two hypothetical cases, both inspired by ordinary clinical practice, in which he/she was asked to either opt for involuntary commitment or discharge of patient, in each case with the relevant justifications. For the second part, the focus was on the interviewee's experience, going from Medical School to residency in Psychiatry. RESULTS: The interview results revealed that in both cases, clinical judgment and treatment proposed, each psychiatrist's subjective values influenced their assessment. These values were coupled with different epistemological perspectives of psychopathological knowledge adopted by the psychiatrists and revealed in their professional experience. Based on the use of such knowledge, it was possible to identify three types of psychiatric rationale: organicist, theoretically based on Neurosciences; psychodynamic, theoretically grounded on Psychoanalysis; and phenomenological, theoretically supported by Phenomenology. Analysis of the results also revealed that this judgment by psychiatrists requires some virtues, including empathy, self-knowledge, availability to interpersonal relationships and practical wisdom (*phronesis*). Accordingly, each final clinical decision revealed to depend on the psychiatrist's ethical and epistemological positions. CONCLUSIONS: clinical judgment and the corresponding decision-making are based not only on technical-scientific knowledge, but also on the psychiatrist's system of values and virtues. This whole, which combines scientific facts, values and virtues in psychiatric practice, places the *habitus* of psychiatrists at the border between natural and human sciences, which is responsible for the constant questioning of whether this speciality belongs to the hegemonic, organicist scientific realm of Medicine.

Key words: Clinical Judgment; Psychiatry; Decision Making; Involuntary Commitment; Practical wisdom; Moral; Ethics; Virtues.

Apresentação

> Pois, uma das tarefas essenciais de qualquer ciência da vida cultural dos homens é, realmente, desde o início, a apresentação clara e transparente de suas idéias, para compreendê-las e para saber o porquê de se ter lutado por elas (Max Weber, 2001).

A presente tese teve como principal objetivo explorar a subjetividade do trabalho como psiquiatra, em especial o julgamento clínico e a tomada de decisão em casos que envolvem a possibilidade de internação involuntária. Tão voltado para as motivações que estão no íntimo de tantos psiquiatras, não seria adequado a este trabalho prescindir de expor logo de partida as motivações que impulsionaram o seu autor. Por isso, eu, Gustavo Bonini Castellana, tomo nesta apresentação a liberdade de empregar a primeira pessoa do singular e assim aproximar o leitor desta tese, do seu contexto de produção e da minha trajetória profissional.

Graduado em 2004 pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), instituição pioneira no ensino por meio do *Problem Based Learning* (PBL) e na formação humanística em Medicina no Brasil, escolhi a Psiquiatria antes mesmo da Medicina, influenciado por um psiquiatra amigo de meus pais, ambos médicos. A Medicina era uma passagem (e que se revelou fundamental em minha formação) para a profissão de psiquiatra. Minha escolha pela Psiquiatria representava mais do que a busca por autonomia profissional e reconhecimento social. Tratava-se de encontrar uma profissão que pudesse promover em mim a satisfação de minha curiosidade pelo humano, principalmente pelas experiências de sofrimento psíquico.

A residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria (Ipq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), realizada de 2005 a 2007, ofereceu a mim a oportunidade de um contato intenso, e por vezes extenuante, com pacientes nas mais diversas formas de sofrimento e

adoecimento psíquico. A maior dificuldade que encontrei, no entanto, foi a ausência de reflexão sobre a experiência do psiquiatra diante de seu paciente. É certo que nas supervisões em psicoterapia tais dificuldades eram trabalhadas, porém o desafio do julgamento clínico, especialmente no caso dos pacientes mais difíceis, exigia compreensão ampla da natureza das idiossincrasias clínica psiquiátrica.

Já na residência propus à coordenação do hospital que fosse formado um grupo para discutir o tema, no qual fossem debatidos e estudados as dimensões subjetivas do trabalho do psiquiatra, a complexidade do diagnóstico e os limites de nosso conhecimento. A ideia, todavia, não foi adiante. O argumento da coordenação na época era que não existiam evidências científicas de que isso pudesse ajudar os residentes a melhor desenvolver seu trabalho - o que bem retrata os valoresdiego gracia da instituição naquele momento.

No mesmo período, fora do programa de residência, passei a frequentar grupos de estudo e de supervisão em Psicopatologia Fenomenológica e por meio deles pude desenvolver ferramentas para o trabalho clínico em consultório como psiquiatra e psicoterapeuta.

Ao final do segundo ano de residência médica (o último naquela época) e tendo grande interesse pelas interfaces da Psiquiatria com a ética e a moralidade, optei por me candidatar ao ano adicional em Psiquiatria Forense, cursado em 2007. Ainda durante a residência, fui convidado para trabalhar no projeto de atenção à saúde mental de jovens infratores da Fundação Casa e nele atuei por dez anos. Lidar com jovens marcados pela vulnerabilidade social demandava dos psiquiatras reflexão sobre questões fundamentais à Psiquiatria Clínica e Forense, as quais, no entanto, eram relegadas a segundo plano na prática cotidiana, como acontecia, por exemplo,

com a questão da medicalização do comportamento (Donnangelo, 1979; Schraiber e Mota, 2015; Illich, 1975).

Estimulado pelo trabalho de doutorado de Daniel Martins de Barros, naquela época coordenador do projeto, realizei pesquisa de mestrado sob a orientação do Prof. Dr. Geraldo Busatto Filho, visando compreender as influências constitucionais e ambientais do comportamento antissocial. A dissertação resultante dessa pesquisa foi defendida em 2014 junto ao Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

Durante a pesquisa de mestrado, enquanto cursava a disciplina de História da Medicina, tomei conhecimento dos estudos sobre a profissão médica baseados em depoimentos individuais dos próprios médicos (Schraiber, 1993, 2008). O caráter qualitativo desses trabalhos reforçou o meu interesse em explorar aspectos subjetivos do ofício e do julgamento clínico do psiquiatra, o que até então não achava passível de ser estudado empiricamente. Por isso, assim que concluí o mestrado, fui incentivado pelo meu então orientador a procurar a Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber para que junto dela concebesse um projeto de doutorado segundo essas aspirações.

Um projeto de doutorado foi apresentado e aprovado pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP em 2015, tendo como título: “O psiquiatra em conflito: dilemas éticos, teóricos e individuais nos casos difíceis”. Os primeiros resultados da pesquisa foram avaliados pela banca de qualificação em setembro de 2017, aprovados pelos examinadores e acompanhados de sugestões preciosas. Tais sugestões estimularam minha orientadora e eu, entre outras coisas, a melhor adequar o título e o escopo do trabalho.

A primeira adequação ocorreu a partir da crítica de que a expressão “caso difícil” era demasiadamente ampla. De fato, a intenção inicial era abordar casos nos

quais o psiquiatra tivesse enormes dificuldades para tomar sua decisão não em razão do diagnóstico ou do desafio terapêutico em si, mas por causa de algum dilema moral envolvido no caso. No entanto, a pesquisa concentrou-se em casos clínicos nos quais o conflito se dava em função da decisão médica sobre a internação involuntária de algum paciente, sendo, portanto, mais adequado restringir o campo de análise apenas a tais situações. A segunda adequação em relação ao título do trabalho dizia respeito à sobreposição dos dilemas apresentados inicialmente: as dimensões "ética, teórico e pessoal" estavam imiscuidas em um caso concreto, de modo que a separação entre elas seria algo meramente artificial. Ao ponderar sobre isso, minha orientadora e eu notamos que o dilema central da pesquisa estaria na decisão sobre internar ou não o paciente, sendo que as dimensões exploradas seriam subjacentes ao conflito e deslocariam o dilema em questão para o caso concreto. Por fim, influenciado pelas leituras feitas ao longo do trabalho de pesquisa, optei junto de minha orientadora por renomear as dimensões mencionadas no título. Assim, a presente tese recebeu o seu nome final: "O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias".

Antes de dar por encerrada essa apresentação, cabe ainda esclarecer duas motivações adicionais para o presente trabalho.

A primeira delas é que parece haver certo ceticismo entre os médicos em relação a estudos assemelhados a este em virtude de sua pretensa "inutilidade" à prática profissional e da restrição ao âmbito acadêmico de reflexão (Clavreul, 1978). A meu ver, estudos como o do presente trabalho não apenas podem, mas também devem dialogar com os médicos atuantes e contribuir diretamente para a prática da Medicina, sendo assim necessários para o desenvolvimento da especialidade. Quero

dizer com isso que é a prática dos psiquiatras que pretendo atingir, despertando-os de uma "atitude natural" (Husserl, 2006) e para que assim percebam aquilo que subjaz cotidianamente à prática: crenças, ideologias, valores e tudo aquilo que seria pré-reflexivo, pertencente ao mundo da vida dos psiquiatras e que se expressam de alguma forma sobre seu julgamento clínico e tomada de decisão. Por isso, pode-se dizer que, do ponto de vista epistemológico, isto é, do sentido de uma "reflexão ou vigilância interna da ciência sobre seus procedimentos e seus resultados" (Bruyne et al., 1977, página 41), a atitude fenomenológica é também o que inspira este trabalho. Conforme Habermas (1989), o enfoque fenomenológico salienta o caráter intersubjetivo das relações cotidianas e essa configuração expressa no mundo da vida seria constitutiva das visões pré-científicas do pesquisador.

A segunda motivação diz respeito ao contexto mais propriamente acadêmico no qual está inserida a presente pesquisa. Ainda que localizada na interface de estudos históricos sobre as práticas da Psiquiatria[1] e influenciada por trabalhos dessa natureza, a presente tese evita um recorte histórico-social *stricto sensu* e vai em direção ao estudo dos conflitos que envolvem a prática do psiquiatra a partir do próprio relato desse profissional. Valoriza-se assim a relação médicopaciente e o julgamento clínico exercidos no cotidiano da prática profissional, semelhante ao que fez Atkinson (1995) e denominou de "microssociologia do conhecimento médico".

Por fim, considero que a tese apresentada aqui é resultado não somente do meuestudo individual, mas também, e não menos importante, do aprendizado e da

[1] Diversos trabalhos que tiveram como objeto de estudo a Psiquiatria como prática social e histórica no Brasil inspiraram esta pesquisa, com enfoques diferentes que, conforme Urquiza (1991), podem assim ser caracterizados: a partir da questão da exclusão (Mourão, 1985), urbanização e proletarização (Cunha, 1986) e do higienismo (Giordano Jr, 1989). Pode-se ainda acrescentar a esses os próprios trabalhos de Urquiza (1991) e Pereira (1995) sobre a prática psiquiátrica no Estado de São Paulo na primeira metade do século XX, e o de Kurcgant (2010) sobre o conceito de crise não epiléptica-psicogênica, além dos clássicos "Danação da norma" (Machado et al, 1978), "A psiquiatria como discurso da moralidade" (Birman, 1978) e "História da Psiquiatria no Brasil" (Costa, 2006).

experiência que adquiri como colaborador do NUFOR ao longo desses anos nas áreas de ensino, pesquisa e assistência.

Em ensino e assistência, a convite da Profa Lilia Schraiber, ministrei aulas de Ética e Medicina para os programas de Residência multiprofissional e de Residência médica do Departamento de Medicina Preventiva. Como colaborador do NUFOR-IPq, coordeno reuniões clínicas mensais sobre dilemas éticos em Psiquiatria. Tais reuniões são abertas a todos os membros do IPq – isto é, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, e passaram a fazer parte da grade oficial dos residentes do terceiro ano de Psiquiatria em 2018. Nessas ocasiões costuma-se partir da exposição de um caso clínico por algum membro do corpo clínico (residente ou assistente), no qual estaria implícito certo dilema ético. No caso específico das reuniões, o residente do ano adicional em Psiquiatria Forense (R4) é o responsável por realizar uma triagem dos casos de interesse junto ao corpo clínico, bem como selecionar artigos científicos que possam ser de interesse para a discussão. Sendo assim, a partir da apresentação de um caso concreto, discutimos em reunião a conduta mais prudente a ser adotada com base no modelo da Teoria da deliberação moral de Diego Gracia, o que será tratado mais adiante. Até o momento foram debatidos temas dos mais variados, como, por exemplo, sigilo em caso de pedofilia, ameaça de heteroagressividade e autonomia no tratamento de transtornos alimentares. Além dessas reuniões configurarem uma atividade assistencial (consultoria ética aos casos discutidos) e de ensino (aos residentes e demais membros do corpo clínico), elas também têm estimulado a pesquisa e resultado na publicação de artigos científicos baseados em estudos de caso apresentados pelos residentes, tendo sido um deles, por exemplo, aceito para publicação no periódico *Clinical Ethics* (Anexo I). Foram também

submetidos duas *letters to the editor*: a primeira, diretamente resultado deste trabalho, faz um panorama a respeito dos conflitos legais envolvidos nas internações involuntárias, e foi submetida à *Brazilian Journal of Psychiatry*; a segunda é fruto de uma das reuniões sobre dilemas éticos em casos de pedofilia e foi submetida à *Archives of Clinical Psychiatry* (Anexo III)[2].

O aprendizado sobre metodologia qualitativa, desenvolvido ao longo do presente trabalho, promoveu também a formação de um grupo de estudos com jovens psiquiatras do IPq, interessados em desenvolver estudos, por meio de metodologias semelhantes, que abordem as questões éticas e epistemológicas da Psiquiatria. No meu entender, a importância dessas abordagens foi negligenciada nos últimos anos no ensino da Psiquiatria. Mas, jovens psiquiatras têm se interessado cada vez mais em estudar esses temas no início de sua vida profissional, principalmente em virtude dos desafios que o exercício da especialidade impõe a eles no cotidiano.

Tomando este relato pessoal como um testemunho da permeabilidade das dimensões subjetivas com a trajetória profissional, a produção do conhecimento, o julgamento clínico e, por fim, a tomada de decisão em Psiquiatria, passo agora à exposição da tese propriamente dita.

[2] Para a elaboração desses artigos recebi a colaboração de diversos colegas, cujos nomes constam nos respectivos anexos.

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 e 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 e Stanghelini, 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 (Bjork, Lino e 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, 2003) apresenta uma concepção diferente e que é adotada neste trabalho: casos difíceis são aqueles nos quais a dificuldade se impõe sobre a conduta assistencial e terapêutica a ser adotada, principalmente em virtude dos pacientes não concordarem com a proposta de tratamento oferecida e sendo, por isso, qualificados como “pessoas difíceis” pelos profissionais de saúde (Yokaichiya et al, 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 mesmo. 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 e 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 aolongo 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 (*techne*). E cada uma dessas dimensões está investida de *valores*, ou seja, de afetos 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 morais se revelam necessárias (Sadler, 2004), entre as quais se destaca a *phronesis*, traduzida aqui como como sabedoria prática (Ricoeur, 1991,1995).

Tendo esse modelo em vista, a tese aqui apresentada está organizada para melhor explorar cada uma das competências 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 permeiam 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 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 características necessárias ao psiquiatra para que considere toda a complexidade da matéria psiquiátrica em sua decisão. São examinadas nesse momento a confiabilidade, a franqueza, a honestidade, a empatia e algumas outras qualidades, sempre com o objetivo de avaliar a importância de tais características para o psiquiatra em seu julgamento clínico.

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 10216 no contexto da remodelação do atendimento em saúde mental em decorrência da Reforma Psiquiátrica. Em seguida, são explicitados os conceitos, critérios e limites para a intervenção terapêutica frente ao paciente que apresenta risco à saúde. E, por fim, aponta-se aqui o fato de que esses casos constituem um tema "complexo e sensível" (Schraiber, 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, no qual os entrevistados expressam suas opiniões e posicionamentos práticos sobre os casos apresentados; e as experiências individuais, nas quais esses mesmos profissionais relatam vivências pessoais e profissionais que balizaram suas decisões. No capítulo 8 são interpretados todos esses resultados à luz dos fatos, valores e virtudes que foram identificados no conteúdo das entrevistas e que juntos comporiam o *habitus* do psiquiatra.

Assim, pode-se dizer de antemão que a presente 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, enfim, que essa abordagem interdisciplinar sirva à proposta de pesquisa de que a interrelação entre as dimensões técnico-científicas e valorativas

estaria coadunada ao exercício do julgamento clínico. Como se busca mostrar nas considerações finais, isto é, no capítulo 9, tal interdependência entre essas dimensões faria da prática psiquiátrica uma atividade particular em relação às outras áreas médicas, pois exige dela um corpo de conhecimentos práticos e teóricos que extrapola o campo das ciências biomédicas e constitui um campo próprio da Psiquiatria.

1.1. Importância e ambições deste estudo

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. Jás as situações de conflito "à beira do leito" (Figueiredo, 2011) ou na "cabeceira do doente" (Durand, 2003), nos quais um dilema se instala sem ter uma única saída correta do ponto de vista ético e clínico (e por isso são 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 pronto-socorros gerais ou psiquiátricos, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que 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 sociofamiliar do paciente. Dentre 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 julga ele ser o melhor para o seu paciente, mesmo que à revelia do mesmo?

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 valores que moldam sua perspectiva ética e 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. 10216 de 6 de abril 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 está ela subordinada a um exercício de subjetividade bem mais complexo, perseguiu-se neste trabalho, 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. Espera-se com isso contribuir para o aprimoramento da própria clínica psiquiátrica.

Nessa perspectiva, foram considerados objetivos específicos:

1. Compreender como os juízos de fato, permeados pelas questões históricas, epistemológicas e nosológicas da especialidade, em especial as diferentes matrizes teóricas, incidem sobre a forma de raciocínio clínico dos psiquiatras.

2. Compreender como os juízos de valor, representados pela perspectiva ética implícita na racionalidade do psiquiatra, estão relacionados com as ações morais dos psiquiatras, principalmente diante dos casos difíceis e dentro das possibilidades de deliberação

internas aos códigos normativos de sua profissão.

3. Compreender as atitudes dos psiquiatras diante do dilema da internação involuntária à luz das virtudes individuais, tendo em vista aspectos constitutivos da personalidade e das experiências de vida e observando como essas características influenciariam o julgamento clínico e a tomada de decisão do psiquiatra.

4. Compreender, por fim, como formas específicas de juízos interagiriam entre si, compondo tipos ideais de psiquiatras e especificando o *habitus* do psiquiatra em sua relação com campo científico da Medicina.

1.2. Escolha dos métodos

O presente estudo é baseado no método qualitativo e tem como principal instrumento de produção de dados empíricos a realização de entrevistas semi-estruturadas com médicos residentes do último ano de Psiquiatria em um dos principais centros de educação e pesquisa médica do país. Tendo em vista preservar 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. Sendo 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 e Assis, 2002). Conforme Minayo e Sanches (1993), 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" (p. 247) para "compreender, interpretar e dialetizar" os resultados obtidos (Bardin, 2016).

A produção de dados foi realizada a partir de duas atividades realizada 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 de *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 pronto-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 de realização dessa atividade da produção dos dados empíricos da pesquisa de campo, sendo apenas melhor 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.

O primeiro desses casos 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 ao gênero, cor, origem socioeconômica, idade, histórico psiquiátrico, acompanhamento familiar, *settings* de atendimento e psicopatologia. 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?

Após a leitura de cada um desses casos, procedeu-se para a *entrevista focalizada* (Merton e 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 forma 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 associados 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 email 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, 2016 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 do *habitus* (Bourdieu, 1996, 2003, 2013) em Psiquiatria, conceitos esses explicitados adiante.

De modo sintético, inspirado pelo modelo quadripolar de Bruyne et al. (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 (pólo técnico) foram utilizadas *entrevistas semi-estruturadas*. No pólo morfológico, que permite a estruturação do objeto de estudo, foram utilizadas as categorias temáticas de Bardin, os conceitos de *tipos ideais* de Weber e de *campo* e *habitus* de Bourdieu, acrescidos daqueles sobre o trabalho em Medicina, com ênfase na esfera do exercício clínico da profissão. Por último, entre as referências teóricas (pólo teórico), o paradigma foi interdisciplinar, com especial acento na microssociologia da prática psiquiátrica.

Sendo assim, seguem abaixo para consulta os casos utilizados.

<u>Caso clínico I</u>

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" onde 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 taxi. 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 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 e 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 (3 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, clopromazina 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 quede 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 o qual "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".

1.3. Considerações éticas para a realização da pesquisa

A presente pesquisa foi aprovada em 12/02/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC da FMUSP e o seu registro online é 14515.

Todos os sujeitos foram informados sobre o teor da pesquisa, bem como da possibilidade de suspendê-la a qualquer momento que julgassem ética ou emocionalmente necessário. Foi também garantido o anonimato e absoluto sigilo

quanto aos dados individuais ou quanto a informações que os participantes não quisessem publicadas. Consentiu-se com a possibilidade do participante complementar a entrevista posteriormente. Todos os entrevistados autorizaram a publicação das transcrições sem censuras e concederam a entrevista sem interrupções.

2. Fatos: o conhecimento psiquiátrico e seus limites

> Os psiquiatras dificilmente podem se dar ao luxo de funcionar em estado de inocência filosófica (G. Berrios, 2015).

2.1. A Psiquiatria como especialidade médica: a questão histórica

Ainda que a história da loucura se confunda com a própria história da espécie humana (Pessotti, 2012) e que suas várias formas tenham sido descritas desde a Antiguidade (Reynolds e Wilson, 2014), a sistematização moderna do estudo das doenças mentais por médicos ocorreu apenas na virada do século XVIII para o XIX, quando Pinel passou a estudar e classificar os pacientes no Hospital Bicêtre em Paris (Bercherie, 2014; Pinel, 2007; Pessotti, 2012; Pereira, 2008).

A Psiquiatria pode ser considerada uma das primeiras individualizações no interior da Medicina, estabelecendo-se como ramo ou área de estudo e prática ainda no século XIX (Neves, 2012). Na Alemanha, a palavra “psiquiatria” (Psychiatrie) aparece por volta de 1808 e logo, em 1811, é fundada a primeira cadeira em universidade, enquanto na França isso ocorreria apenas em 1882 (Neves, 2012). Nascia ali uma raiz histórica do que, somente nos anos de 1940, viria a formar as especialidades médicas, tais como conhecidas atualmente na Medicina (Schraiber, 1993).

A busca por um método rigoroso de observação e descrição dos transtornos mentais já revelava a pretensão da Psiquiatria de se inserir no campo científico da Medicina, e também o seu vanguardismo em termos de especificidade como área de conhecimento e prática. Isso não excluía grandes dificuldades para se constituir como especialidade com os mesmos requisitos de outras áreas da Medicina, um movimento pendular que produz ecos até os dias de hoje.

Em um curso no *College de France*, Foucault (2006) debruçou-se sobre

aquilo que considerava a apropriação médica da loucura no século XIX, feita a partir da crise da Medicina clássica e do desenvolvimento da anatomia patológica, o que foi chamado por ele de “poder psiquiátrico”. Argumentava ele que a Psiquiatria teria se valido do “diagnóstico absoluto” (ter ou não ter doença mental, independentemente do diagnóstico diferencial) e da ausência de corpo (por falta de substrato anatômico para as doenças mentais) para constituir a si mesmo como uma área médica em plena crise da Medicina clássica. A partir daí, o interrogatório (anamnese) psiquiátrico, constituído pela pesquisa das hereditariedades, pródromos, sintomas e confissão central, passaria da confissão tal como se dava antes da modernidade e traduzida pela expressão “dê o seu sintoma e eu removerei sua culpa” para o inquérito, isto é, um recordatório positivamente instigado e perseguido pelo médico, característico do nascimento da clínica moderna em geral. Essa passagem mostra a constituição da Psiquiatria como área da Medicina e campo hegemônico do saber sobre a loucura, colocando tal condição do comportamento humano sob a égide do “poder médico”.

No século XIX, com a progressiva urbanização e a consolidação dos Estados nacionais soberanos, julgava-se necessário exercer algum tipo de controle cada vez maior sobre as pessoas, o que dá origem, por exemplo, à polícia e, *ipso facto*, a uma polícia médica na qual os alienistas tinham um papel chave (Lanteri-Laura, 1994; Castellana e Barros, 2012). Machado (1978) aponta que nessa época o médico “não é apenas alguém que possui uma técnica, conhece os grandes tratados teóricos, observa e, portanto, detém um saber. É também uma autoridade, alguém que intervém: decide, executa, fiscaliza, pune.” (p. 258).

Descrições clássicas que imputavam o comportamento antissocial a uma

espécie de “loucura com lucidez” (expressos, por exemplo, nos diagnósticos de *monomania* de Esquirol, *mania sem delírio* de Pinel ou *insanidade moral* de Prichard) eram a regra da ciência na Europa à época e influenciaram os psiquiatras brasileiros no século XX (Pacheco, 2003; Peres, 2012). Essa dimensão histórica dos diagnósticos é fundamental para entender o alienismo no Brasil: em face à loucura-perigo, era necessário que a polícia médica agisse “contra aqueles que circulam livremente nas ruas, que podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas” (Peres, 2012, p. 377). A interdependência entre as demandas da sociedade e o estabelecimento da especialidade revela a estreita interface entre a saúde mental e os contextos sociais, a qual permanece em alguma medida até os dias de hoje, a despeito das mudanças nas nosografias e do avanço nos tratamentos.

No Brasil, segundo Venâncio (2003), adotou-se um modelo inspirado inicialmente na Psiquiatria asilar francesa, a qual estava fundamentalmente preocupada com a reorganização social por meio da assistência. O modelo francês distinguia-se drasticamente da Psiquiatria biológica alemã, na qual a ênfase estava na busca pelas causas orgânicas da doença mental em instituições não-asilares, e por isso considerada “a primeira Psiquiatria biológica” (Venâncio, 2003, p. 884). O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício D. Pedro II, foi inaugurado em 1852 e, em 1890, renomeado como Hospital Nacional dos Alienados. Tratava-se de uma instituição orientada por um modelo híbrido entre as duas tradições psiquiátricas, cuja produção científica remetia aos alemães, enquanto o dia-a-dia no asilo fazia referência aos franceses.

O ensino regular de Psiquiatria oferecido aos médicos generalistas teve início em meados de 1890 com Teixeira Brandão, o qual ocupava a cadeira de “Doenças

Nervosas e Mentais" na então Universidade do Brasil (Neves, 2012). Em 1936, a Psiquiatria foi estabelecida como cadeira na FMUSP, sob os cuidados de Antonio Carlos Pacheco e Silva (Alarcão, 2018). Apesar disso, a prática da Psiquiatria já estava presente em São Paulo e era exercida por sujeitos de destaque como Homem de Mello e Franco da Rocha, este último fundador e responsável pelo Hospital do Juquery, inaugurado em 1898.

Assim como na Europa, a constituição da Psiquiatria no Brasil esteve o tempo todo entrelaçada com as demandas da sociedade. Como lembra Venâncio (2003), citando Russo (1993):

> É possível, portanto, afirmar que a medicina legal foi praticamente o berço da psiquiatria brasileira. Esta raiz comum que une as duas especialidades não é de modo algum fortuita. As relações de proximidade e conflito entre a medicina legal e a psiquiatria demonstram de forma exemplar a importância do discurso médico em geral, e do psiquiátrico em particular, na definição das questões políticas fundamentais para a nova sociedade que emergia (p. 9).

Um exemplo claro desse imbricamento entre Psiquiatria e questões político-sociais está no trabalho de Costa (2006), no qual é mostrado como a Liga Brasileira de Higiene Mental apoiou ideias eugenistas nos anos de 1920 e 1930 com o propósito de prevenir os transtornos mentais (algo tido como normal no contexto da época): "comparados a muitos psiquiatras atuais, aparecem como homens apaixonados pelo exercício da profissão" (p. 6). A partir disso, o autor concluiu que "a Psiquiatria está inevitavelmente comprometida com o social, queiram ou não os psiquiatras" (p. 7).

Tais elementos históricos são fundamentais para se compreender o contexto sócio-histórico em que se insere o trabalho do psiquiatra atualmente (Shorter, 2008; Porter, 2002; Beer, 2009), especialmente diante das rupturas e permanências históricas de seus referenciais teóricos e de suas práticas (Bertolli, 2017). A tensão

entre as dimensões natural-biológica e histórico-social, presentes na história da constituição da Psiquiatria enquanto campo de atuação médica, permanence nos dias de hoje tanto nas abordagens diagnósticas quanto na conduta assistencial (Singh e Singh, 2004).

2.2. A natureza dos transtornos mentais: a questão epistemológica

Dada a complexidade do conhecimento dos processos de saúde e doença, é necessário que se estabeleça as bases epistemológicas desses conceitos. Conforme aponta Ayres (2007), apoiando-se em Schraiber (1997),

> as dimensões éticas, morais e políticas inexoravelmente presentes nas práticas de saúde [...] precisam 'sair da sombra' e se tornar, a seu modo próprio, parte ativamente presente e valorizada na produção e aplicação de conceitos e técnicas (p. 51)

Conforme lembra Urquiza (1995), a doença no século XXI não pode mais ser considerada como um "fenômeno ontológico", tal qual era entendida no século XIX, quando "descrevê-la significa conhecê-la". É preciso ir mais fundo e conhecer as bases epistemológicos que sustentam as próprias noções de saúde e doença.

Essa distinção conceitual tem implicações práticas na sociedade, pois é a partir dela que são constituídos o saber e o campo de atuação dos psiquiatras (Varga, 2011). Um exemplo claro disso foi a discussão sobre a inclusão ou não do diagnóstico de homossexualidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) nos anos 70 – o diagnóstico foi excluído por votação apertada, após amplo debate, somente em 1973 (Zachar, 2012). De acordo com Henry Ey (apud Costa e Silva, 1979),

> a Medicina em geral, e a Psiquiatria em particular, como ciências diacríticas onde o diagnostico constitui um elemento fundamental de trabalho, são epistemologicamente baseadas sobre o julgamento primordial da diferença entre o normal e o patológico (p. 512).

Ainda segundo o iminente psiquiatra francês, os problemas filosóficos decorrentes do dualismo cartesiano entre mente e corpo levou ao "dilema psiquiatricida", o qual poderia ser resumido numa única pergunta: "A Psiquiatria seria uma Ciência da natureza ou uma Ciência do homem?" (Costa e Silva, p. 509). Sua teoria organodinamicista pretendia dar conta justamente do encontro entre essas fronteiras nos transtornos mentais, ainda que dentro de uma perspectiva médica.

Para escapar desse dilema psiquiatricida seria necessária uma compreensão do fenômeno dos transtornos mentais em toda a sua complexidade, escapando de reducionismos fundados seja nas ciências humanas, seja nas ciências da natureza[1].

No primeiro caso, o reducionismo é bem representado pela tese de Szasz (1961) que defendia a ideia de que as doenças mentais seriam um mito. Essa tese surgiu no contexto do movimento antipsiquiatria dos anos 1960 e 1970 (Bezerra Júnior, 2014) e criticava os abusos cometidos pelos psiquiatras. Nela o autor dizia que enquanto doenças verdadeiras apresentariam alterações estruturais no corpo, a ausência de marcadores biológicos nos transtornos mentais evidenciaria que eles não existiriam na realidade (ou, ao menos, que esses transtornos não teriam o mesmo estatuto das doenças definidas pela Medicina). Já no segundo caso, a defesa do contrário, isto é, da tese de que a Psiquiatria seria uma ciência da natureza produziria a crença de que as causas biológicas dos transtornos mentais ainda serão devidamente comprovadas, como proposto pelo projeto *Research Domain Criteria* (RDoC), discutido melhor adiante.

[1] A origem dessa dualidade nas ciências em geral é discutida por Simanke (2009) em artigo sobre essa dimensão híbrida na Psicanálise.

Apesar de diametralmente opostos, ambos os reducionismos têm implícito o pressuposto de uma racionalidade biomédica que buscaria as causas dos comportamentos humanos.

A racionalidade biomédica, de acordo com o grupo Projetos Racionalidades Médicas, coordenado por Madel Luz, pode ser definida como

> um sistema lógica e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais, quais sejam: a) uma morfologia ou anatomia humana; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e e) uma doutrina médica (Camargo Jr, 2005, p. 178)[2]

Camargo Júnior (2005) propõe que a racionalidade médica foi constituída a partir de três eixos centrais ao longo dos séculos XVIII e XIX: semiológico, cuja base é a clínica e a qual é centrada no *caso*; morfológico, cuja base é a anátomo-patologia e na qual se procura a *lesão*; e, por fim, explicativo, cuja base é a fisiopatologia e se busca a *causa* da doença.

No que diz respeito à Psiquiatria, as lesões anátomo-patologicas não são encontradas nos exames e as causas fisiopatológicas dos transtornos mentais não passam de modelos teóricos (Busatto Filho, 2006). A evolução tecnológica que permitiu à Medicina como um todo mudar a compreensão etiopatogênica das doenças e a racionalidade que a caracteriza não tiveram o mesmo desfecho na Psiquiatria. Por isso, a semiologia psiquiátrica (mais especificamente, a Psicopatologia centrada na descrição do caso) continua sendo o eixo que guia os diagnósticos de transtorno mental, conforme atesta o DSM-5 e a Classificação

[2] Também é a partir dessa conceituação que Madel Luz faz uma distinção entre a noção de "sistema médico" e a de "práticas terapêuticas", diferenciando assim intervenções de cura baseadas em experiências de agentes curadores (os quais não necessariamente são médicos) daquelas intervenções cuja base reside em um sistema médico de explicação. Desse modo, leva-se em conta que há nas práticas médicas contemporâneas mais do que um sistema médico legitimado e operando na vida social: além da Medicina biomédica, adotadapela maioria dos médicos, existem outras medicinas e diversas práticas de cura em circulação nos espaços sociais.

Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10).

A importância das bases histórico-epistemológicas nas práticas de saúde foi estudada pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1904-1995), cujo pensamento é de atualidade singular para a compreensão do debate que circunda o conceito de transtorno mental (Ayres, 2016; Serpa Júnior, 2003; Franco, 2009; Safatle, 2011; Buchanan, 2007). A partir de sua compreensão da patologia em geral, Canguilhem defendia que, ao contrário do conceito de normalidade, o qual pressuporia uma noção de fato estatística, o estado patológico seria marcado pela perda da "normatividade" em relação ao meio, isto é, da capacidade do indivíduo de estabelecer suas próprias normas em relação ao meio em que viveria, adaptando-se a condições desfavoráveis. Sendo assim, "o patológico não é o anormal, mas o normal de uma normatividade inferior" (Canguilhem, 2009, p. 156). Por conseguinte, a definição de saúde e doença torna-se dependente da experiência de vida do doente em dado contexto social e de acordo com o qual a doença anunciará os limites do corpo. Como lembra Ayres (2016), Canguilhem postulava que a "definição de saúde como capacidade de resposta às infidelidades do correr da vida que vão pondo à prova o valor prático de nossos processos físicos e mentais" (p. 142).

A aproximação entre o físico e o mental é outra característica do pensamento de Canguilhem (Franco, 2009). O médico-filósofo reconhecia que os psiquiatras (de cujos estudos ele se valia para desenvolver seu argumento de indistinção entre a medicina somática e psíquica) tinham se dedicado mais ao tema da separação entre normal e patológico do que os médicos em geral, e nisso citava a influência de Lagache, Jaspers, Minkowski e Henri Ey (Garcia, 2016). Sobre esse problema, de acordo com Schneider (1976, apud Banzato, 2000), a Psiquiatria não podia falar em

enfermidade tal qual a Medicina justamente pela ausência dessas características.

> O conceito de enfermidade é para nós, principalmente na Psiquiatria, um conceito rigorosamente médico. Enfermidade em sentido próprio existe apenas na esfera somática, e só chamamos as anomalias psíquicas de 'mórbidas' quando podem ser reconduzidas a processos orgânicos mórbidos (p. 29).

Em razão disso, o termo *doença mental* tornou-se inadequado, já que remeteria à ideia de uma causalidade bem estabelecida, como, por exemplo, a presença de lesões anátomo-patológicas (Schwartz e Wiggins, 2004). Nas palavras de Serpa Júnior (2007),

> se tal concepção de doença pode dar a impressão – ilusória – de satisfazer as condições de possibilidade de exercício de uma medicina somática, ela não dá conta das exigências de uma Psicopatologia, já que esta é a subjetividade em sua inteireza (p. 209).

Ainda que os diagnósticos e terapêuticas estabelecidos na clínica atendam, pelo menos parcialmente, aos objetivos propostos e almejados de redução de sintomas, os modelos para explicar os fenômenos mentais são provisórios e apontam para a complexidade do problema (Serpa Júnior, 2002). A despeito da evolução dos tratamentos em bases biológicas por meio da psicofarmacologia, a dificuldade em definir as causas dos transtornos mentais em parâmetros biológicos e sua aposta na patofisiologia (Banzato, 2004; Pereira, 2014) persiste como o calcanhar de Aquiles da Psiquiatria.

Na Psiquiatria, apenas os poucos quadros que apresentam base etiológica bem estabelecida poderiam ser considerados propriamente *orgânicos*. Por isso, convencionou-se chamar os quadros clínicos apresentados pelos pacientes psiquiátricos de *transtornos* (*disorders*)[3].

---

[3] Poder-se-ia defender aqui a ideia de que a Psicopatologia organicista, na qual está baseada a Psiquiatria como prática, seria apenas uma das correntes de pensamento acerca dos comportamentos humanos relacionados aos transtornos mentais e estaria em disputa com outras interpretações. Por

Embora não seja usual na língua portuguesa, a distinção entre os termos doença (*disease*) e enfermidade (*illness*) revela fenômenos que são, a rigor, diferentes.

Boorse foi um dos defensores dessa distinção e fez a defesa dela em um artigo polêmico publicado em 1975. Fazia isso a partir da ideia de que a saúde consistiria na ausência de doença, segundoo que a saúde poderia assumir uma dimensão teórica – isto é, a "doença", enquanto numa dimensão prática tornava-se "enfermidade". Para Boorse, a doença seria aquilo que funcionaria contrariamente à natureza, enquanto a enfermidade seria uma doença biológica com efeitos incapacitantes, e por isso indesejável, exigindo tratamento imperativamente e diminuindo a responsabilidade moral. Assim, fundava ele uma teoria naturalista de saúde, de caráter essencialmente descritivo e apoiada na Biologia evolucionista e em oposição ao normativismo (isto é, uma vertente epistemológica que admite a ideia de que haveria um julgamento de valor imbuído no conceito de enfermidade). Dessa forma, para o autor, os transtornos mentais apenas seriam considerados enfermidades em casos mais graves, como, por exemplo, nas psicoses.

Até os dias de hoje, o artigo de Boorse produz debates na comunidade científica sobre a natureza dos transtornos mentais (Fulford, 2001; Varga, 2011; Wakefield, 2007; Almeida Filho e Jucá, 2012). Almeida Filho e Jucá (2012) apontam a tautologia do argumento ao se entender saúde como ausência de doença e doença como ausência de saúde. Ao criticarem o naturalismo de Boorse, as autoras propõem

---

isso, nas palavras de Canguilhem (2005), não passaria de uma "ideologia científica". Essa possibilidade foi levantada por Urquiza (1991) ao comprender o conceito de ideologia científica proposto por Canguilhem como "sistemas explicativos construídos com a pretensão de ciência a partir da imitação da metodologia de apreensão de objeto de uma ciência já instituída que ocupam o campo onde uma nova ciência que de melhores provas de sua norma de cientificidade virá a se constituir" (p. 22). No entanto, de acordo com o próprio Canguilhem (2012), nem mesmo a Medicina deveria ser considerada uma ciência propriamente dita, mas uma prática que se apoiaria nas ciências da vida.

que o julgamento de valor estaria presente nas ações individuais e coletivas dos médicos.

> As condutas dos profissionais de saúde são orientadas a partir de percepções silenciosas, sempre reveladas em atos. Dizem respeito, na realidade, a uma experiência diária, culturalmente constituída, na qual os profissionais se encontram imersos, e que se manifesta sob a forma de posições e decisões assumidas desde o âmbito clínico até o espaço mais amplo de formulação de políticas de saúde (p.888).

Ainda de acordo com elas, Boorse tentou rebater diversas críticas subsequentes à sua teoria. Chegou até mesmo a rever os termos utilizados por ele, propondo o emprego de "normal" e "patológico" ao invés de "saúde" e "doença", porém sem grande sucesso na adequação de sua teoria à prática clínica.

Turner (1995) até ampliou essa distinção para uma matriz de três categorias: *disease, illness e sickness*. *Disease* baseada em um caráter anatomo-patológico das desordens; *illness* correspondente à experiência subjetiva do adoecer; e *sickness* referente ao adoecimento na perspectiva cultural da determinação de papeis dos doentes e das doenças dentro da sociedade. Nessa distinção é possível perceber com clareza o adoecer para além do caráter biológico, situado como um constructo social. E segundo o autor, enquanto os médicos lidariam com a construção das patologias (*disease*), os psicoterapeutas tratariam das enfermidades (*illness*) e os cientistas sociais buscariam compreender o adoecimento socialmente construído (*sickness*).

Dentro desse debate, Kendell (1975) chamava a atenção para a esfera de responsabilidade dos psiquiatras. A partir do entendimento de doença ou enfermidade (o autor não diferenciava ambos os conceitos) como desvantagem biológica, defendia ele que apenas alguns transtornos, como, por exemplo, esquizofrenia, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e determinadas perversões corresponderiam precisamente à doença ou enfermidade. Os psiquiatras poderiam

ajudar a diminuir o sofrimento em outras condições também, porém a Psiquiatria deveria reconhecer suas limitações. Conforme Wakefield (2007), Kendell já em 1986 apontava que:

> A questão mais importante e de maior discussão é se doença (disease) e enfermidade (illness) são conceitos normativos baseados em julgamentos valorativos ou se são termos científicos livre de valores; em outras palavras, se são termos biomédicos ou sociopolíticos (p. 149, tradução livre).

Já Kendler (2016) advoga nesse debate em favor de uma posição que considera a realidade dos transtornos mentais como uma crença pragmática. O autor propõe dar maior ênfase nas categorias psiquiátricas mais amplas (*psicoses*) do que nas categorias específicas (*esquizofrenia*), ao mesmo tempo em que faz uma autocrítica sobre a procura que fez durante sua carreira como psiquiatra por uma causa única da esquizofrenia.

A partir dessa concepção de Kendler, Zorzanelli, Dalgalarrondo e Banzato (2016) publicaram um oportuno debate entre o realismo e o pragmatismo no qual os dois últimos autores defendem pontos de vista diferentes sobre a natureza dos transtornos mentais. Dalgalarrondo sustenta uma posição realista, segundo a qual "os comportamentos e experiências subjetivas das pessoas que identificamos como tendo alguns transtornos mentais (de certos transtornos, não de todos) independe de nossas mentes os observarem" (p. 529). Esse realismo, no entanto, considera "as categorias psiquiátricas como não homogêneas, heteróclitas, podendo tais categorias ser tipos naturais e/ou pragmáticos" (p. 534). Já Banzato adota uma posição pragmática, considerando que o diagnóstico dos transtornos mentais advém da necessidade prática de categorizá-los, já que "da realidade do sofrimento mental, não se depreende, de forma direta alguma, a realidade dos transtornos mentais" (p. 532). Para o autor, essa posição seria uma "vacina contra a reificação e o dogmatismo". (p.

536). O que é interessante ressaltar aqui é que o debate em questão é travado por dois psiquiatras que são professores universitários, titulares da mesma instituição e também pertencentes à mesma geração. Isso evidencia de maneira muitíssimo clara a presença de diferentes concepções teóricas mesmo entre psiquiatrasdentro de um mesmo contexto.

Para Banzato e Zorzanelli (2014), o transtorno mental revela uma falsa dicotomia entre natureza e construção social, a qual poderia ser superada a partir de tipos práticos tal qual propostos por Zachar (2000). De acordo com os autores:

> se uma descrição de transtorno nos permite operar na realidade clínica, prever comportamentos, fazer prognósticos e integrar tal categoria em teorias científicas que possam ser testadas, é isso que importa. Nessa perspectiva pragmática, o adjetivo 'real' nada acrescentaria a tal descrição de transtorno (p. 109).

Essa instabilidade da nosologia psiquiátrica, isto é, a dificuldade de identificar as causas etiopatológicas dos transtornos mentais, repercute nas frequentes mudanças das nosografias (Kendler,1990), já que a ausência de explicações satisfatórias e definitivas faz com que novas definições surjam a cada publicação da CID e do DSM (Kendler e Zachar, 2008).

Diante desse problema, Wakefield (1992, 2007) propõe a reconciliação entre as duas visões por meio do conceito de *harmful disfunction*. Para o autor, o conceito de transtorno mental repousaria nas fronteiras entre valores sociais e fatos biológicos, na qual o prejuízo (*harmful*) corresponderia à dimensão valorativa ou social e a disfunção (*disfunction*) à dimensão científica ou factual. Gert e Culver (2004) acrescentam que deveria haver uma *distinct sustaining cause* (p. 418) que explicaria o transtorno, ou seja, somente na ausência de uma causa externa justificável para o sofrimento pessoal poder-se-ia falar em transtorno mental, o que revelaria a importância de se considerar o contexto de vida do indivíduo antes de diagnosticar

um transtorno mental.

A edição mais recente do DSM-5 (APA, 2013) define transtorno mental como uma síndrome caracterizada por “perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (p.20).

Ao analisar essa definição, Bolton (2013), Guimarães-Fernandes e Castellana (2019) destacam que o contexto ou ambiente sociocultural não é desconsiderado nesta definição do DSM, já que o manual afirma ainda que

> uma *resposta esperada* ou *aprovada culturalmente* a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. *Desvios sociais* de comportamento (p ex, de natureza política, religiuosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo (grifo do autor) (p.20).

Para caracterizar o transtorno mental, portanto, a perturbação não deveria ser uma reação proporcional a um estresse vivenciado, culturalmente sancionada e nem corresponder unicamente a desvios sociais do comportamento.

Opondo-se ao DSM, o *Research Domain Criteria* (RDoC) do *National Institute of Mental Health* (NIMH) é um projeto americano de investigação empírica dos transtornos mentais apoiado em bases exclusivamente biológicas que tem por ambição abandonar toda e qualquer margem de subjetividade no diagnóstico dos transtornos mentais (Zorzanelli, Dalgalarondo e Banzato, 2014). Isso traria “o risco do advento de uma estranha psiquiatria sem psique e sem pathos” (p. 328). De acordo com Banzato (2000), “nessa perspectiva, o erro de origem seria a atribuição, inadvertente e implícita, de ‘significado biológico’ a conjuntos de sintomas” (p. 330), como se eles não precisassem ser interpretados.

O diagnóstico dos transtornos mentais não parece poder prescindir da avaliação da dimensão subjetiva e intersubjetiva do sofrimento, bem como suas causas não poderiam ser dissociadas da relação do indivíduo com o ambiente. De acordo com Fuchs (2018):

> se, por um lado, avanços na neurobiologia contribuíram para superar modelos dualistas de doença mental, se estaria jogando o bebe fora junto com a água, caso se quisesse reconduzir por outro lado todas as formas de doença mental a processos cerebrais de maneira indiferenciada. Anomalias neurofisiologicamente (por intermédio de tecnologias de imagem) determináveis nelas mesmas não são mais do que correlativas em caráter. Nenhum destes resultados como tais poderia ser identificado como patológico sem ser relacionado com sofrimento subjetivo e distúrbios intersubjetivos. Eles só se tornam etiologicamente relevantes se eles estiverem assentados nos processos circulares abrangentes que incluem o sistema organismo-meio ambiente tanto quanto as relações interindividuais do paciente (p. 226).

Em virtude da dificuldade em estabelecer as bases etiológicas dos transtornos mentais em termos exclusivamente biológicos, à Psicopatologia resta, enquanto ciência própria à Psiquiatria, fixar as bases teóricas para o diagnóstico psiquiátrico.

2.3 Matrizes teóricas do diagnóstico: a questão nosológica

A cada edição dos manuais diagnósticos referendados internacionalmente, isto é, CID-10 (OMS, 1994) e DSM-5 (APA, 2013), diversas críticas são publicadas na literatura especializada sobre as imperfeições do diagnóstico psiquiátrico (Figueiredo e Tenorio, 2002; Craddock, 2014; Banzato 2004, 2009).

O termo “diagnóstico” tem origem etimológica no grego da junção entre *gnosis* (investigação ou conhecimento) e *dia* (completa ou separada), de modo que, a partir da etimologia da palavra, o diagnóstico consistiria em um conhecimento

minucioso e que separaria as partes (Sadler, 2004)[4]. De acordo com Saurí (2001), diagnosticar teria fundamentalmente como objetivo "discriminar, decidir e nomear" (p. 14), oferecendo, assim, segurança a partir da fundamentação em algum saber constituído.

O diagnóstico psiquiátrico é baseado na Psicopatologia, cuja fundação como ciência autônoma é atribuída a Karl Jaspers em sua *Psicopatologia geral*, lançada em 1913 (Jaspers, 2000). Metodologicamente de inspiração fenomenológica, a obra é baseada na interação entre o psicopatologista e o paciente (Messas, 2014, Rocha Neto e Messas, 2016). Para que seja realizada uma categorização diagnóstica adequada, essa interação deve resultar numa descrição precisa do que haveria de errado com o paciente (Sadler, 2004).

A categorização diagnóstica se difereiria assim da nosologia (Banzato, 2004), isto é, de uma teoria que explicaria a alteração do ponto de vista patofisiológico. De qualquer forma, a instabilidade das nosografias nos manuais diagnósticos está associada à fragilidade da nosologia na Psiquiatria, já que as causas dos transtornos mentais estão baseadas em modelos explicativos sem evidências anátomopatológicas (Serpa Júnior, 2002; Schackle, 1985; Radden 2002; Bloch e Green, 2006). Isso expõe a Psiquiatria a diversas críticas.

Sadler (2004), por exemplo, considera o diagnóstico psiquiátrico permeável às críticas de movimentos antipsiquiatria em função de alguns fatores: o risco de estigmatização do paciente; a medicalização ou redução dos comportamentos à ação

[4] Robert Spitzer ironiza o limite do conhecimento médico e propõe outra etimologia: "diagnóstico" teria origem em *agnosis* (ausência de conhecimento) e *di* (dois), ou seja, significaria "duplamente ignorante" (Sadler, 2004). Ainda que jocosa, essa versão etimológica chama atenção para o diagnóstico como forma de comunicação entre duas pessoas que ignoram, ao menos em um primeiro momento, as causas do sofrimento: o médico não sabe o que sente o paciente e esse não sabe por que se sente de determinada maneira.

médica, o que configuraria uma simplificação de fenômenos complexos; o poder do médico de influenciar as práticais sociais; a influência da avaliação e o julgamento de valor que permeariam os diagnósticos e classificações psiquiátrias. Apesar desses riscos, o diagnóstico seriam uma caracterização necessária para a prática em Psiquiatria, uma espécie de "ato epistêmico primordial" (p. 167). Além disso, conforme argumenta Banzato (2009), uma "classificação deveria ser uma ferramenta, e não uma camisa de força" (p. 27, tradução livre).

As classificações que balizam a prática psiquiatria em matéria de diagnósticos e nosografias passaram por diversas transformações desde a primeira versão do DSM, em 1952. Inicialmente influenciado pelo repertório psicanalítico, em especial por Adolf Meyer e por Freud, o manual passou por uma grande transformação na sua terceira edição, publicada em 1980. De acordo com Caponi (2011), dois fatos históricos explicariam essa mudança: a discussão sobre o diagnóstico de homossexualidade, que culminou na retirada do diagnóstico em 1973 do DSM-2; e o estudo de Rosenhan *On being sane in insane places*, publicado na revista *Science* em 1973, no qual as práticas diagnósticas foram ridicularizadas por meio de pacientes-atores que, internados em hospitais psiquiátricos, mimetizaram sintomas e induziam os psiquiatras ao erro no diagnóstico. Também merecem destaque os estudos do *Professional Staff of the United States - United Kingdom Cross-National Project*, os quais expuseram as diferenças diagnósticas entre psiquiatras em Nova Iorque e Londres na década de 1970 (Kendell, 1971).

Diante dessas críticas e do descrédito, Feighner (1972) propôs critérios para "uma classificação fundamentada em dados empíricos, que não deixava lugar para avaliações subjetivas dos psiquiatras" (p. 43). Esses critérios eram específicos para o

diagnóstico de transtorno mental numa perspectiva organicista e exigiam a realização de exames laboratoriais. Em paralelo, os tratamentos biológicos com psicotrópicos evoluíram significativamente desde os anos de 1950, contribuindo para a retomada da hegemonia organicista no diagnóstico de transtorno mental (Rebelo, 2013). A descoberta e difusão dessas modalidades de tratamento foram determinantes nas mudanças das classificações dos transtornos mentais, o que também não exclui a importância que teve nesse sentido o envolvimento de grandes empresas do ramo farmacêutico (Cosgrove, 2009). Influenciada por Kraepelin e pelos degenarionistas Morel e Magnan, ainda no século XIX (Caponi, 2011; Pereira, 2008), essa perspectiva organicista buscava constituir cientificamente a Psiquiatria ao propor "uma abordagem estritamente médica da psiquiatria moderna" (p. 30) e esse esforço promoveu as transformações no DSM-3 (1980) que estabeleciam critérios considerados objetivos e ateóricos para o diagnóstico dos transtornos mentais, os quais foram perpetuados no DSM-4 (1994) e DSM-5 (2013).

Segundo Klerman (1977, citado por Caponi, 2011), esse movimento neokraepelianiano imbuiu o DSM de algumas crenças fundamentais:

> (1) A psiquiatria é um ramo da medicina;
>
> (2) A psiquiatria \deve utilizar metodologias científicas modernas e esta baseada em conhecimentos científicos;
>
> (3) A psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que requerem tratamento para doenças mentais;
>
> (4) Existe uma fronteira ou limite entre normalidade e doença;
>
> (5) As doenças mentais não são mitos. Existem muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como especialidade médica, é pesquisar as causas, o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais;
>
> (6) O alvo da psiquiatria deve estar, particularmente, nos aspectos biológicos das doenças mentais;

> (7) Deve existir uma preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação;
>
> (8) Os critérios de diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisa para validar esses critérios com diversas técnicas. Os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios, e não os depreciar;
>
> (9) Com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas (Decker, 2007, p. 348, citado por Caponi, 2011).

A Psicopatologia organicista, no entanto, tem recebido críticas pelo reducionismo dos transtornos mentais ao funcionamento do cérebro (Banzato e Pereira, 2014). De acordo com Serpa Júnior (2001)

> é como se da "descoberta" de que temos um cérebro decorresse necessariamente a suposição de que aquilo que nos habituamos a chamar de vida mental pudesse, doravante, ser inteiramente entendido a partir do conhecimento da sintaxe neuronal (p. 33).

Numa revisão a respeito das implicações que teria a concepção de que as causas biomédicas seriam determinantes na Psicopatologia, Lebowitz e Appelbaum (2019) apontam alguns efeitos negativos de assumir exclusivamente essa vertente, como, por exemplo, a deterioração da relação médico-paciente, e ressaltam a importância da educação para minimizar tal efeito.

Embora a Psiquiatria organicista seja hegemônica na classificação oficial dos transtornos mentais, existem outras perspectivas epistemológicas que não deixam de ter valor e que continuam influenciando os psiquiatras na construção de seu raciocínio clínico (Dunker, 2014). Ao longo do século XX, pelo menos três perspectivas psicopatológicas concorreram em paralelo diante da necessidade clínica não somente nomear, mas também de melhor compreender os transtornos mentais e sustentar práticas terapêuticas mais efetivas. Foram elas: a matriz *organicista* (na qual são privilegiados os aspectos biológicos dos transtornos mentais), a matriz *psicodinâmica* (derivada essencialmente da teoria psicanalítica) e a matriz

fenomenológica (influenciada pela filosofia fenomenológica) (Bezerra Júnior, 2014).

No primeiro caso, a perspectiva organicista dos transtornos mentais é pautada pelo estudo das bases hereditárias e neuroanatômicas dos transtornos mentais e costuma orientar as preferências teóricas e de atuação dos psiquiatras para as ciências biológicas. Trata-se da matriz inaugural da Psiquiatria moderna, remetendo até o século XVIII, sendo presente especialmente nos Estados Unidos da América (EUA). Bodkin, Klitzman e Pope (1995) indicam um aumento de psiquiatras dessa orientação em relação a psicoterapeutas nos últimos 35 anos. Os principais divulgadores do movimento neokraepeliniano, o qual remete à matriz inaugural da Psiquiatria moderna, têm a ambição de traduzir os sintomas psicopatológicos em desarranjos neuroquímicos ou neuroanatômicos de forma cientificamente embasada. É por isso que essa perspectiva é chamada atualmente de Neuropsiquiatria (Coryell e Wetzel, 1978).

A segunda perspectiva consiste na matriz psicodinâmica e contém as teorias sobre transtornos mentais que foram influenciadas inicialmente pela Psicanálise. Dentro dessa lógica, “adoecimentos psíquicos podem ser universalmente pensados como interrupções nos ‘processos de saúde’, isto é, ao exercício livre e eficaz dos trabalhos psíquicos inconscientes e conscientes” (Figueiredo e Coelho, 2018, p. 10). Haveria nesse caso uma linha de continuidade entre o comportamento normal e o patológico, existindo apenas graus diferentes de adequação e flexibilidade dos mecanismos psíquicos (Bercherie, 2014). Embora tributária da Psicanálise, essa matriz não é adotada apenas por psiquiatras que se identificam como psicanalistas (Roussillon, 2019). A tradição psicanalítica fomentou o desenvolvimento de outras linhas teóricas que não apenas a Psicanálise, dando ensejo a diversas linhas de

psicoterapia (incluindo, por exemplo, a Psicologia analítica e o Psicodrama), e que juntas concebem a origem dos transtornos mentais a partir essencialmente das relações parentais durante a infância. Essas linhas teóricas são chamadas de matriz psicodinâmica por manterem o foco no todo das personalidades e no dinamismo do psiquismo (Gabbard, 2006).

Por fim, a terceira matriz de importância na elaboração dos diagnósticos na clínica psiquiátrica é conhecida como Psiquiatria fenomenológica ou Fenomenologia psiquiátrica (Tatossian, 2006). Embora atualmente diversos autores questionem a fidelidade de Jaspers à proposta fenomenológica de Husserl (Mishara e Schwartz, 1995; Rodrigues, 2005), é preciso reconhecer que o psiquiatra alemão desenvolveu os princípios fundamentais para a abordagem dos transtornos mentais e deu origem a uma tradição de pensamento que tem sido revalorizada nos últimos anos em virtude dos limites impostos pelo modelo organicista. Ao longo do século XX, a Psicopatologia fenomenológica trilhou um caminho paralelo em relação ao duelo entre o modelo organicista e psicanalítico pela hegemonia dos critérios diagnósticos em Psiquiatria (Bezerra Júnior, 2014; Tamelini e Messas, 2017). Apesar desse relativo isolamento, a Psicopatologia fenomenológica se revelou uma ferramenta indispensável na clínica psiquiátrica e sua influência na clínica psiquiátrica cresceu nos últimos anos (Messas 2010, 2014).

Para a Psiquiatria fenomenológica, o acento da distinção entre os fenômenos normais e patológicos é colocado na relação com os outros. De acordo com Fuchs (2018), “doenças mentais são sempre doenças da pessoa em sua relação com pessoas” (p. 226) e para Tatossian (2006)

> o comportamento desviante pode ser anormal mas na medida em que aquele que o apresenta não pode deixar de apresentá-lo. A

> norma fenomenológica se inscreve no equilíbrio dialético que caracteriza o ser e a psicopatologia é então uma "patologia da liberdade" (Henry Ey), na condição de que a liberdade seja compreendida como capacidade de deixar-ser as coisas e de se deixarir nelas (p. 46).

Entendimentos como esse parecem explicar a opção de Kraus (1994, 2003) por chamar essa matriz de *Psicopatologia fenomenológica-antropológica*, pois ela, ao acessar os transtornos mentais, privilegiaria os *fenômenos* e valorizaria em especial a subjetividade do vivido. Tal perspectiva estaria em oposição a uma *Psicopatologia sintomatológica-criteriológica*, a qual é a referência utilizada pelos manuais diagnósticos e que está apoiada nos tradicionais sintomas, tendo uma objetividade análoga à Medicina somática para a diagnose (Bloc e Moreira, 2013).

Já em Serpa Júnior (2006) e Serpa Júnior et al (2007), a partir de uma perspectiva epistemológica que sustentaria as práticas psicopatológicas, prefere-se chamar a Psicopatologia fenomenológica-antropológica de *Psicopatologia da primeira e segunda pessoa* e a Psicopatologia sintomatológica-criteriológica de *Psicopatologia da terceira pessoa*.

Ainda segundo essa interpretação, na perspectiva da terceira pessoa priorizar-se-ia a perspectiva do observador. Nas palavras de Serpa Júnior (2006):

> o comportamento é tomado objetivamente. Subjetividade e intersubjetividade estão completamente fora de questão. O que se busca é a certeza factual, renunciando-se a qualquer certeza experiencial, fenomênica (p. 212).

A Psicopatologia fenomenológica-antropológica buscaria maior validade entre os diagnósticos a partir dessa forma de organizar os transtornos mentais, deixaria a confiabilidade em segundo plano. Enquanto isso, a Psicopatologia sintomatológica-criteriológica faria o contrário, priorizaria a confiabilidade em

detrimento da validade dos diagnósticos (Serpa Júnior, 2006, Rocha Neto e Messas, 2016).

Já na perspectiva da primeira e segunda pessoa, o vivido, subjetivo e intersubjetivo são colocados em relevo:

> a Perspectiva da primeira pessoa diz respeito à experiência pré-reflexiva dos próprios estados mentais e corporais: sentimentos "crus", pura experiência, sem reconhecimento ou reflexão. Estes dois últimos, como veremos, já pertencem à perspectiva da segunda pessoa. (Serpa Júnior, 2006, p. 212).

Ainda segundo o autor, na perspectiva da segunda pessoa não haveria "a transparência e a presença da experiência pura, mas em vez disso uma semi-presença e a translucidez da mediação reflexiva, uma especie de intersubjetividade intra-subjetiva". Pois, de acordo com ele, enquanto os sintomas

> são concebidos como remetendo a algum tipo de disfunção médica e, apreendidos objetivamente pelo clínico, esvaziando de importância a dimensão subjetiva do paciente, tomado como simples fornecedor de dados semiológicos, os fenômenos manifestam uma forma experiencial global do paciente, entendida como expressão de um tipo particular de relação consigo mesmo, com a alteridade e com o mundo (Serpa Júnior, 2006, p. 211).

Seguindo a proposta de Coelho Júnior et al (2012), na diferenciação das matrizes intersubjetivas é possível fazer uma aproximação da perspectiva da primeira pessoa com a Psicopatologia fenomenológica (*intersubjetividade transubjetiva*), enquanto a perspectiva da segunda pessoa teria maior afinidade com a matriz psicanalítica (*intersubjetividade intrasubjetiva e intersubjetiva*).

Tendo isso tudo em vista, fica claro que as matrizes psicopatológicas se propõem a estabelecer uma melhor compreensão das manifestações psiquiátricas, mas apoiadas em bases teóricas diferentes. E isso parece significar que, embora sejam elas frequentemente antagônicas na literatura, o psiquiatra poderá utilizar essas diferentes matrizes e referenciais para a compreensão e diagnóstico do caso clínico

na sua prática profissional, sem com isso comprometer necessariamente uma abordagem em detrimento da outra. O comum, no entanto, é que o psiquiatra tenha predileção por alguma perspectiva psicopatológica específica e que, ao longo dos anos, torne-se mais e mais afeito a ela, orientando o seu julgamento clínico, e em especial nos casos difíceis.

3. Valores: da perspectiva ética à ação moral em Psiquiatria

> Quanto mais 'universal' for o problema em questão, isto é, quanto mais amplo for o seu significado cultural, quanto menos for possível dar uma resposta extraída do material do conhecimento empírico, tanto maior será o papel dos axiomas últimos e pessoais da fé e das idéias éticas (Max Weber, 2001).

3.1. Valores e a perspectiva ética

Já em 1904, o sociólogo alemão Max Weber indicava, em *A 'Objetividade' do Conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política*, a existência de uma distinção clara entre juízos de fato (aquilo que "é") e juízos de valor (aquilo que "deve ser"). Segundo ele, "juízos de valor não deveriam ser extraídos de maneira nenhuma da análise científica, devido ao fato de derivarem, em última instância, de determinados ideais, e de por isso terem origens 'subjetivas'" (Weber, 2001, p. 109). Além disso, alertava para o fato de que esses juízos de valor seriam percebidos como "objetivamente válidos", justamente por serem determinantes nas ações e significantes para a vida (Weber, 2001, p. 111). Isso faria dos juízos de valor uma parte da personalidade.

Valor pode ser definido como aquilo que guia as preferências humanas diante do ato moral. De acordo com o filósofo Vazquez (2012) "todo ato moral inclui a necessidade de escolher entre vários atos possíveis. Esta escolha deve basear-se, por sua vez, numa preferência" (p. 135). Essa preferência, por sua vez, estará baseada nos valores atribuídos ao ato. Para Silva (1998), "o que distingue fortemente o universo humano do mundo natural é o valor, e por isso a ética é o domínio dos juízos de valor" (p. 23).

Sendo assim, a partir da teoria filosófica do valor, Fulford (2001, 2004) e Fulford et al (2005, 2011) propõem uma prática médica baseada em valores, que

pode ser definida como “a base teórica e de habilidades para as tomadas de decisões efetivas no cuidado em saúde, no qual diferentes (e, portanto, potencialmente conflitantes) valores estão em jogo” (2004, p. 234, tradução livre). Essa prática, portanto, teria como princípio o respeito pelos valores dos usuários de saúde, não somente nos casos que envolvem dilemas éticos, mas em qualquer caso clínico[1].

Ainda dentro dessa perspectiva, Sadler (1996, 1997) avaliou a presença de valores nos critérios diagnósticos para os transtornos mentais. De acordo com ele, valores são atitudes ou disposições que são guias para a ação e estão sujeitos a elogio ou crítica. No Brasil, a partir da proposta de Sadler, Gonçalves, Dantas e Banzato (2016) examinaram os valores presentes na decisão sobre a não inclusão da Síndrome Psicotica Atenuada no DSM-5. Além dos valores éticos, os autores apontaram a importância de valores estéticos, epistêmicos, ontologicos e pragmáticos (políticos e econômicos) nessa decisão e influentes na estrtutração dos manuais diagnósticos.

Trabalhos como esses concentraram-se em reforçar a importância de se considerar os valores referendados pelo paciente na clínica psiquiátrica e na constituição das classificações diagnósticas. Tais autores não abordaram, no entanto, o impacto dos valores éticos assumidos pelos agentes da ação moral – isto é, os psiquiatras - na tomada de decisão em casos clínicos concretos.

Mas antes de se passar para as considerações sobre esses valores na prática psiquiátrica, é preciso ainda explorar a diferenciação entre ética e moral.

---

[1] Embora não seja o foco deste estudo, é preciso ressaltar que a metodologia proposta por Fulford e seus colaboradores tem despertado interesse crescente dos psiquiatras no Brasil. Nos últimos anos, dois manuais para a prática baseada em valores foram traduzidos para o português por brasileiros que estagiaram em Oxford: *Valores de quem? Manual para prática baseada em Valores na saúde mental*, traduzido por Arthur Maciel Nunes Gonçalves; e *Prática Baseada em Valores em Cuidados Clínicos - Um modelo de treinamento*, traduzido por Carolina Ribeiro Calombo.

Os termos “ética” e “moral” são frequentemente usados como sinônimos, embora o primeiro, de origem grega (*ethos*), diga respeito ao comportamento, enquanto o segundo, de origem latina (*mores*), refira-se aos costumes de determinado povo (Pereira, 2012). Ricoeur (1991) julga que a definição de algum desses conceitos é apenas uma convenção, mas reserva “ética” para “a intenção de uma vida realizada sob o signo das ações estimadas boas” e “moral” para “o lado obrigatório, marcado por normas, obrigações, interdições, caracterizadas ao mesmo tempo por uma exigência de universalidade e por um efeito de constrição” (1991, p. 161).

Em poucas palavras, Ricoeur define ética como “a intenção da vida boa” e moral como “a obediência às normas”, a primeira remetendo à ética aristotélica (*ética das virtudes*) e a segunda à ética kantiana (*deontológica*). Além disso, Ricoeur abre espaço para a sabedoria prática, uma espécie de “pequena ética” (1991, p. 338), inspirada pela *phronesis* aristotélica, e a qual se revelará pedra angular neste trabalho.

A partir do entendimento convencionado por Ricoeur, La Taille (2006, 2010) propôs que a ética corresponderia especificamente à pergunta “que vida eu quero viver?”, enquanto a moral à questão “como devo agir?” (La Taille, 2006, p. 29). Juntam-se Comte-Sponville e Ferry (1999), os quais parecem concordar que o plano ético englobaria o plano moral, isto é, que haveria uma primazia da ética sobre a moral e também uma relação de condizência entre a primeira e a segunda. A mesma moral que, por um lado, estaria incluída na ética (Comte-Sponville, 1999), por outro limitaria a ética. Segundo La Taille, “para compreender os comportamentos morais dos indivíduos, precisamos conhecer a perspectiva ética que eles adotam” (2010, p.111). Isso significa que as ações morais tomadas pelos indivíduos diante de algum

dilema seriam uma resposta ao “como agir” para “obedecer às normas”, o que estaria inescapavelmente atrelado à sua perspectiva pessoal de “uma vida boa”.

Na clínica psiquiátrica, essa perspectiva ética moldaria o julgamento clínico, implicando em ações ou comportamentos morais diferentes entre os médicos - o que será explorado na análise das entrevistas no capítulo 6 desta tese. E tal hipótese parece encontrar amparo na relação entre a dimensão moral e técnica da Medicina.

3.2. Ação moral e técnica na Medicina e na Psiquiatria

Conforme lembra Ribeiro (1999), a decisão médica envolveria questões morais justamente por ser o trabalho médico uma relação entre pessoas, e o modo como o médico exerceria seu julgamento clínico, assim como os riscos que assumiria na ação terapêutica, seriam partes inerentes desse tipo de trabalho (Starr, 1991).

Sendo esse o caso, tanto a técnica do diagnóstico quanto da terapêutica estaria imbuídas de moral na clínica médica. E mais, o diagnóstico e a terapêutica não seriam momentos decisórios separados no julgamento clínico: ao apontar o diagnóstico, as terapêuticas possíveis são limitadas a algumas possibilidades de intervenção, de modo que haveria, portanto, uma relação intrínseca entre diagnóstico e terapêutica (Ribeiro, 1999). Assim, diagnosticar seria “optar e assumir riscos” (Ribeiro, 1999, p.193).

Ao abordar as mudanças no trabalho dos médicos no Brasil durante o século XX, Schraiber (1993, 2008) mostrou que a prática da Medicina migrou gradualmente de um modelo que privilegiava a autonomia do profissional (*Medicina liberal*), nas esferas mercantil, organizacional e técnica do trabalho, para um modelo tecnológico (*Medicina tecnológica*), marcado pelo estreitamento gradual da liberdade dos

profissionais em razão das exigências do mercado de trabalho, bem como dos imperativos de organizar, internamente os serviços assistenciais, o modo de reproduzir esse tipo de trabalho e regular o exercício da profissão. A autora revela ainda a tensão que essa mudança gerou no âmbito da técnica. Médicos passaram a ocupar outras posições em relação aos seus pacientes e também aos colegas de trabalho, o que produziu rompimentos de vínculos tradicionalmente estabelecidos pela Medicina liberal. As relações de confiança estabelecidas por esse tipo de Medicinaentre os pacientes e seus médicos, assim como dos médicos entre si são desfeitas e a Medicina tecnológica passou a lidar com a "ruptura dos vínculos de confiança", o que tem impacto substancial no exercício do julgamento clínico e na decisão terapêutica.

Aqui, interessa especificamente o fato de que a construção desses vínculos pela Medicina liberal estruturou uma prática clínica na qual o ato técnico estava aliado a uma forma de se relacionar, uma moral de conduta, e isso permite considerar essa prática clínica como uma técnica "moral-dependente" (Schraiber, 1993, p. 152). Na Medicina liberal, a conduta moral consistia numa grande atenção à contigência do caso, ficando o médico à serviço do paciente, seguindo-o bem de perto e se dispondo a atender qualquer necessidade do mesmo - até porque, do ponto de vista técnico, as terapêuticas não eram tão confiáveis e precisas quanto as atuais. A partir dos anos 1980, com o grande desenvolvimento das tecnologias diagnósticas e terapêuticas, a prática médica mudou essa significação quanto à segurança das terapêuticas protocoladas em bases científicas, e assim o profissional deixou progressivamente de valorizar os antigos comportamentos ligados ao desenvolvimento do tratamento. Bastava a ele, do ponto de vista ético, que fizesse

um bom dignóstico e encontrasse o protocolo científico correspondente. Em decorrência disso, a conduta do médico perante os pacientes e os colegas de profissão mudou de valor: das relações interindividuais mais próximas e do convívio com casos particulares e seus aspectos contigenciais em direção a uma clínica definida pela presença das tecnologias. É por isso que a autora chama e qualifica esse paradigma de “tecnológico dependente”.

O estudo de Schraiber (1993) investigou o impacto das tecnologias na Medicina clínica e cirúrgica, tendo sido entrevistados especialistas das áreas de Cirurgia, Ginecologia e Clínica médica. Na clínica psiquiátrica, porém, o uso de recursos tecnológicos que possam auxiliar a prática diagnóstica e terapêutica é bastante limitado.

Dessa forma, cabe questionar se a mudança de paradigma identificada pela autora seria aplicável também à Psiquiatria. Aqui, a ausência da tecnologia parece reforçar a importância da relação médico-paciente, o que significaria que a Psiquiatria tenderia a manter as características de uma maior dependência moral em sua técnica, aproximando-se mais da técnica moral-dependente da Medicina liberal, mesmo quando já sob a tensão de uma medicina voltada para a conformação de uma técnica tecnologia-dependente.

A atuação do psiquiatra traz em seu bojo diversas particularidades que dizem respeito às dimensões éticas e morais (Radden, 2002, Eastman, 2006). Para Pouncey (2004), as questões morais envolvidas na prática psiquiátrica são o motivo pelo qual se buscaria uma definição de transtorno mental, já que não seria necessária qualquer definição desse tipo do ponto de vista clínico ou para a pesquisa e questões administrativas.

Nos casos que envolvem especificamente a possibilidade de internações involuntárias, a presença dos valores se revela ainda mais complexa e sensível (Schraiber et al, 2009): complexa pela infinidade de fatores que influenciam a tomada de decisão do psiquiatra e sensível pelo impacto que sua conduta terá sobre a vida do paciente e de seus familiares. Além disso, o psiquiatra também está exposto ao escrutínio da sociedade por meio das instâncias judiciárias e dos órgãos de classe, os quais podem questionar formalmente a sua conduta.

Diante da responsabilidade do julgamento clínico, o psiquiatra não terá dúvidas quanto à sua decisão nos casos em que o transtorno mental não é grave ou não há risco à vida, da mesma forma que não será difícil decidir pela internação nos casos em que a gravidade do quadro priva o paciente da capacidade de autonomia e coloca sua vida em risco (Owen, 2013; Kim, 2013). Será sobre os casos fronteiriços que o psiquiatra terá que se debruçar mais detidamente do ponto de vista intelectual e afetivo para decidir sobre o dilema da internação. Conforme destaca Rosa (2011), numa publicação do CREMESP,

> entre os extremos, existe uma área fronteiriça muitas vezes nebulosa e, por que não dizer, perigosa, influenciada por fatores de diversas ordens, como a social, a econômica e a cultural, extremamente angustiante para os envolvidos, e que poderá desviar o profissional de uma decisão racional e científica, de proteção e tratamento, em prejuízo do paciente, seja na avaliação inadequada quanto às condições de sua autonomia, seja pela interferência de cunho afetivo ou baseado em hábitos, costumes e crenças (p. 122)

Diante de um caso fronteiriço que desperta a dúvida sobre proceder ou não a internação involuntária, o psiquiatra não poderá se furtar ao julgamento clínico e da conduta assistencial. E ao considerar ele a possibilidade de tratamento sem o consentimento do paciente, os princípios bioéticos da beneficência e da autonomia (Beauchamp e Childress, 2013) serão inevitavelmente colocados em questão. Nessas

situações, o psiquiatra fica entre uma atitude que corresponderia a um paternalismo forte, na qual privilegia o princípio da beneficiência em detrimento da autonomia do paciente, ou um paternalismo fraco, privilegiando a autonomia do paciente e assumindo algum grau de risco (Liboni, 2005; Rodriguez-Osorio e Dominguez-Cherit 2008).

Tais alternativas configuram aquilo que Diego Gracia (2010) chama de "curso extremo de ação". Em sua *teoria da deliberação moral*, o psiquiatra espanhol defende que os dilemas devem ser encarados mais propriamente como problemas, e não como dicotomias, o que então abriria a possibilidade de diversas saídas por meio da deliberação sobre os fatos (apresentação do caso e dos fatos em si), dos valores (problemas éticos do caso e valores em disputa), dos deveres (cursos de ação) e, por fim, das responsabilidades (provas de consistência de tempo, publicidade e legalidade). Para Gracia, o objetivo da deliberação é a busca por uma solução prudente. Tal decisão deverá ser tomada entre as diversas possibilidades de cursos de ação identificados por meio da deliberação: nos cursos de ação intermédios, a saída minimizará os danos a qualquer dos valores em questão, enquanto no curso de ação extremo ou polar, alguns valores serão inevitavelmente violados. Em situações-limite, o autor destaca, nem sempre será possível adotar um curso de ação ótimo. (Gracia, 2010; Zoboli, 2012; Zoboli, 2013; Nora, Zoboli e Vieira, 2015)

São essas situações, dramáticas e frequentes na prática psiquiátrica, que os casos clínicos apresentados neste estudo procuram instaurar, impondo aos psiquiatras entrevistados a necessidade de alguma saída extrema, ou seja, fazendo-os rejeitar as propostas ótimas em favor de uma decisão inexorável - internar ou não o paciente involuntariamente. Interessará aqui, além da ação moral em si, a perspectiva ética

adotada pelo psiquiatra na justificativa de sua decisão nos exercícios de julgamento clínico.

4. Virtudes: o psiquiatra e a sabedoria prática

> Toda a perícia e todo processo de investigação, do mesmo modo que todo procedimento prático e toda a decisão, parecem lançar-se para um certo bem (Aristóteles, 2009).

4.1. O modo de ser do psiquiatra

Em 1960, o estudo intitulado *Sociopsychological characteristics of resident psychiatrists and their use of drug therapy*, realizado por Klerman et al e publicado no *American Journal of Psychiatry*, indicou a correlação entre as características de personalidade dos psiquiatras e a prescrição de medicações psicotrópicas. Na ocasião, os autores avaliaram 12 residentes do primeiro ano em Psiquiatria do Massachussetts Mental Health Center, instituição vinculada à Harvard Medical School, e identificaram a tendência de que quanto mais autoritários eram os psiquiatras (de acordo com a escala F utilizada), mais tendiam a usar medicação entre os pacientes internados. A conclusão foi, portanto, que a personalidade do psiquiatra seria determinante para a escolha do tratamento.

Esse estudo foi realizado dentro de uma das mais importantes universidades norte-americanas e publicado em um dos principais periódicos do mundo na área. Na época, nos anos 60, tinha início, por um lado, a era dos psicotrópicos e, por outro, o movimento antipsiquiatria (Baltazar, 1997). Na década seguinte, diversos artigos foram publicados no mesmo periódico explorando as características de residentes em Psiquiatria e os fatores para a escolha da especialização entre os médicos. Dentre esses estudos, destaca-se o de Coryell e Wetzel (1978), os quais, utilizando uma grande amostra (378 residentes do terceiro ano de Psiquiatria de todo os EUA), encontraram nos residentes o interesse tanto pelas diversas formas de psicoterapia quanto pelas terapias medicamentosas, e também a correlação entre as opiniões dos

residentes sobre a Psiquiatria e as propostas de tratamento. Nenhum dos estudos citados, todavia, teve a mesma ambição de estabelecer correlações entre características específicas da personalidade dos psiquiatras com as propostas terapêuticas, tal qual fora sugerido inicialmente por Klerman et al (1960).

A personalidade dos psiquiatras, no entanto, parece chamar a atenção de médicos de outras especialidades. De acordo com Buchanan (1992), os psiquiatras são geralmente retratados como “confusos e emocionalmente instáveis”, apesar de interessados nos pacientes. Já esses últimos, por sua vez, figuram como difíceis de tratar, trazendo pouca satisfação para o médico E a Psiquiatria aparece representada como uma área de destaque na Medicina, porém qualificada como imprecisa e de pouca efetividade. O autor também destaca que os próprios psiquiatras tendem a concordar com esses estereótipos, embora não encontrem uma saída fácil para as dificuldades impostas pela especialidade. Martean et al (2014) destacam que os psiquiatras teriam pouco poder diante de seus pacientes, sentindo-se mal por não conseguirem resolver os sintomas dosmesmos, e assim prescrevendo com frequência medicação para transtornos em quadros nos quais não haveria necessidade, como, por exemplo, nos Transtornos de Personalidade.

Talvez a explicação para isso esteja na própria formação do psiquiatra e na escolha que fez pela especialidade ainda na graduação.

Malhi (2011) mostrou que estudantes interessados em Psiquiatria durante a faculdade costumam ter, como características comuns, uma maior abertura a temas diversos, e vêem a especialidade como interessante e desafiadora, embora acreditem que não seja tão “científica” quanto as outras áreas de Medicina. Gowans et al (2011) acrescentou a esses atributos dos futuros psiquiatras a falta de interesse por esportes,

a disposição maior em lidar com problemas sociais e atividades extra-hospitalares. Para Lampe (2013), seria justamente a postura “não científica” atribuída à Psiquiatria que constituiria um diferencial efetivo na sua abordagem dos transtornos mentais e na empatia para com os pacientes.

Além disso, Sierles (1982) apontou que as experiências no curso de Medicina e a percepção dos alunos sobre os departamentos responsáveis pelas especialidades têm impacto na escolha pela Psiquiatria na residência médica. Isso significa que haveria por parte dos estudantes uma tendência de repetição exemplar dos modos dos professores do departamento, o que favoreceria a manutenção de características comuns em cada especialidade da Medicina. Também a personalidade do médico estaria indissociavelmente associada à sua escolha da especialidade (Vaidya et al, 2004; Stilwell, 2000), e isso inclusive no Brasil, onde a influência dos traços de personalidade na escolha da especialidade médica foi bem estabelecida por Bellodi (2006), porém restrita apenas à escolha entre áreas clínicas e cirúrgicas.

A partir desses estudos, defende-se aqui que, por um lado, psiquiatras tendem a apresentar algumas características de personalidade comuns e que, por outro, as diferenças de personalidade entre eles têm impacto no julgamento clínico, especialmente nas situações-limite (Berlinguer, 1993) ou nos casos de zona cinzenta (Armontrout, 2016).

Isso parece confirmado pelo estudo de Sattar et al (2006), no qual foram examinadas as respostas de 88 residentes do Massachusetts Hospital a cinco vinhetas clínicas sobre a decisão de internar involuntariamente o paciente e encontrados os seguintes resultados: os residentes de Psiquiatria que demonstravam, como traço de temperamento individual, maior busca por sensação (avaliado pela *Sensation-seeking*

scale) apresentaram menor chance de internar os pacientes nos cinco casos, assumindo assim maior risco de auto ou heteroagressividade. Os autores também identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os residentes do primeiro ao quarto ano, formando um padrão em curva descendente na tendência a internação, porém com um "pico" no último ano de residência – o que gerou dificuldade na interpretação dos dados.

Tendo em vista esses trabalhos e a persistência do problema da relação entre o modo de ser dos psiquiatras e suas atitudes profissionais, buscou-se aqui identificar especificamente as características que permitem ao psiquiatra que estabeleça um adequado julgamento clínico e que delibere sobre sua conduta tomando decisões prudentes (conforme nomeia Diego Gracia) diante dos dilemas vivenciados na sua lide com casos difíceis.

Tais características foram chamadas de *virtudes morais* e seriam necessárias para que o psiquiatra exerça uma boa prática, de acordo com Radden e Sadler (2010). Em *The virtuous psychiatrist*, os autores elencam as qualidades de um psiquiatra virtuoso: 1) confiabilidade (*trustworthiness*), uma característica requerida não apenas de profissionais, mas de qualquer membro da sociedade; 2) decoro (*propriety*), uma virtude que exige dos psiquiatras que evitem até mesmo a aparência de estarem agindo errado; 3) sensibilidade quanto às questões de gênero (*gender awareness*); 4) traços de caráter úteis à prática curativa, como empatia e compaixão, 5) certo calor pessoal genuíno; 6) um conjunto de virtudes relacionadas ao eu (*self*) e à sua integridade, como autoconhecimento, inteligência emocional, unidade de si e integridade; 7) qualidades demandadas pela relação com as doenças mentais, como paciência, fortitude e persistência; 8) desindividuação (*unselfing*) e realismo,

características úteis na abordagem psicopatológica; 9) respeito profissional, demandado pela seriedade do trabalho e dirigido não apenas para o paciente, mas também para o próprio médico; 10) liderança e integridade moral; 11) virtudes que modificam a manifestação das demais, isto é, autenticidade, sinceridade ou *wholeheartedness*; 12) e, por fim, *phronesis*, virtude essa que tem um valor particular no âmbito da prática médica.

A seguir, optou-se por explorar especificamente a *phronesis*, já que, além da sua importância nos Exercícios de Julgamento Clínico realizados nesta pesquisa, seu conceito demanda maior aprofundamento. As demais virtudes enumeradas acima serão trabalhadas no material empírico à medida que forem identificadas nos conteúdos das Experiências Profissionais.

4.2. *Phronesis*: a virtude da sabedoria prática

Em sua autointitulada "Pequena Ética", Ricoeur (1991) aponta que a perspectiva ética e a norma moral não resolveriam os impasses gerados pelos casos difíceis, isto é, nos quais a decisão dependeria da contingência da situação, e que esses casos gerariam o conflito que valorizaria uma terceira ideia, a *sabedoria prática*, conceito esse que o autor usa para traduzir a *phronesis* da *Ética a Nicomaco* (Aristóteles, 2009). Essa sabedoria prática consistiria em soluções encontradas no viver cotidiano para conflitos entre a norma social exigida para esse viver e os obstáculos impostos por adoecimentos.

A sabedoria prática é uma noção que tem sido mais estudada em relação aos pacientes, tendo em vista o modo como eles cotidianamente lidam com seus adoecimentos, principalmente aqueles portadores de doenças crônicas. É o caso, por

exemplo, de Cyrino (2009) que examinou pacientes com Diabetes Tipo 2 e que chamou a sabedoria prática de *competências práticas*. Em seu estudo, Cyrino considera que esse lidar desenvolveria competências no encontro de soluções para enfrentar situações problemáticas criadas pelo adoecimento.

Já da perspectiva da prática profissional, configurada como ”arte” da profissão médica (Schraiber, 2008) e remetida a um ”empirismo” da técnica, essa sabedoria prática tem sido pouco explorada. Tal sabedoria, remetendo sempre a um ”conflito de deveres”, caracterizaria um “drama ético” (Freitag, 1992) no interior da ação técnica, como sugeriu Schraiber (2008) no que diz respeito ao apelo à sabedoria prática em situações de conflito moral, isto é, em situações cujas tomadas de decisão envolveriam dilemas éticos para a ação social.

De volta à “Pequena Ética” de Ricoeur, de acordo com Pereira (2012),

> Ricoeur recupera o conceito aristotélico de phronesis face a esta nova realidade, grande parte das vezes de cor incerta, pintada em tons de cinzento, onde é necessário escolher já não entre o bem e o mal, mas, muitas vezes, entre o mal menor ou o pior (p. 479).

Segundo Ricoeur (1991), algumas situações expõem o caráter trágico da ação e conclamam o “juízo moral em situação” (p. 170). As internações psiquiátricas seriam um exemplo disso e nesse caso não haveria “mais regras para decidir entre regras” (p. 171), sendo a convicção então mais importante do que o ordenamento, de modo que o agente recorreria à sabedoria prática. Para Ricoeur, “a sabedoria prática consiste em inventar as condutas que mais satisfarão à exceção que requer a solicitude traindo o menos possível a regra” (1991, p. 314).

No comentário à obra de Ricoeur, Gubert (2014) argumenta que a sabedoria prática seria constituída conjuntamente pelo princípio do respeito (kantiano), pela justa medida (aristotélica) e, por fim, pela convicção “oriunda do aconselhamento e

do diálogo com os mais sábios e esclarecidos dentre os homens e as mulheres" (p. 89). Já para Svenaeus (2003), o conceito de *phronesis* seria central para a defesa da Medicina como atividade hermenêutica nos termos de Gadamer:

> Se a prática médica é concebida como um encontro interpretativo entre médico e paciente com o objetivo de restaurar a saúde do último, então *phronesis* é a marca do bom médico, que através da interpretação vem a saber o melhor a fazer para esse paciente particular neste momento particular. (p. 407) (tradução livre)

De acordo com Ayres (2000, 2004, 2007), apoiado na hermenêutica de Gadamer, a sabedoria prática seria uma ciência "sujeita a condições" (Ayres, 2004, p. 586). Tal ideia estaria baseada na noção heideggeriana de cuidado para defender a primazia do "sucesso prático" diante do "êxito técnico" nas práticas de saúde. Desse modo, se o conhecimento teórico se constitui como saber acerca do que é necessário, então a sabedoria prática consistiria no saber acerca do contingente (Leopoldo e Silva, 1998). Assim, ela se refere ao que é familiar (Velho, 1978), ao que é vivido, em oposição ao que é conhecido racionalmente. Banzato e Zorzanelli (2017) chamam de *conhecimento tácito* esse tipo de informação, disposível aos psiquiatras na ocasião do julgamento clínico sem que precisem eles recorrer ao conhecimento racional e consciente.

O que se pretende agora é justa e especificamente avaliar de que forma a sabedoria prática dos psiquiatras entra em jogo no julgamento clínico e na tomada de decisão diante nos casos difíceis que envolvem a possibilidade de internação involuntária.

5. O dilema das internações involuntárias

> A verdade, porém, é que tanto sociólogos como médicos, ao lidarem com problemas de saúde, lidam com problemas que têm a ver com valores, para o homem, em geral, e principalmente para culturas e sociedades, e dentro de sociedade, até grupos, em particular (Gilberto Freyre, 2009).

Já faz quase vinte anos que a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.10216 de 6 de abril de 2001) - resultado de um longo debate sobre o Projeto de Lei n.3.657/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG) - instituiu novos parâmetros para o tratamento da saúde mental no Brasil (Pitta, 2011).

Desde então, a desinstitucionalização de doentes mentais deixou de ser a "proposta alternativa" (Bezerra Júnior, 2007, p. 243) e o tratamento ambulatorial passou a ser a política de saúde mental oficial em todo o país. Isso diminuiu progressivamente as vagas para internação e fez com que fossem estabelecidos critérios para maior controle das internações involuntárias. Ainda assim, pouco tem sido debatido na literatura psiquiátrica sobre os critérios previstos em lei para a tomada de decisão nesses casos, em especial no que tange ao motivo da internação e justificativa da involuntariedade. Esclarecer conceitos e clarear possíveis mal-entendidos é, portanto, fundamental, já que a decisão sobre internar ou não um paciente involuntariamente é, certamente, o ato mais importante e difícil do trabalho de um psiquiatra.

De acordo com a Lei 10216/2001, complementada pela portaria nº 2391/ GM/2002 do Ministério da Saúde, a internação involuntária é aquela "em que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro" (art 6º). A rigor, todo paciente que não assine o termo de consentimento por qualquer motivo deverá ter sua internação comunicada à autoridade judicial para que possa ser reavaliada (Barros e Serafim, 2009). Caso o paciente concorde em assinar, mas seja incapaz de

consentir em função de algum transtorno mental, tal consentimento não será considerado válido, devendo a internação também ser comunicada à autoridade judicial (CFM, 2013). A involuntariedade é aqui, portanto, sinônimo de incapacidade de consentir.

A competência do médico para realizar a internação é também inequívoca no art. 6º da Lei 10216/01. Mas, nos termos da lei, "a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus *motivos* (grifo do autor)". Note-se, no entanto, que os motivos não são especificados no texto da lei. Sua única exigência é a de que a internação (em qualquer modalidade) seja indicada somente quando "os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º). Trata-se aqui, portanto, de um critério de difícil mensuração, sujeito à avaliação clínica e subjetiva do psiquiatra.

Não apenas a avaliação dos motivos para a internação involuntária é imprecisa, mas ainda as dificuldades do diagnóstico do transtorno mental em si contribuem para tornar a situação ainda mais complexa. Em muitos casos, comportamentos que simplesmente extrapolam as regras sociais não configuram necessariamente um transtorno mental. Tome-se como exemplo algum sujeito em uma manifestação política e com intenções de agressão à ordem pública – as quais motivadas pelas convicções e ideais do indivíduo. Mesmo que possam ser consideradas exageradas, as ações desse indivíduo talvez não correspondam a um transtorno mental, já que o diagnóstico depende não somente do comportamento externalizado, mas, sobretudo, da avaliação do estado mental e da relação com o meio no qual está inserido. Além disso, e não menos importante, seria necessário definir, no caso de um transtorno mental, se o sujeito apresentaria perda da

capacidade de autonomia sobre suas decisões.

5.1. Internação involuntária: uma decisão difícil

As situações em que a perda da capacidade decisória do paciente não está evidente ou nas quais a perda da autonomia é clara, mas o risco de prejuízo à saúde é difícil de avaliar, configuram casos bastante complexos na prática do psiquiatra, dentro da qual são denominados *casos difíceis*. Conforme apresentado anteriormente, os casos difíceis não são sinônimos de patologias mais raras e que exigiriam o uso de sofisticados recursos tecnológicos, mas ocasiões nas quais se está diante de dificuldades sobre a conduta assistencial e terapêutica a ser adotada e que estabeleceriam algum dilema ético e moral.

Esse entendimento pode ser encontrado em Schraiber (2001), Schraiber et al. (2003), em Yokaichiya et al (2007) e em Lima et al (2007), e segundo os quais os pacientes que, ao não aderirem à proposta assistencial oferecida, são considerados *pessoas difíceis* pelos profissionais de saúde. Esses autores chamam atenção para a transmutação que ocorre nesses casos, quando os profissionais de saúde transformam suas prórpias dificuldades assistencias (*casos difíceis*) em dificuldades dos pacientes (*pessoas difíceis*). Não se pode esquecer, contudo, que ao envolver a possibilidade da internação psiquiátrica involuntária, a situação assistencial é dotada de maior dramaticidade. O leque das decisões possíveis estaria então pautado por restrições, perdas e mesmo potenciais danos para o paciente, tensionando uma situação reconhecida pelos próprios profissionais como atinente à autoridade do psiquiatra.

A partir de Weber, Lima (2007) relembra que nos casos difíceis tanto a ação emocional (isto é, o agir precipitado em função da ansiedade com o contexto de

alguma decisão difícil) quanto a ação tradicional (ou seja, aquela na qual o psiquiatra age de acordo com hábitos, costumes e crenças, tomando uma decisão irrefletida) tenderiam a "obscurecer a visão do médico para as repercussões futuras indesejáveis de uma internação não referendada pelo próprio paciente" (p. 119). O autor também reforça que a "intervenção médica nesse caso deverá ser, e só se legitimará enquanto tal, uma ação necessariamente racional, e esta o será a um só tempo com relação a um objetivo e com relação a um valor" (Lima, 2007, p. 119).

Sendo assim, avaliar a capacidade de autonomia do paciente para optar pela internação ou não, bem como o risco à saúde envolvido em cada caso, revela-se tarefa das mais complexas e difíceis na atividade do psiquiatra, e por isso mesmo paradigmática para a prática da especialidade. Além disso, tal tarefa é exemplar no que diz respeito aos conflitos éticos que traz, colocando com frequência valores igualmente importantes em lados conflitantes. Nos casos aqui em questão: autonomia do paciente e a preservação de sua saúde.

5.2. Avaliação do risco à saúde: o motivo da internação

Documento da maior importância e que deve ser enviado ao Ministério Público Estadual em até 72 horas após a ocorrência, o Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária (TCIPI) apresenta uma lista de possíveis motivos para a internação[1]. Todos eles fazem referência essencialmente a algum risco à saúde do paciente, mesmo que não seja imediatamente um risco à vida. Isso

[1] O TCIPI não segue um padrão no Brasil. Na comparação de dois serviços de saúde dentro do mesmo município constam motivos para a internação diferentes em seus respectivos TCIPI. Além disso, alguns erros na descrição dos motivos, como no item B ("recursos socioambientais insuficientes para o tratamento hospitalar"), exigem uma revisão urgente do termo para a construção de dados epidemiológicos confiáveis que permitam uma análise da situação no país, conforme apontado em *carta ao editor* submetida à *Brazilian Journal of Psychiatry* (Anexo III).

significa que, mesmo que o paciente não apresente na ocasião ideação suicida ou heteroagressiva (o que representaria risco à própria vida ou à vida de outro), problemas como o prejuízo de autocuidados, a exposição social ou a falência do tratamento ambulatorial, por representarem risco à saúde, devem ser considerados indicativos da necessidade de internação, desde que associados a um transtorno mental.

O risco iminente à vida é relativamente raro na Psiquiatria, já que ele está presente somente quando há evidências de ideação suicida com planejamento concreto no momento da avaliação ou em casos de problemas clínicos associados (como na síndrome neuroléptica maligna) nos quais o paciente pode apresentar instabilidade hemodinâmica, com necessidade de tratamento em ambiente de terapia intensiva. Mais comum é que os psiquiatras se deparem com pacientes psicóticos agitados, nos quais há um risco de auto ou heteroagressividade, mas que não configuram stricto sensu risco iminente de morte. É por isso que o Conselho Federal de Medicina (CFM) julgou necessário instituir uma resolução específica (Resolução CFM n. 2057/2013) para a prática psiquiátrica, na qual ficaram estabelecidos os critérios para a internação involuntária.

> Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:
>
> - Risco de auto-agressão
> - Risco de heteroagressão
> - Risco de agressão à ordem pública
> - Risco de exposição social
> - Incapacidade grave de autocuidados.
>
> § 1° O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de

> autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química (CFM, 2013).

A partir dessa resolução, a internação involuntária pode ser realizada em situações que não configuram propriamente risco iminente à vida, mas que configuram risco de prejuízo grave à saúde do paciente. No entanto, Szmukler e Rose (2013) apontam a dificuldade de estabelecer na prática esse risco iminente e associado a transtornos mentais. Os autores ressaltam que ainda não existem ferramentas robustas para avaliação de risco no campo da saúde mental e defendem que o próprio conceito de risco é um construto social, complexo e com conotação moral.

Esse cálculo de risco depende da avaliação de cada caso individualmente e nele são considerados não apenas o diagnóstico formal, mas também o suporte social, isto é, as condições emocionais oferecidas pelos familiares para manter uma internação domiciliar ou para apoiar a internação involuntária. Saber algo sobre a família do paciente é fundamental para a tomada dessa decisão, dado que a melhor evolução do quadro dependerá, e muito, do envolvimento dos familiares no tratamento.

Ainda assim, em situações extremas, o médico poderá tomar sua decisão sem o respaldo da família do paciente, mas ciente de que o caso poderá adentrar a esfera jurídica caso a família questione a conduta adotada. O sistema legal brasileiro permite a impetração de *habeas corpus* contra internação psiquiátrica involuntária irregular, conforme decisão de 2004 do Superior Tribunal de Justiça (STJ)[2], exigindo assim do médico que embase muito bem a sua decisão, descrevendo-a em

2 Disponível em: https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19400167/habeas-corpus-hc-35301-rj-2004-0063013-3

prontuário e, preferencialmente, tendo o apoio da equipe de enfermagem de plantão. Além disso, aspectos subjetivos do próprio psiquiatra influenciam diretamente essa avaliação de risco. Em um estudo norte-americano envolvendo médicos residentes de Psiquiatria (Sattar et al., 2006) demonstrou que características da personalidade dos médicos, independentemente do caso avaliado, influenciam a probabilidade do médico liberar ou admitir involuntariamente o paciente. E isso reforçaria a necessidade de atividades de supervisão com os residentes, aconselhamento individual ou até mesmo psicoterapia.

Em suma, pode-se afirmar aqui que a indicação da internação exige do psiquiatra, em primeiro lugar, uma competência técnica que garanta uma avaliação rigorosa da presença e da gravidade do transtorno mental. Não obstante, o psiquiatra deverá ser capaz, em segundo lugar, de refletir sobre os valores presentes no momento da decisão. Só assim será possível estabelecer de forma consistente se haveria indicação de internação para determinado paciente ou se o tratamento poderia ser manejado ambulatoriamente com medidas adicionais de contenção de risco.

5.3. Avaliação da autonomia do paciente: a justificativa da involuntariedade

Além da avaliação do risco à vida, outra grande dificuldade que se coloca nessas situações é a avaliar a capacidade do paciente de escolher e de se responsabilizar por seus atos, isto é, sua autonomia diante da situação.

Na clínica em geral há muitas situações em que os pacientes que apresentam doenças crônicas e necessitam de uso diário de medicação não aderem ao tratamento, prejudicando a evolução de seu quadro e causando irritação e frustração ao médico

(Yokaichiya et al, 2007; Lima et al, 2007). Ainda assim, o respeito à autonomia se impõe diante de um paciente consciente do seu quadro e dos riscos de suas escolhas. Isso porque a autonomia é um dos princípios da Bioética e está presente já nos princípios fundamentais do Código de Ética Médica (2019):

> XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

O qual complementa no art. 31:

> É vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

É facultado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente, mas somente em casos de risco iminente de morte e, se for esse o caso, o médico deverá internar o paciente mesmo que não tenha o consentimento do mesmo ou da família.

A perda da capacidade de consentir (autonomia) constitui condição *sine qua non* para a internação involuntária. Está explicita ou implicitamente presente no TCIPI em todos os itens que consideram a justificativa para a internação involuntária. O importante aqui é que os transtornos mentais, em teoria, podem sempre ter impacto na capacidade do indivíduo de tomar suas decisões de forma plenamente autônoma, isto é, não influenciado por alterações cognitivas, afetivas ou volitivas. Lembrando o psiquiatra francês Henry Ey (1981), as doenças mentais caracterizam-se essencialmente como *a patologia da liberdade*. Sendo assim, para evitar a contradição entre fatos e normas, é preciso que sejam feitas distinções entre as diferentes formas de adoecimento mental, tendo em vista como elas comprometem

em diferentes graus essa liberdade.

A falta de autonomia é evidente em síndromes psicóticas, nas quais o juízo de realidade e a capacidade de entendimento estão comprometidos e o paciente não consegue agir senão sob influência do transtorno. No entanto, na maior parte dos transtornos mentais os pacientes tendem a preservar sua capacidade de escolha de forma geral, inclusive sobre o tratamento (Matthews, 2000).

As legislações ao redor do mundo sobre internações psiquiátricas involuntárias indicam diversas maneiras de formular e responder ao problema. Em um estudo recente que analisou as leis sobre saúde mental em 31 países de renda baixa e média, Wickremsinhe (2018) mostrou que em 24 desses países não é exigida uma avaliação de capacidade antes da internação involuntária, o que justificaria, explícita ou implicitamente, a admissão forçada do paciente baseada apenas na presença de algum transtorno mental. Tal ocorrência não encontra respaldo nos parâmetros éticos utilizados atualmente na Psiquiatria e, como ressaltam alguns autores, a presença de um transtorno mental, sem prejuízo da capacidade de decisão, não justifica qualquer tratamento involuntário, podendo ser considerado inclusive um abuso (Steinert, 2017).

Diversos autores dedicaram-se nos últimos anos ao desenvolvimento de métodos de avaliação da capacidade de consentir ao tratamento (Appelbaum, 2007; Grisso et al., 1997). Em um deles, o *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment* (MacCAT-T), são indicadas algumas capacidades básicas em torno das quais a avaliação deveria ser feita, como, por exemplo: capacidade de comunicar uma escolha, de entender informações relevantes ao caso, de apreciar a situação e suas consequências e de raciocinar em relação à própria situação (Grisso et al.,

1997). Em um estudo multicêntrico realizado na Itália, entre 2012 e 2013, 131 pacientes internados involuntariamente foram avaliados em relação à sua capacidade de consentir ao tratamento (Mandarelli et al, 2018) - dentre os instrumentos utilizados estava o MacCAT-T. Ficou evidente que 22% desses pacientes apresentavam alta capacidade de consentir ao tratamento, o que contrastava com sua situação de internação involuntária e revelava uma possível dicotomia entre o status clínico e legal desses pacientes.

Sendo assim, nas situações em que o paciente é trazido ao psiquiatra por familiares em razão de apresentar algum comportamento que o colocaria contra as regras sociais, mas o qual não configuraria sintoma de transtorno mental, o psiquiatra poderá tão somente tentar persuadi-lo do contrário, mas não estará autorizado a tomar uma atitude contra a vontade do paciente (Buchanan e Brock, 1990). Alguém que manifesta a vontade de agredir o vizinho, roubar uma loja ou usar drogas ilícitas, por exemplo, não deverá ser internado em hospital psiquiátrico, mesmo que haja risco evidente e de prejuízo a terceiros. Na ausência de um transtorno mental diagnosticado ou se o transtorno mental não privar o paciente da capacidade de escolha, a internação involuntária não se justifica, mesmo que tenha motivos suficientes para sua indicação. Ela só deverá ser realizada se, na avaliação do médico, o paciente não puder responder por seus atos em função de um transtorno mental que o prive dessa capacidade.

6. Exercícios de julgamento clínico

> Considerando tudo isso, segundo o julgamento exclusivo da visão, eu seria apenas uma imagem da loucura. É necessário que o médico não só confie na visão para julgar a doença, mas também nas circunstâncias (Hipócrates, 2011).

Os sujeitos que aceitaram participar do presente estudo totalizaram 17 indivíduos (12 homens e 5 mulheres). Todos eram na ocasião da pesquisa residentes em Psiquiatria, oriundos de diversas escolas médicas e cujas idades variavam entre 25 e 30 anos.

A análise do conteúdo das entrevistas focalizadas revelou que os entrevistados, mesmo pertencendo ao mesmo programa de especialização em Psiquiatria e estando no mesmo nível de formação profissional, apresentam condutas substancialmente diferentes diante dos mesmos casos hipotéticos propostos pela pesquisa. Quando questionados sobre a decisão de internar involuntariamente, alguns residentes disseram que internariam os dois pacientes, outros, nenhum deles; e houve ainda quem dissesse que internaria a paciente do primeiro caso e não a do segundo, bem como aqueles que fariam o contrário. O conjunto das entrevistas demonstrou que a tomada de decisão final dependerá, primordialmente, do julgamento individual do psiquiatra quanto à presença de um transtorno mental e quanto à necessidade de internação involuntária em cada caso. Sendo assim, foi imperativo para a presente pesquisa avaliar quais os critérios reivindicados por cada um dos entrevistados para justificar a sua decisão.

Para isso, além dos dois parâmetros principais e regimentais (risco à saúde e capacidade de decisão), outros fatores foram considerados importantes para melhor explorar os conteúdos das entrevistas, tendo sido divididos em categorias temáticas segundo dois momentos da avaliação médica: o processo de tomada de decisão (o

qual inclui não somente o raciocínio sobre o diagnóstico psiquiátrico em si, mas também a avaliação do risco à saúde e capacidade decisória do paciente) e a decisão final sobre o caso (internar ou não o paciente). Nas entrevistas, nem sempre esses momentos se sucederam nessa ordem, pois alguns dos participantes expressaram de antemão sua decisão final, antes de expor seu raciocínio ou amadurecer a decisão enquanto "pensava em voz alta". A despeito disso, em razão do valor analítico dessa divisão, ambos os momentos serão tratados separadamente.

6.1. O primeiro momento: o julgamento clínico

Além do diagnóstico de transtorno mental, o psiquiatra deve sempre decidir, de acordo com a legislação vigente, se há ou não motivo para a internação, ou seja, avaliar a gravidade e em que tipo de risco o transtorno coloca o paciente. Ele deve ainda julgar se há justificativa para a involuntariedade, isto é, se as condições mentais do paciente naquele determinado momento privam-no de sua capacidade de decidir por si mesmo. Embora isso esteja muitas vezes apenas implícito no raciocínio dos psiquiatras, todos os entrevistados consideraram esses dois critérios para sua decisão.

Os casos clínicos apresentados apontam para dificuldades diferentes em relação ao julgamento do risco e autonomia do paciente. No primeiro, não é possível estabelecer com convicção se a paciente apresenta um transtorno mental, pois seu histórico indica apenas características de personalidade – as quais podem ou não ser consideradas patológicas. Além disso, a falta de colaboração e a atitude de oposição da paciente ao tratamento não são sinais evidentes de alteração do exame psíquico, mas podem ser consideradas sinais de risco, dependendo do avaliador. O caso revela-

se difícil em virtude da incerteza em torno da magnitude do risco de suicídio envolvido na situação, especialmente em razão da ausência de respaldo familiar. Já no segundo caso, não houve dúvida quanto ao histórico de transtorno mental do paciente, o qual é relatado pela família e está descrito nos prontuários médicos. O exame psíquico também aponta para algumas alterações do humor, porém de difícil precisão se reativas ou não ao conflito vivenciado pelo paciente. Nesse caso, o risco de heteroagressividade se mostra presente, mas é difícil estabelecer a capacidade de autonomia do paciente em relação às suas decisões.

6.1.1. A importância do diagnóstico

Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico consiste em avaliar alterações no estado mental e de comportamento que prejudiquem o desempenho pessoal, social ou profissional do paciente (CID-10, DSM-5). Em termos práticos, significa dizer que as manifestações apresentadas não se justificam pelo momento biográfico e contexto vivencial do paciente. Trata-se, portanto, de uma avaliação complexa que depende da capacidade do psiquiatra de fazer uma boa entrevista e exame psíquico, bem como coadunar os dados obtidos com o conhecimento psicopatológico. Na Psiquiatria, muitas vezes o diagnóstico nosográfico não é bem estabelecido numa primeira entrevista, sendo realizado um diagnóstico mais amplo. Nesses casos, pode-se falar, por exemplo, em “síndromes psicóticas” sem quaisquer prejuízos para o tratamento estipulado.

O primeiro aspecto que merece destaque no que diz respeito ao processo de tomada de decisão foi uma busca, de antemão, dos psiquiatras por estabelecer um diagnóstico nosográfico específico para cada um dos casos. Ao serem questionados

sobre suas impressões iniciais (pergunta aberta da entrevista e que não visava uma resposta específica), muitos psiquiatras começaram suas respostas com seu diagnóstico nosográfico para o caso. Antes de avaliar as condições em que se apresentava o paciente, preocuparam-se em sustentar seu raciocínio com base na hipótese diagnóstica aventada.

Vale ressaltar aqui que não há nenhum provimento legal que estabeleça como condição a presença de determinados diagnósticos para a internação, cabendo ao psiquiatra apenas definir se haveria um transtorno com indicação de internação, a depender do risco à saúde e capacidade de decisão do paciente.

Tal preocupação em enquadrar de pronto os casos examinados em diagnósticos nosográficos é evidente nas falas citadas abaixo[1].

> Bianca: Enfim, difícil falar, mas parece ser um transtorno de personalidade; algo talvez do tipo *Borderline*.
>
> Sérgio: Então, uma mulher jovem, né? Já vai formando um pensamento um pouco de...: mulher jovem, ciências sociais, que começa a brigar. Enfim, brigas e rupturas desde a adolescência. Acho eu que a primeira coisa que já vai montando é uma hipótese de Transtorno de Personalidade assim
>
> Rafael: Mas parece ser inevitável pensar a partir do diagnóstico: sempre vem primeiro o diagnóstico na cabeça, né? A gente vai meio buscando, né? Parece um Transtorno da Peersonalidade *Borderline*, a princípio.
>
> Ana: Assim...você vai ler um caso e vai...Não tem como, surge, mesmo que você não queira, fazer uma hipótese.
>
> Clovis: Parece uma paciente com funcionamento "border"[2], né?

Para Marcus, o próprio diagnóstico foi suficiente para sua decisão no segundo caso, pois anuncia maior gravidade:

---

[1] Em respeito à privacidade dos residentes entrevistados, não serão indicados nas transcrições os nomes dos mesmos, sendo utilizados nomes fictícios.

[2] "Border" é um termo frequentemente usado por psiquiatras para se referir ao Transtorno da personalidade *Borderline*.

> Assim... não sei se isso é protocolar, mas é comum na prática psiquiátrica que, estando em fase maniforme psicótica, o paciente [possa] ser internado e ponto.

Já Mário considera o diagnóstico do primeiro caso de menor gravidade e o diferencia de casos em que a internação seria necessária, mas considera mesmo assim manter a paciente no hospital para que se sinta acolhida. Para ele, o diagnóstico de Transtorno de Personalidade implica um risco menor do que uma depressão grave, o que exige diferentes condutas:

> Então, é uma paciente que a gente sente que não dá para mandar para casa assim de qualquer jeito, pelo risco dela se sentir rejeitada, abandonada no tratamento. Então, a partir disso a conduta já é acolher, pôr em uma maca, apesar da gente classificar que não tem esse risco maior a transtorno de personalidade, que não é uma depressão grave, uma coisa que indicaria uma internação, mas manter no pronto socorro para dar esse contorno, para dar essa acolhida inicial para ela se sentir, enfim, não se sentir abandonada, não se sentir desprezada.

Com base no mesmo diagnóstico de Mário, Marcus decidiu mantê-la internada em virtude do risco, mesmo citando evidências científicas contrárias à internação de pacientes com esse diagnóstico:

> [...] baseado no que [se] tem de informação de internação por *Borderline*, que as internações longas podem piorar o paciente, eu pensei muito isso, se não dá para liberar agora. Mas assim...vamos deixar por um tempo curto.

Já para Bruno, o importante era identificar alterações do exame psíquico para sustentar sua decisão, mostrando que, mesmo quando não se faz um diagnóstico nosográfico, o trabalho do psiquiatra estaria baseado em julgar se aquele funcionamento é normal ou não:

> Independentemente se fosse um Transtorno de Personalidade, se não tivesse Transtorno de Personalidade, se fosse só uma crise, não ia fazer muita diferença [...] Mesmo que não desse para fazer o diagnóstico, eu acho que o principal no pronto socorro ia ser: o que eu tenho aqui? A primeira coisa: não ter alteração do juízo de realidade nem polarização do humor.

Indicar o diagnóstico não significa que os psiquiatras estivessem indiferentes à necessidade de individualização do caso, mas apenas que o diagnóstico tem um papel heurístico na formulação do raciocínio clínico e das estratégias terapêuticas. Conforme relata Guilherme:

> Eu acho o título diagnóstico em si algo muito artificial, porque a pessoa, sei lá, pode ser classificada como "border", mas é uma classificação que nós colocamos a ela. Então a gente se basear em uma classificação que a gente colocou nela... não quer dizer que seja realmente dela... O que é dela mesmo é a história de vida dela, o meio que ela vive, a forma como ela lida com o mundo. Mas usar simplesmente a palavra, o título que a gente deu a ela... nós estamos usando um título que nós mesmos fornecemos para tirarmos a conclusão, não parece muito lógico. [...] Eu acho que ele é importante para a gente entender, talvez mais globalmente, pensar estratégias mais amplas. Mas acho que todas as estratégias amplas elas vão passar por um funil pessoal, precisam ser singularizadas. Então, é importante para entender de uma forma mais ampla, tentar predizer coisas, pensar em estratégias terapêuticas. Mas as estratégias terapêuticas e o planejamento e as previsões dependem muito da singularidade.

Sérgio também apontava que o diagnóstico construiria um estereótipo que o incomodava, mas que não deixava de ser útil e um modo de identificar padrões de comportamento:

> [...] eu acho isso muito engraçado, fica muito preconceituoso mesmo. A minha sensação é essa. Mas é muito do que a gente vê, e as coisas se repetem assim, tornam-se padrões, e acaba que a gente pode falar isso, porque vê muito... pela formação empírica. De certa maneira me incomoda um pouco, porque a gente já vai... essa coisa de já ir com a ideia formada.

Já para Leandro, mesmo considerando o diagnóstico, as condições em que a paciente se apresenta são mais importantes para seu julgamento clínico. Seu relato resume de forma objetiva o conflito que o primeiro caso coloca para o psiquiatra:

> Bom, de Psicopatologia e de evolução do quadro, mesmo pensando nas medicações que já tomou... e a irregularidade... porque o foco está na relação interpessoal. Parece um Transtorno da Personalidade, possivelmente *Borderline*. A questão é que ela teve um evento agudo de certa impulsividade com ideação suicida, e não tem ninguém na família para validar uma suposta internação involuntária.

6.1.2. Avaliação do risco à saúde

Conforme exposto no capítulo 5, o conceito psiquiátrico de risco à saúde contempla não somente o risco iminente de morte, como nos casos de ameaça de auto ou heteroagressividade, mas também qualquer situação que, em função do transtorno mental, cause prejuízo aos autocuidados do paciente, exponha-o socialmente ou gere danos à ordem pública (Abdalla et al, 2015).

Todas essas situações devem ser consideradas pelo psiquiatra e avaliadas em termos da magnitude do risco que oferecem. Escalas de avaliação de risco que tentam prever os desfechos negativos, no entanto, não garantem a segurança do psiquiatra na tomada de decisão, podendo, quando muito, protegê-lo juridicamente de eventuais questionamentos sobre a conduta adotada. Além disso, o diagnóstico muitas vezes não é suficiente para prever o que acontecerá, e as contingências do ambiente também podem interferir nas ações do paciente. Tal complexidade coloca o psiquiatra em conflito, conforme atesta Ana:

> Não internar às vezes pode ser a conduta, mas você fica receoso porque você sabe que não está mexendo [em] nada no que desencadeou aquilo. Então você fica em uma posição entre poder ser muito iatrogênico para o paciente, mas poder também estar se colocando. Depois se acontecer alguma coisa, é muito fácil alguém falar: “puxa, mas ela falou para você que poderia fazer de novo!” E você fica entre a cruz e a espada muitas vezes. Eu não gosto de atender... por mais que a gente, no final das contas a maior parte das vezes você dá alta, e não vai acontecer de novo com tanta proximidade, né?

Por isso, é difícil ser estimado o risco ao qual estará submetido o paciente em caso de seguimento ambulatorial sem internação e nos casos mais difíceis isso varia de acordo com o ponto de vista de cada psiquiatra naquele momento.

> Lorena: [...] mesmo que ela não tivesse uma ideação suicida estruturada e eu tivesse certeza que ela não tem ideação suicida,

mas por ser uma “border” e ela não ter se aberto, ainda estar em evento agudo, assim, então, a capacidade interna dela está ruim. Eu acho que se eu liberasse ela, ela poderia não se suicidar, mas se cortar, transar, ir na Cracolândia...assim, outros comportamentos de risco que não o suicídio.

Sérgio:[...] eu gosto muito de olhar o momento e as condições daquele momento que está posto ali. Por exemplo, essa é uma pessoa que, se a gente for pensar em risco de suicídio, fazer escala, aplicar alguma escala de suicídio, provavelmente pontua alto, e aí eu acho que tem um risco alto nesse padrão. Mas eu acho que uma pessoa que tem um histórico de ter essa coisa mais impulsiva, de ter um comportamento mais intempestivo, de ter tentativas prévias, já é uma coisa que tem claramente um...o que começa, o que desencadeia...tem um suporte aí, mesmo que seja da amiga, mas tem uma condição de estar sendo vista, de estar... Então acho que isso...apesar de... se a gente for entrar em ideias, bem... a ciência comprova. Enfim, eu acho que é uma coisa que pesa diferente. Trazer para a pessoa aquilo que a gente costuma ver na prática assim.

Bruno: [...] eu não sei o quanto é esse risco realmente, né? Então talvez eu estivesse internando involuntariamente uma paciente que o risco não é tão alto.

Mário: [...] é, porque eu acho que, pelo histórico dela, de nunca ter colocado a vida em risco, a questão de ser... de no momento estar um pouco resistente ao médico, mas não parece uma ideação suicida, parece que foi uma coisa mais impulsiva e a experiência de prontos socorros que a gente tem na residência...desses pacientes com essa labilidade emocional, geralmente a primeira continência de passar uma noite em pronto socorro, de passar um primeiro momento em pronto socorro já são suficientes para você...segurar a crise e lidar com isso de uma forma mais longitudinal.

Ana: É o tipo de caso que eu não gosto de atender em PS. [...] Eu acho que a maior parte das vezes é esse tipo de caso, que são situações bastante ideativas [e] que muitas vezes é mais uma coisa de uma impulsividade do que um planejamento de fato, mas no PS você tem uma abordagem muito pequena. É um lugar que realmente não dá para fazer uma abordagem muito legal pelo contexto do lugar, tudo. E você sabe que aquilo é muito relacional, depende de várias interações da pessoa com os familiares, com os amigos. E muitas vezes a pessoa vai (“não quero mais me matar”), mas você sabe que ela vai sair dali e o ambiente que provocou tudo aquilo vai ser o mesmo. Então, ela ter esse tipo de reação naquele mesmo ambiente é muito possível que aconteça, mas também você não vê um critério de internação. Você não vai internar porque não tem uma ideação suicida estruturada, às vezes não, [mas] tem uma questão de humor, né? Humor deprimido que mantém esse planejamento, que justifique uma internação. Só que você também fica desconfortável (“tá bom, vou te dar alta, sendo que nada vai

> mudar [o] que você está falando aqui agora") e geralmente é ("ah tá, pensei uma coisa impulsiva, não planejei, foi de momento, estou arrependida... se acontecer de novo eu não sei se faria de novo"). Então, eu detesto atender esse tipo de... é, eu detesto, eu detesto. É o caso que mais detesto atender no pronto socorro é esse tipo de caso. Da Psiquiatria...

Embora não tenha surgido espontaneamente, mas apenas quando inquirido, um aspecto que parece ter influenciado alguns entrevistados na sua avaliação de risco foi a preocupação com processos judiciais ou com arrependimento ou "peso na consciência".

> Pesquisador: E te preocuparia, isto é, você levou em consideração para mantê-la no hospital algum processo, como por exemplo: "putz, vai que libere essa moça com a amiga e aí depois acontece alguma zica..."
>
> Marcus: sim...
>
> Pesquisador: passou pela sua cabeça isso?
>
> Marcus: Sim, mas também corro o risco de ser processado também por mantê-la [a paciente internada]. Mas aí eu tenho mais justificativas e eu estaria mais assegurado do que dar alta e acontecer alguma coisa.
>
> Pesquisador: De uma certa maneira a sua decisão também passa por se proteger profissionalmente, vamos dizer assim.
>
> Marcus: Sim, 99% das vezes [risos] [...] deixando ela internada eu tenho mais recursos de me defender e também porque ela está com uma amiga, que apesar de ser maior de idade é só uma amiga, não é a família e tudo mais. Quem vai processar depois é a família [...] Não, não hesitei para internar, porque o risco é muito maior [de] ela ser liberada, fazer alguma coisa e a família me processar...uma família [em] que os pais são engenheiros e tem condição de ter um bom advogado... do que [se] eu deixá-la no pronto socorro (posso ser processado, mas não tem muita justificativa por parte deles e eu saberia manejar ali na hora). Assim... saberia em termos, né? Teria mais condições de me justificar depois.
>
> Ana: Nossa, dá muito [medo de processo judicial]! Por isso que eu detesto atender este tipo de caso. Aí vai lá [a paciente] e se suicida, você fala "pô, será que eu devia ter (internado)?" Eu acho que não se suicida na maior parte das vezes, mas sempre pode acontecer.
>
> Pesquisador: O que você teria mais medo: de um processo médico ou de um peso na consciência assim?
>
> Tulio: Peso na consciência, sem dúvida.

Ao ser questionado diretamente sobre possíveis desdobramentos ético-jurídicos da conduta adotada, Bruno negou, a princípio, sentir medo, mas em seguida revelou-se cauteloso com esse tipo de procedimento e disse ter até mesmo contratado um seguro para isso. Ainda assim, acreditava ele que sua conduta fosse sempre orientada de acordo com sua consciência moral.

> Pesquisador: E você não tem medo dos pais processarem você, de repercussões legais, dessas ‘dores de cabeça’?
>
> Bruno: Não, por isso não. Por isso não. Tenho até um segurinho agora, até porque a consequência seria mais a dor de cabeça. Se estivesse em paz com a minha conduta... vai ser julgado por alguém, sei lá, pelo CRM. Pode ser que os colegas que forem julgar achem que a minha conduta não foi... Eles podem mudar a minha ideia... e se discordar ser punido de alguma forma. Mas eu teria tranquilidade de “não, estou tomando a conduta correta”. Vou ter dor de cabeça, porque eu vou ter que ir me justificar ao CRM e tal. Mas, no final, vai ficar tudo bem, porque eu não fiz nada de errado: não foi negligência, imperícia nem imprudência. Teria essa paz.

De fato, o psiquiatra está exposto a questionamentos ético-jurídicos em toda e qualquer internação involuntária que realiza, e mesmo de um desfecho negativo do caso.

> Leandro: Até porque ‘vulnerável’ a gente sempre está quando toma a decisão de internar involuntário.
>
> Guilherme: Não é garantia nenhuma uma conduta ou outra. Se eu tomar a conduta do que eu acredito de verdade, talvez vou conseguir defender...com mais propriedade.

No segundo caso examinado, o risco parece ter sido mais evidente:

> Lorena: [...] Com certeza, internação involuntária para avaliação, troca e ajuste de medicação. Acho que ele oferece risco a ele [mesmo]. Talvez não necessariamente suicídio, mas penso até dele fazer alguma coisa ruim na empresa; negócios que depois vão prejudicá-lo. Também outros comportamentos de risco, [como] dirigir. Enfim, oferece risco aos outros, no caso. Embora ele nunca tenha batido no filho e parece que está mais relacionado a esse vizinho, de fato ele tem três filhos- inclusive para os filhos estarem vendo o pai nessa situação deve ser muito difícil. Então, um risco familiar que começa a se estender. E acho que ele se beneficiaria da mudança de medicação, da estabilização. Então, eu internaria, sim.

> Marcus: Porque tem risco de homicídio, hetero agressividade grave.
>
> Tulio: Então, uma situação difícil. Ia ficar muito preocupado se eu liberasse ele para casa. Talvez não acontecesse nada, [mas] é a questão do risco: o ‘x’ por cento existe, assim como com a outra paciente. O risco existe. A gente tem que saber se é um risco baixo ou não. Acho que esse é um risco alto para agredir o vizinho, até matar o vizinho. Eu ficaria muito preocupado.

É interessante observar que, mesmo sem ter certeza de como versa a lei sobre os critérios para a internação involuntária, os entrevistados intuem que, diante de um risco iminente, podem tomar a decisão mesmo sem o consentimento da família.

> Ana: Mas eu não posso também [dar alta para a paciente]? Não sei essa parte. Eu posso, não posso? Como médica, em uma situação dessas, por mais que a família não diga ”não sou responsável”, posso ser negligente se deixar essa pessoa ir embora. Se eu achasse claramente [...]que tinha risco, eu internaria, sim. Depois iria conversando. Acho que é isso[...] Depois a pessoa vê (“nossa, mas realmente, acho que foi mais seguro”). Mas também dando esse respaldo; por que também vai liberar? Não sei se eu ficaria tranquila. Acho que ficaria dias pensando.
>
> Rafael: Ah não, ele estando agressivo, precisando medicar, para mim é muito tranquilo.

6.1.3. Capacidade de decisão do paciente

Mesmo a internação estando bem indicada pelos riscos envolvidos aos pacientes, isso não é suficiente para produzir uma internação involuntária. Diante da discordância do paciente, faz-se necessária uma justificativa coerente para que o médico possa prosseguir com a internação contra a vontade do mesmo.

Para isso, a capacidade de decisão do paciente deverá ser avaliada, e dependerá principalmente do juízo de realidade dele no momento da avaliação. Além disso, deverá ser avaliada a capacidade do paciente de determinar a si prórpio de acordo com o entendimento da realidade. Alguém muito impulsivo, por exemplo, pode perder sua capacidade de escolha diante dessa alteração psicopatológica.

No primeiro caso apresentado, não restaram muitas dúvidas entre os sujeitos participantes quanto à capacidade de ajuizamento da realidade da paciente, isto é, entenderam que a paciente não apresentava quaisquer sintomas psicóticos.

> Ana: Uma coisa é se a pessoa ("nossa, estou muito mal, será que estou querendo ter uns dias para que me ajudem?"); mas uma pessoa que fala que não quer ficar internada [e] você fazer uma internação involuntária, com todo o peso que isso tem em uma paciente já com dificuldade, em uma relação interpessoal [em que] que você vai pegar e falar: "tá, não estou levando em conta você, estou levando em conta...enfim". Nessa situação, não acredito que fosse trazer benefícios a gente internar involuntariamente essa pessoa. Não me parece que tenha o que trabalhar assim muito pontualmente e a curto prazo em uma internação. [...] No primeiro caso, a autonomia é evidente, mesmo que haja risco de suicídio.
>
> Leandro: Não, porque está falando que a amiga também não banca, né? Então, na verdade, não tem ninguém para bancar comigo a internação involuntária. Se ela estivesse agitada, se ela estivesse com alguma alteração do juízo, evidente [que] sim. Aí dava para bancar.
>
> Itiro: Olha, se ela não quer ficar, você está obrigando-a a ficar. Está infringindo o direito dela. Se ela não tem, enfim, não tem um motivo clínico que impeça, que realmente te dê permissão para impedir ela de sair, eu acho que [interná-la] é um pouco além.
>
> Patrícia: Então, eu teria medo de dar alta, mas eu acho que não dá para bancar uma [internação] involuntária. O exame psíquico dela na hora está normal.

Mas a potencial impulsividade da paciente despertou em alguns residentes a percepção de que ela não tinha a capacidade de se responsabilizar por seus atos, e isso justificaria a internação.

> Caio: É, eu não estou pensando no diagnóstico. O diagnóstico aqui não faria quase diferença nenhuma nesse momento para a minha conduta.
>
> Pesquisador: E se você chegasse à conclusão de que isso aí não é diagnóstico nenhum, é 'frescura', como dizem alguns?
>
> Caio: Se eu chegasse a que é um 'piti'?
>
> Pesquisador: É, um 'piti', mas com risco de suicídio.
>
> Caio: O que eu faria?
>
> Pesquisador: É. Você interna ou não?
>
> Caio: Internaria.

> Pesquisador: E por quê?
>
> Caio: Porque ‘piti’ mata. [...] A menina [...]parece que está meio fora de si. Nesse sentido, quer dizer, classicamente, o que se diz ‘piti’ [talvez] seja um ataque histérico, questão de impulsividade [e] a paciente mesmo assim corre risco. Não é porque não é uma doença psiquiátrica, entre aspas, que a paciente não corre o risco de se matar.

Já a respeito do segundo caso, a perda da capacidade foi mais evidente para os entrevistados que avaliaram o quadro como psicótico ou maniforme grave. Embora a descrição do caso não trouxesse elementos substanciais do exame psíquico, os entrevistados confiaram na descrição dos familiares de que o paciente não estava no seu normal.

> Rafaela: Esse cara está perdendo, né? Está sem crítica, e já está fazendo claras ameaças de que ele pode agredir o vizinho de novo. Quer dizer, pondo gente em risco.
>
> Clóvis: Pode ser uma psicose de um Transtorno bipolar. Eu acho que esse sentimento de grandeza, essa recusa de aceitar tratamento às vezes pode ser só uma... Só que ele pode estar em uma mania não psicótica e se recusar, falar que a empresa não anda sem ele. É, [...]acho que eu ia focar e investigar [...] (talvez seja o ponto chave do caso) [...]se o juízo de realidade, e se ele [o] tem, está preservado. Se ele está psicótico agora ou não, acho que isso é super importante.
>
> Bruno: Mas, assim... quando é claro uma mania psicótica ou mania clara, para mim não tem muita dúvida, porque o risco é alto. Você não sabe o que vai acontecer.

Quando tais situações estão presentes, a capacidade de consentimento do paciente estaria prejudicada, autorizando, assim, o médico e os familiares a tomarem a decisão pelo paciente.

> Ana: Acho que não só o diagnóstico, o apoio da família [...] esse é um caso menos “border” [risos], ”fronteiriço”: um caso com menos dilemas do que fazer. Eu acho que é muito mais claro você pensar, porque, enfim, você está vendo uma pessoa que aparentemente está alterada, [fora] do normal dela. Tem um exame psíquico aí alterado, está com uma questão de uma possível agressividade, está descompensado. Enfim, a família está junto e você sabe que se você tratar bem ele, volta aí a um estado mais funcional, o que é

> uma coisa mais pontual de se fazer. Que é um caso não que mais simples, mas menos eticamente complicado nas decisões que você vai tomar. É isso, acho que é isso.

Clóvis contou que dava plantão de clínica médica antes da residência de Psiquiatria, e narrou uma situação em que deu alta a um paciente, mesmo ele apresentando risco à vida, por acreditar que o paciente tinha capacidade de consentimento:

> Era um retorno que tinha pego de um colega do plantão. Ele veio com uma tomografia com uma "HSA" (Hemorragia subararacnóide) ou com hematoma, não me lembro agora o que era. Mas tem que internar de urgência, né? Liguei para o neurocirurgião, escrevi tudo. Aí ele [o paciente] estava consciente. Ele falou assim: "vou ligar para o meu médico". [Mas] ele não conseguiu falar [com o médico]. Estava ele e a filha, e [o paciente] falou assim: "sem falar com ele não vou internar". Respondi: "mas o senhor está sangrando na cabeça. Precisa internar"! Mas ele falou não. Aí a filha falou: "eu também não posso passar por cima da autoridade dele".

E compara com o caso de uma paciente em mania:

> Apesar de não referir nenhum risco, nada, ela eu achei que não podia ir assim, porque ela não pode decidir por ela, né? Eu achava naquele momento [...]que essa paciente tinha muito mais risco de... porque ela estava em mania: ia sair dali (já era noite ali na Paulista), então ela pode, não que ela fosse se matar, mas ela pode se envolver em várias coisas prejudiciais para ela sem ter, sem estar, em pleno...decisão. Não tinha capacidade.

Clóvis lembrou ainda que o fato do paciente estar psicótico não significaria desconsiderar completamente sua opinião, o que vai ao encontro do que é proposto pelo TCIPI. Nele está prevista a descrição do motivo da discordância da internação pelo próprio paciente. E como afirmou o mesmo psiquiatra: "mas não é porque ele [o paciente] está psicótico que a gente vai desconsiderar totalmente".

6.2. O segundo momento: a tomada de decisão quanto à internação

Ambos os casos clínicos apresentados trazem dificuldades para estabelecer os critérios para a internação involuntária: no primeiro, o risco; no segundo caso, a autonomia do paciente. Conforme observou Beatriz,

> Às vezes, quando o caso é difícil, a conduta é fácil, né? Enfim, se o caso é muito complicado, é relativamente fácil [decidir]. [...] Os mais difíceis são os mais limiares.

A dificuldade na decisão por vezes exigiu que o pesquisador colocasse o entrevistado "contra a parede": ao fim e ao cabo, uma decisão final era necessária. Afinal, na vida prática deve-se decidir, irrefreavelmente, entre liberar o paciente para retornar à sua casa ou mantê-lo internado a despeito de sua discordância. O diálogo abaixo exemplifica essa situação.

> Patrícia: Se ela estiver meio hostil comigo, eu deixaria ela lá, pelo menos no pronto socorro. Bom... mas, tipo, eu posso nem dar alta (esperar o tempo) até assinar [a internação] involuntária.
>
> Pesquisador: Você pode. Mas concorda comigo que você está fazendo uma internação involuntária? Só não está comunicando o Ministério Público, mas você está fazendo uma internação involuntária. Você está fazendo um procedimento involuntário.
>
> Patrícia: Não estou dando alta para a paciente!
>
> Pesquisador: Se ela não assina, é involuntário. Não tem...não tem meia saída aí.
>
> Patrícia: [Silêncio] Ai, que difícil!

Diante da necessidade de uma decisão em cada caso, propostas terapêuticas complementares importantes também foram lembradas. Isso mostra que a conduta final não exime o psiquiatra da responsabilidade no cuidado com o paciente, mesmo quando não há concordância do paciente com a sua decisão.

> Leandro: Caso ela não tope de jeito nenhum e a amiga não banque mantê-la [internada], aí eu acho que, "paciência", daria alta a pedido. Mas orientaria que ela [a paciente] ficasse na casa da amiga, se possível, talvez nas próximas 24 horas, e que fosse tentado o contato com a família o quanto antes. E orientar [que]

> qualquer mudança no quadro, qualquer manifestação de ideação suicida, retorno para o hospital.

Ao deliberarem sobre a conduta a ser tomada em cada caso, três elementos parecem ter dificultado a tomada de decisão dos residentes, e se revelam comuns às duas situações clínicas apresentadas: o contexto do atendimento, a falta de suporte familiar e a dificuldade de vínculo com o paciente num primeiro atendimento.

Os depoimentos revelaram ainda que as condutas podem ser diferentes a depender da perspectiva ética adotada pelo psiquiatra para a tomada de decisão. Não surpreende que seja assim: os casos apresentados são ambos propositadamente difíceis em termos da conduta a ser tomada, passíveis de justificativa segundo qualquer uma das decisões tomadas – isto é, internação ou liberação do paciente.

A consideração desses três elementos esteve explícita no discurso de alguns entrevistados e também subsidiou a decisão dos demais de forma implícita. Cada um desses elementos pode ser valorado de uma forma específica pelo psiquiatra e a seguir são apresentados excertos das entrevistas que demonstram a importância de cada um deles na tomada de decisão.

6.2.1. O contexto do atendimento

Por contexto entende-se aqui uma gama de circunstâncias do local e do momento do atendimento que podem influenciar na decisão do psiquiatra. Foram mencionados pelos entrevistados três marcadores da maior importância: a classe socioeconômica do paciente, o dispositivo de saúde (pronto socorro, UBS ou consultório) e a natureza institucional da rede de serviços (pública ou privada).

Em relação a esse último aspecto, os entrevistados perceberam fluxos bastante diferentes eobservaram que muitas vezes o caminho para a internação na

rede pública de saúde é mais fácil do que na rede particular, especialmente pelos interesses financeiros dos convênios.

> Patrícia: Com a questão de convênio você não garante a internação. No pronto socorro de clínica chega caso psiquiátrico, mas não é para chegar. Sempre são muito difíceis de manejar, de arranjar um lugar: não tem uma via fácil de internação. [...] Além dessa dificuldade, teria a dificuldade de você lidar com o convênio, [pois] ia demorar um tempo para o convênio autorizar uma internação. Então, acho que isso [a internação] seria mais difícil ainda. Se fosse um hospital universitário, por exemplo, que já fosse ali a internação, que fosse uma via fácil, [...]que você tem o suporte, [eu] me sentiria mais segura. Agora, em um convênio acho que me sentiria mais... [...] dependendo de mim, com mais peso da responsabilidade ainda.
>
> Caio: Eu acho que era até melhor deixar ela no PS, porque hospital psiquiátrico no Brasil é complicado. Às vezes você interna, [mas] o cara quer deixar internado um mês para ganhar dinheiro. Sinceramente, eu confio mais no serviço público de São Paulo do que no particular.
>
> Leandro: Basicamente porque no particular eu tenho uma restrição que é o paciente pagar ou não para ficar internado. Então, se [...] ninguém vai pagar, não tem como interná-lo.
>
> Rafaela: É mais difícil porque estou na UBS. O caminho para uma internação é mais complexo assim. Não consigo internar preenchendo um papel no lugar onde eu estou.

Por outro lado, no consultório particular haveria uma autonomia maior na condução do tratamento, e também maior responsabilidade:

> Bruno: No particular tem essa tranquilidade de poder encaminhar. Até eu mesmo ver no consultório tal dia ou um colega, geralmente é um paciente que vai se não tiver dinheiro, mas pelo menos o convênio vai pagar alguma coisa. Tem uma facilidade de encaminhamento maior, né? No público às vezes a gente está meio amarrado de para onde esse paciente vai. Os CAPS até que funcionam super bem. Eu acho, mas tem os pacientes com uma resistência muito grande a ir, então fica meio perdido. Fora que nem sempre dá para jogar para a Instituição. Nem sempre dava certo, o plantão às vezes girava em torno disso. Então, acho que muda muito a questão do encaminhamento. No público você tem mais dificuldade de saber como esse paciente vai ficar, então tendo a ser mais conservador ainda e no particular, lidando com um paciente com mais renda, eu ia ficar mais tranquilo, do tipo: “segunda feira, você se compromete a procurar tal pessoa no consultório? Beleza. Já está ciente, já falei por telefone, está combinado”. Então, facilita.

> Patrícia: Não, nossa, mais difícil [no consultório particular]. Aliás, não ‘mais difícil’. Seria impossível, na verdade, porque eu tive todo o apoio do pessoal que estava lá, né?

Marcus, que trabalhava em um serviço de urgência em Psiquiatria, contou como a prática pode ser influenciada também pelo número de pacientes atendidos:

> Marcus: Atendo uns doze na enfermaria. Costumam vir uns oito a dez na porta, mais uns seis a doze de observação. E uma [ou] outra interconsulta. Mas, de maneira geral, a gente acaba sabendo mais ou menos como lidar em cada situação. Dependendo do lugar que você trabalha, o tempo que você tem para cada paciente, não dá. Se eu fizer um manejo verbal, tentar medicação VO [via oral], esperar um tempo e depois ver se faço uma medicação IM [intra-muscular], eu atendo seis pacientes no plantão. O hospital é coordenado por uma grande rede de hospitais, tem toda aquela coisa de produtividade e eles recebem dinheiro da Prefeitura. É, não dá para fazer a melhor prática psiquiátrica [gargalhadas]

E Rafael revelou o conflito de não prestar um bom atendimento, hipermedicalizando seus pacientes:

> Rafaela: Eu saí de lá em um puta conflito, do tipo: “estou aqui para pagar a minha análise e estou fodendo com a cabeça de um monte de gente [risos], carimbando coisa que...”. E nunca mais voltei lá. Assim...estava pagando super bem...

Com relação às condições socioeconômicas dos pacientes, os dois casos apresentados trazem sujeitos bastante diferentes. No primeiro, uma mulher jovem, branca, estudante e moradora da zona rica da cidade; no segundo, um homem de meia idade, negro, trabalhador braçal e morador da periferia. A opção por perfis opostos teve como objetivo despertar a percepção dos entrevistados em relação à influência da condição socioeconômica dos pacientes na tomada de decisão do psiquiatra. Foi questionado ativamente se os entrevistados percebiam a influência dessas variáveis e do atendimento em serviços particulares e públicos. A isso, responderam:

> Clovis: Já é uma coisa tão implícita na gente, né? Mas não sei quanto isso [...] influencia a gente, sabe? Porque realmente [...] se alguém em condições muito... se é uma pessoa mais pobre é como

se você sentisse mais. Como dizer...: meio que assume uma responsabilidade maior, fica mais paternalista. Também não sei se considera a pessoa menos responsável por si mesma. [...] Eu acho que não deveria ser assim, mas é uma coisa que está tão implícita no nosso modo de pensar...

Ana: Aí é uma coisa interessante, porque se tem mais jeito de processar e a família está contra a sua conduta de internação, então isso te inibe mais a tomar a sua conduta. [...] Não me agrada muito, mas tem a questão também que paciente de consultório, com certeza, se der errado, a chance de ser processado é cem vezes maior do que o paciente da UBS. Infelizmente, a realidade. [...] O risco de ser processada depois, eu me sinto mais responsável de falar ”não”. A pessoa talvez não saiba que um paciente em mania delirante, psicótico, pode realmente chegar, não sei... Me sinto mais responsável. Acho que eu ficaria muito preocupada, sendo que o do consultório, se acontecer alguma coisa, eu sei que a pessoa tem como me ligar. O outro tipo não tem como ligar e eu ia ficar: ”pô, será que eu dei alta e está tudo bem”?

Sérgio: Para mim, num pronto socorro público, eu acho que em geral a gente dispõe de muito menos tempo e paciência, e muita menos disponibilidade para o paciente. Eu acho que a gente toma posturas mais ”eu acho que esse é o certo, é isso que eu vou fazer”. Você não relativiza muito. Eu acho que em um pronto socorro particular outras coisas interferem; dinheiro é uma coisa que muda muito a nossa conduta. [...] Eu acho que muito por conta de uma coisa institucional. [...] Vejo muito que quando a gente trabalha em serviço público tem essa terceira coisa que é a relação médico–paciente, mas tem [também] a instituição. [...] Então você pode fazer, porque esse é o jeito certo de fazer. E se der [errado], em geral, o paciente é mais quebrado, não tem dinheiro, tem menos instrução. Essa questão legal é uma coisa que eu acho que pesa muito, [pois] você fica muito menos medroso. Acho que [se] você tem o respaldo da instituição e você tem menos medo das consequências de tomar uma decisão aí, “errada”, vamos dizer assim. Acaba que não relativiza muito. Me dá muito essa impressão.

Leandro: Eu acho que existe uma certa, [ou melhor] uma maior tendência a seguir a orientação médica [entre os menos favorecidos]. [...] E aí eu não sei se é por conta de como os familiares se enxergam em relação ao médico, como eles enxergam o médico, mas eles tendem pelo menos a tentar fazer internação domiciliar.

Rafael: Também aí é um preconceito, mas no hospital público as pessoas toleram mais, que não tendo vaga, ficar dias no pronto socorro, deitada em uma maca dura e tal. [...] Eu tenderia [...] no consultório particular, com uma pessoa com mais condição sócio econômica, a confiar mais no cuidado junto com a família. [...] É um pouco de preconceito, concordo. Eu vejo mães no hospital público com uma condição sócioeconômica muito complicada e

> [que] são super disponíveis. [...] Talvez seja uma amostra viciada, talvez seja o meu jeito de ver, mas [...] teve uma família que achei que dava para confiar (a irmã de uma paciente tinha um pouco mais de condições), mas sendo [de] periferia, com poucas condições, eu já tendo a contar menos com esse lado do tratamento que é o apoio familiar. Até pelo entendimento, pela situação, pelo modo de lidar com um estigma muito grande.

Com relação ao dispositivo de atendimento, o pronto-socorro figura, por um lado, como um *setting* prejudicial para avaliação mais detalhada do paciente e, por outro, na UBS o fluxo para internação é considerado mais complexo. A ocorrência de um caso no período da madrugada foi especialmente mencionada por alguns psiquiatras como um critério para a decisão pela internação:

> Itiro: Às vezes é mais seguro de segurar a pessoa no PS e ela não te processar porque você segurou ela.
>
> Bruno: É o plantão de madrugada. Ia pensar em deixar ela até mais tarde, passar por um colega. Pelo menos algumas horas de observação no hospital.
>
> Caio: O que me chama a atenção é o seguinte, quer dizer: eu estando em um Pronto Socorro às 3 horas da madrugada dificulta um pouco o meu trabalho, entendeu? [risos].

Além dessas e de outras condições do atendimento, o suporte social e o vínculo entre médico e paciente mostraram-se influentes na decisão do psiquiatra nos casos difíceis.

6.2.2. O suporte familiar

O suporte social é também elemento fundamental para a tomada de decisão. E destaca-se que, em especial no primeiro caso clínico apresentado, ficou evidente o desconforto dos entrevistados em razão de não terem um familiar do paciente para subsidiar sua decisão. São muitas as falas nesse sentido.

> Bruno: Apesar de ser uma paciente que já teve muitas tentativas, são impulsivas [e] é uma paciente que está sem suporte social agora. [...] Ela ficar aqui vai ser melhor para ela, mas eu acho que

não conseguiria. A confusão ia ser tão grande... uma coisa é falar para a amiga, “não, ela vai ficar e pronto”; com os pais é mais difícil.

Marcus: Essa família não me pareceu que daria esse suporte. Assim, ele é homem, é o dono da casa, tem esses filhos, [mas] não sei a idade, não sei se moram juntos também; diferente da menina de 23 anos em que a família poderia se impor e conseguir segurar e, de fato, a internação domiciliar [poderia] ser efetiva. [Já] nessa família, ele sendo o pai de família, o arrimo da casa, não consigo ver essa família conseguindo segurar esse homem dentro de casa.

Tulio: O que me preocupou um pouco mais no caso dela é que, por mais que ela more com a família, não me parece que tenha um suporte familiar muito bem estruturado.

Lorena: É claro, eu sou super de abordagem familiar e o fato da família estar querendo acho que é mais um fator que justifica a internação, [pois] parece que essa crise está muito forte mesmo. E que depois essa família vai ajudar no tratamento, vai ser uma família que engaja, então vai dar para abordar isso, né? Vai facilitar muito.

Itiro: Mas eu acho que se você “quebrar a cara” por confiar na família e não precisar, você vai dar alta mais rápido. Se você “quebrar a cara” por não confiar e der errado, aí é mais complicado. Acho que as consequências são menores internando, se você estiver errado. Acho que o maior problema é você tomar a decisão sozinho. Se está com a família você está tomando a decisão em conjunto.

Guilherme: É que surgiu o suicídio do nada. Ela tem histórico de tentativas prévias; isso é um fator de risco importante. Não está em um ambiente extremamente contingente no momento, vai ficar sozinha, longe dos pais. Não está fazendo um tratamento psiquiátrico regularmente. São essas coisas que me deixariam em dúvida de segurá-la. Mas, ao mesmo tempo, ela não teve uma tentativa de suicídio no momento, não teve nenhuma tentativa maior no passado, não está mais com ideação suicida no momento. Foi desencadeado por um evento que aparentemente aconteceu, mas sem implicação mais séria. [...] O que me deixa... nesse caso [no segundo caso] é o seguinte: a família parece estar muito disposta a interná-lo e ele está também sem tomar medicação, sem aderir ao tratamento. Não sei se, em outra situação, esse mesmo paciente eu internaria. Se tivesse uma família que estivesse mais disposta a ficar com ele, talvez fosse um caso que também desse para manejar em casa. Se a família garantisse a tomada da medicação, pelo menos poderia ser feito mais uma tentativa de ele ficar em casa, sem... ele ter que ficar internado. Ainda assim, eu tentaria conversar com a paciente, explicando a situação, que ela não pode ser liberada se não houver essa rede de apoio, que ela não quer ser internada, parece que a amiga não quer bancar essa internação...e para que isso aconteça e seja liberada insistiria nessa

tentativa de contato com outras pessoas. Acho que se não surgisse outras pessoas eu bancaria a internação dela.

Franz: Pensando aí mais objetivamente, já que a gente está em um pronto socorro: por estratificação e avaliação de risco, eu tenderia a não colocar [internar] essa paciente, com um alto risco de novas tentativas de suicídio, por ter alguns fatores de proteção externos. Então, a continência dessa amiga, por mais que ela esteja em um momento de vinculação difícil, é uma pessoa que estaria ali ao lado dela. [...] É mais complicado quando não tem apoio familiar, nitidamente mais complicado. Eu fico com a sensação [de] que nesses casos alguma aliança positiva precisa ser estabelecida. Se a pessoa está lá sozinha e você não consegue ou se você convoca e ninguém aparece, enfim se o background social, familiar estiver muito desfavorecido, acho que é muito mais complicado. Até para bancar uma internação involuntária.

Beatriz: Porque a família fala: "olha, não consigo cuidar". E, ao mesmo tempo, você tem a afirmação que ele deixa de tomar medicação. Enfim, pode chegar em casa e não querer tomar nada. Porque às vezes a família é muito bem-intencionada, mas chega uma situação limítrofe, uma situação mais de risco, e [ela] trava. [...] É assim, a família dizendo que tudo bem, então tudo bem. Para mim é mais ou menos isso.

Bianca: Apesar dela ter uma amiga, não parece ser um suporte social adequado, nesse momento pelo menos, né?

Caio: Acho o maior complicador, porque é o seguinte: a amiga acho [eu] que seria um suporte para ela, mas a amiga só está sendo "responsável" naquele momento. Ela não é responsável legal dessa menina. Se acontece qualquer coisa com essa menina com os pais fora sem saber o que está acontecendo, a responsabilidade cai toda sobre mim. Então, não. Não deixaria essa menina sair também por conta disso. Se os pais estivessem lá, tentaria convencê-los de deixá-la internada. Mas, sem os pais, aí perdeu a chance.

Caio [Sobre o segundo caso]: Eu acho que pela primeira vez a gente tem alguém que está bancando o suporte social desse paciente. Acho importante entender se está assustado ou se não dá conta mesmo. Assim, na verdade, eu estou neste caso aqui tomando a conduta mais pela família. Porque a família [é] que conhece ele, a esposa que conhece ele há 30 anos está dizendo que essa crise está mais forte, e ela insiste na internação hospitalar. Eu confiaria no que ela está dizendo.

Ana: Eu teria que ver qual é o nível de contingência dessa família para dar conta desse caso. Uma coisa é falar: "não quero internar, mas fico 100% do tempo em casa, administro as medicações". Comigo, enfim, até aceito. Se ela falar "não, não tem ninguém que cuide", vou internar.

> Leandro: Eu tentaria em um primeiro momento evitar a internação. Óbvio que para isso a família tem que bancar. Tentaria argumentar. Mas, em último caso, se a família não bancar, aí a internação. Aí não tem jeito.
>
> Itiro: Se for uma amiga confiável, para mim não tem tanta diferença. Aliás, dá até mais segurança. Já falou que está de "saco cheio". Eu não acho que o fato de ser amiga, de ser familiar, talvez legalmente tenha diferença, mas não sei se é tão significativo assim.

6.2.3. O vínculo com o paciente

Mesmo num atendimento único em um pronto-socorro, como no primeiro caso, ou mesmo diante de pacientes em quadro psicótico, como no segundo, a tentativa de criar uma relação de confiança é fundamental para um bom tratamento psiquiátrico. A relação do médico com o paciente é ferramenta terapêutica também para estabelecer o diagnóstico. Em algumas situações, especialmente quando o paciente é levado ao médico contra sua vontade, isso não é possível, dificultando a melhor avaliação e conduta.

> Bruno: Eu costumo ter uma facilidade de vínculo com paciente e família.
>
> Beatriz: Eu sempre tento, sempre. Sempre tento muito ter vínculo. Vínculo para mim é muito importante. Vínculo é uma das coisas que mais gosto.

A impossibilidade de criar um vínculo com a paciente impediu, no primeiro caso, que o entrevistado tivesse uma melhor clareza dos riscos envolvidos enquanto a paciente exigia receber alta. Mesmo não apresentando uma alteração evidente do exame psicopatológico, pode-se supor, por ter sido levada por outrem ao pronto-socorro, que a paciente se mostrava totalmente indisposta para o contato com médicos e, com isso, não foi possível fazer uma avaliação mais confiável do risco e construção de uma aliança terapêutica, seja com uma internação voluntária ou com o

compromisso de dar sequência ao tratamento que havia suspenso. Tal situação, que não é rara em pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, deixou os entrevistados indecisos quanto à melhor conduta a adotar:

> Bruno: Isso de não ter conseguido conversar com ela, [de] não ter conseguido abordar... basicamente não fiz o mínimo de acolhimento, né? Está lá na minha frente, mas eu não consegui interagir com ela ainda.
>
> Ana: Se for paciente com traço muito "border", lá você não faz nenhum tipo de vínculo. São pacientes que eu acho que exigem muito de um vínculo.
>
> Franz: Fica um pouco ruim a história de você não conseguir. Claro que o pronto socorro desfavorece isso infinitamente, mas não conseguir estabelecer ali certo contato com a paciente, pela dificuldade de vinculação...

No segundo caso, o paciente estabelece uma conversa franca e respeitosa com o psiquiatra. Há, no entanto, risco de ruptura desse vínculo inicial caso o psiquiatra opte pela internação contra a vontade do paciente. A esse respeito, os entrevistados disseram:

> Beatriz: A decisão é mais fácil, mas emocionalmente é mais difícil, porque o paciente fica bravo e quebra o vínculo com você.
>
> Sérgio: E eu acho engraçado, porque para mim isto aqui é uma crise que fala... uma grande chance de fazer vínculo assim. Eu acho que essa é uma crise que vincula. Se você tiver um arsenal terapêutico minimamente decente (porque também não adianta mandar o paciente para casa sem nada), se você tiver condição dentro do que dá para você fazer bem feito, eu acho que você vincula muito o paciente à família e a esposa ao serviço.

No entanto, o vínculo estabelecido durante a consulta pode ser insuficiente para garantir que o paciente tenha adesão à proposta do psiquiatra, especialmente se for contra a sua vontade. No segundo caso, era essa a situação: se, por um lado, ela pode ser a oportunidade de alinhar o tratamento, não se pode, por outro, descartar o risco de agressividade contra o próprio psiquiatra durante a consulta.

> Caio: O bom vínculo na verdade [é] assim; até em paciente bipolar às vezes a gente vê isso. Que uma figura de respeito, o paciente

> respeita mais, de fato, e que ele fica um pouco mais calmo, mas isso não significa que fora da sala ele vai estar bem. Eu acho que esse paciente também não está em uma situação muito delicada. Se estivesse em um consultório particular, estava "fodido" [risos]. Com certeza, porque era eu contra o cara. Se o cara quisesse vir para cima de mim, um "negão" de 53 anos, morador da periferia [muitos risos], e eu, magrelo pra "cacete", "branquelo", estava lascado, cara. Ia ter que respeitar mais esse cara.

A impossibilidade virtual de estabelecimento de algum vínculo com os pacientes nos dois casos apresentados revelou a importância que esse vínculo assumiu para os entrevistados. Na verdade, a própria qualificação de certos casos como "difíceis" parece estar relacionada especialmente a situações em que não é possível estabelecer vínculo com o paciente, algo característico das internações involuntárias. Ainda que os psiquiatras busquem ativamente essa conexão com os pacientes, muitas vezes o paciente não se mostra disponível ou discorda da conduta proposta. Assim é colocado ao psiquiatra o imperativo de uma decisão que pode ir contra a vontade do paciente e até piorar o seu estado mental naquele momento.

A internação involuntária é cogitada pelo psiquiatra quando ele entende que não há recursos suficientes para o manejo ambulatorial do caso. Nesses casos deverá o médico optar por uma atitude paternalista forte ou fraca. A tomada dessa decisão pode advir de um modo ou estilo de pensamento mais analítico ou mais intuitivo, como será mostrado a seguir.

6.3. O julgar: fatos e valores no diagnóstico e na tomada de decisão

Os processos de julgamento clínico em relação ao diagnóstico e à conduta médica adotada exigem do psiquiatra boa capacidade de avaliar as condições psíquicas do paciente expressas pelo exame psicopatológico, fornecendo subsídios para um raciocínio clínico coerente sobre os riscos envolvidos e a autonomia do

paciente. Em cada um desses elementos do diagnóstico e da tomada de decisão é sobreposta uma dimensão valorativa e, portanto, subjetiva do psiquiatra.

Os relatos apresentados anteriormente demonstram que, em casos difíceis, a avaliação do risco à saúde e autonomia do paciente, por mais que seja esmiuçada de maneira detalhada pelos psiquiatras, é frequentemente imprecisa e de rara convergência em matéria de opinião profissional.

Sendo assim, cabe avaliar de que forma o psiquiatra faz uso dos fatos disponíveis para construir seu raciocínio clínico, considerando não somente os valores do paciente e da família, mas também os seus próprios valores (isto é, a sua perspectiva ética) ao julgar as informações diante da ação moral que subjaz ao exercício da Clínica.

6.3.1. A dimensão valorativa no diagnóstico

Foi observado na formulação do diagnóstico que a maior dificuldade dos entrevistados esteve em estabelecer se a manifestação apresentada pelos pacientes hipotéticos seria patológica ou não.

No primeiro caso, se era possível, por um lado, defender o diagnóstico de um Transtorno da Personalidade *Borderline*, por outro, era também razoável argumentar que se tratava apenas de uma reação vivencial coerente com o contexto apresentado pela paciente. É interessante destacar aqui que embora a maior parte dos entrevistados tenha apontado a hipótese de Transtorno da Personalidade *Borderline*, esse fato não foi decisivo para sua tomada de decisão em relação à internação. Esse diagnóstico foi utilizado ora como argumento para a internação pelo risco maior de suicídio, ora pelo risco de iatrogenia ao manter a paciente internada. Ambas são

decisões embasadas na literatura científica especializada, o que evidencia a presença de um juízo de valor próprio dos psiquiatras ao aplicarem o conhecimento científico e optarem por determinado encaminhamento para o caso examinado. Chama atenção aqui o fato de que o próprio conhecimento científico não é unívoco, existindo correntes de pensamento clínico em disputa na esfera terapêutica. Tal situação é bastante presente e reconhecida em Psiquiatria, e também ocorre em outras áreas da Medicina, embora com menor reconhecimento por parte desses profissionais.

No segundo caso apresentado, as dúvidas em relação ao diagnóstico se dividiram entre um quadro psicótico (maniforme) e uma reação vivencial normal. Nesse caso ficou evidente que, mesmo diante de um quadro mais exuberante em termos psicopatológicos, pode ser difícil estabelecer se o paciente mantém ou não sua autonomia. E isso ocorre em especial quando a persecutoriedade incide sobre uma relação concreta (no caso, o vizinho, o que é confirmado pela esposa), tornando ainda mais difícil avaliar se o ajuizamento da realidade do paciente está preservado. Essa discriminação psicopatológica é fundamental, pois se o psiquiatra considera que o paciente não está delirante ou que sua irritabilidade não tem características de um quadro psicopatológico maniforme, então o paciente está em pleno exercício de seu livre arbítrio. Sendoesse o caso, o psiquiatra não estaria autorizado a intervir com internação, mesmo diante da possível agressividade do paciente, já que a perda de autonomia é um critério necessário para justificar legalmente a internação. É preciso esclarecer aqui, portanto, se a manifestação do paciente é patológica ou não - e novamente a dimensão valorativa do psiquiatra se torna fundamental para o desenlace do caso.

6.3.2. A perspectiva ética na tomada de decisão

Após considerar todas as variáveis apontadas anteriormente, o psiquiatradeve, ao fim, tomar uma decisão de internar ou não o paciente. La Taille (2010) destaca dois aspectos importantes na resolução de dilemas morais: a *sensibilidade moral* e o *equacionamento moral*. O primeiro conceito refere-se "à capacidade de perceber as dimensões morais de certas ações ou situações nas quais estas não aparecem com evidência" e o segundo, à capacidade de destacar os elementos em um dilema, ponderá-los e "estabelecer uma hierarquia entre eles para tomar a melhor decisão" (p. 88).

Os dois casos hipotéticos apresentados aos residentes exigem do psiquiatra a sensibilidade moral para perceber que está diante de um dilema no qual a autonomia do sujeito é colocada em questão e que sua conduta não estará apoiada somente no conhecimento técnico-científico. Internar um paciente contra a sua vontade ou situações análogas da clínica psiquiátrica, tais como a contenção física ou medicamentosa em casos de agitação psicomotora, são, sem dúvida, um ato extremo, no qual é privado à pessoa em questão o direito de escolher por si mesma. Nas palavras dos entrevistados,

> Leandro: Apesar de, para nós psiquiatras, ser muito corriqueiro e para os familiares a internação parecer um bote salva-vidas no meio de uma tempestade, a gente não pode perder o parâmetro de que a internação psiquiátrica é uma violência. Pode ser uma violência com intuito terapêutico, mas não deixa de ser uma violência cercear a liberdade, colocando alguém em um ambiente extremamente estigmatizado, como um hospital psiquiátrico. E talvez (a gente vê isso) mantendo uma internação e aumentando um problema que já é bem grande. Mas o que eu colocaria para a família é: "internação psiquiátrica não tem o mesmo impacto na vida de uma internação por uma pneumonia"
>
> Tulio: Ao mesmo tempo [em] que eu sei que precisa internar, internar é algo complicado, né? [Principalmente] sabendo que o paciente não quer ser internado.

Contrariando o senso comum, alguns psiquiatras relataram situações em que foram contrários à internação apoiada pela equipe de psicologia ou à contenção física feita pela equipe de enfermagem nos hospitais em que trabalharam.

> Patrícia: Não estava acreditando naquela internação. Não tive o suporte da equipe. A psicologia ficou forçando internação: a psicóloga (onde se viu!) ficar insistindo na internação. Não via mais benefício na internação, então [...] não conseguia fazer uma coisa que não acreditava. Assim... ele [o paciente] queria ficar internado. Ele estava manipulando tudo para ficar internado. E eu não queria que ele ficasse internado, mas não tinha esse apoio dos outros também. Então fiquei também sem segurança de saber o que fazia.
>
> Guilherme: No PS amarram. Às vezes fazem contenção física sem ter feito contenção química. O paciente fica muito agitado por estar preso à cama [e] quando o paciente sai da agitação, a gente fala que o paciente pode ser retirado da contenção física. Elas [equipe de enfermagem então] hesitam muito, falam que se tirar e o paciente agitar de novo, a gente [é] que vai conter, porque eles não vão fazer nada.
>
> Tulio: Eu acho muitas vezes bem agressiva e mal feita a contenção. As vezes em que eu acompanhei [o procedimento] foi bem ruim para o paciente.

Diante do dilema moral é necessário ainda equacionar os valores em jogo: de um lado, a vontade do paciente de ir embora do hospital ou do ambulatório, isto é, o *princípio da autonomia* da ética principialista; de outro, a intenção do médico de protegê-lo de si mesmo ou proteger a terceiros, atendendo ao *princípio da beneficência*. Tratam-se, ao mesmo tempo, de valores que constituem princípios da bioética, embora esses não sejam os únicos.

Patrícia resume bem a visão de que o psiquiatra, em alguns casos, deve ter um papel limitado ao privar de liberdade pacientes, por exemplo, com Transtorno da Personalidade *Borderline*, enquanto em outros entende que a autonomia já estaria prejudicada.

> Transtorno de personalidade entra muito na questão da liberdade do paciente. Se você tivesse essa responsabilidade, talvez vá entrar

> na parte da liberdade do paciente. Pode limitar muito se você achar que a responsabilidade é toda sua, sabe? Acho que em alguns casos graves, sim. Mas não acho que a Psiquiatria tenha que decidir se é certo ou errado. As leis foram feitas para proteger a gente. A gente tem que contar um pouco com as leis nesse sentido. Se proteger também, senão vira uma coisa muito... Pelo menos para mim seria um peso muito grande, porque você começa a tirar tudo em exceção. Para mim, é muito simples: o cara está em mania, está agitado, está intoxicado e não sei o que, [então] aí tudo bem. Agora, [em] questão de liberdade individual, ter toda a Psiquiatria contra, acho muito desgastante, então acho que é uma responsabilidade parcial.

Por um lado, os entrevistados que tendem a valorizar a autonomia do paciente e assumir maior risco na sua decisão apoiaram-se na Lei da Reforma Psiquiátrica ou nas próprias convicções a respeito dos malefícios de uma internação.

> Mário: Eu tendo muito a não internar. Gostaria de evitar a internação, né? Acho que faz parte da nossa política de saúde mental a gente evitar a internação. [...] Se eu achar que esse paciente não está aderindo, apesar do discurso dele, ou se ficasse mais claro depois de uma semana, duas semanas, de um risco eminente de uma agressão ou de uma perda mais contínua, [então]... Agora, nesse recorte, eu apostaria primeiro em ver o que a gente consegue fazer ambulatorialmente.

> Franz: Eu tenderia a evitar a internação. Por ”evitar” não digo ”não faria a internação em hipótese alguma”. Primeiro, por uma concepção pessoal de que internação psiquiátrica nesse caso ainda seria involuntária, porque ela não concordaria possivelmente com a internação. É um tema muito delicado e eu acho que todas as outras circunstâncias a serem tentadas são de melhor valia. Então, essa parte “ideológica”, vamos dizer assim, porque eu tenho algumas restrições em relação à internação psiquiátrica. Primeiro, por ter uma vivência, ainda que pequena, durante a residência de várias internações que me desagradaram, que eu vi que eram muito anti-terapêuticas, que geravam um conflito muito maior do que um benefício.

Por outro lado, é notório que mesmo aqueles que priorizaram a beneficência, optando pela internação em algum dos casos, preocuparam-se em justificar sua decisão com base no risco ao paciente ou a si mesmos dentro de um ponto de vista legal. Para esses entrevistados, haveria uma tendência a priorizar a segurança não só

do paciente, mas também do médico diante de possíveis questionamentos ético-legais.

> Lorena: Eu me sinto muito angustiada. Acho que, como médica, da família bancar um risco, que você sabe que é um risco, e depois acontecer alguma coisa com o paciente...
>
> Leandro: Dá para fazer? Dá. Agora, para mim, não vejo no que valeria a pena não internar esse paciente.
>
> Guilherme: Vou fazer o que precisar ser feito.
>
> Bruno: Se o risco fosse evidente, acabou, ia ficar. Eu teria mais medo de dar alta para essa paciente do que deixá-la internada. [...] Risco é a prioridade para mim.
>
> Tulio: Uma coisa que eu faria num caso desses é pedir exames e aí jogar muito nessa coisa da sugestionabilidade. Usar essa ferramenta a favor do que eu gostaria de fazer. Mas se ela não quisesse de jeito nenhum, de jeito nenhum, e a amiga também não bancasse, eu ia ficar bem reticente em liberá-la de uma hora para outra.
>
> Sérgio: Às vezes seguro um pouquinho mais a mão. E eu acho que, em contraponto a isso, não querer fazer o que o outro [quer] tire um pouco dessa autonomia. Então fico nesse meio limbo. E eu bancaria segurá-la nessa situação justamente por isso. Aí eu não teria certezade que nada pudesse acontecer. Então, tem uma coisa ali, que eu tenho medo pelo paciente [e] por mim também. Acho que a coisa legal tem uma interferência...sei lá.
>
> Rafael: Mas eu acho que é uma tendência minha preferir fazer as coisas com o máximo de segurança e apesar de achar que pode ser um excesso e o excesso até ser prejudicial, me permito um pouco mais ser prejudicial no excesso do cuidado do que faltar cuidado.

Dentre as preocupações, o suicídio de um paciente parece ser o fator mais relevante para a tomada de decisão entre aqueles que já passaram por situações análogas. Caio contou a experiência vivenciada após o suicídio de um paciente em seu primeiro ano de residência:

> Caio: O suicídio eu... quando recebi a notícia fiquei muito abalado. Se eu não me engano foi o segundo paciente meu que cometeu suicídio. E essa paciente eu repensei, porque na verdade não gostei muito como o assistente conduziu o caso. Ia tentar internar de uma [ou de] outra maneira, só que o assistente me atropelou e eu fiquei com isso na cabeça. No dia mesmo eu fiquei com isso na cabeça: “puta, talvez se eu tivesse ido lá, falado com jeitinho, não tivesse

> sido assim". Não que o assistente tenha errado, mas eu ia ter feito uma coisa que acabei não fazendo e eu fiquei repensando muito se a minha conduta e a conduta do assistente foram corretas.

Já Rafaela relatou uma decisão em situação análoga na qual priorizou a beneficência. Seu relato mostra também a influência de experiências anteriores na formação da convicção. Diz ela que deu licença para uma paciente passar o fim de semana em casa durante a internação (prática comum no hospital em que trabalha), mas que havia algum risco de suicídio. Mesmo tendo a paciente voltado para o hospital conforme fora combinado, a entrevistada prometeu a si mesma que consideraria mais o risco em situações como essa. Dias depois recebeu um paciente no pronto-socorro:

> Rafaela: Teve uma outra vez. Agora que estou lembrando. Esse eu banquei contenção, uma coisa horrorosa que aconteceu lá no PS. Era um cara que tinha perdido tudo (o sócio passou a perna). Ele não estava psicótico, ele estava absolutamente lúcido, mas a questão dele era "eu perdi tudo, não tenho coragem de dizer para os meus filhos que eu não tenho mais um 'puto', que eu tenho uma dívida impagável e tal". E aí eu banquei uma coisa de conter. O cara era enorme. Ele tentou ir embora, eu chamei seguranças e tal. E banquei em uma coisa de: "esse cara não está enxergando agora que a vida dele vale mais do que..." - Depois, ele ficou internado e me agradeceu.

Fica claro que os argumentos são válidos para qualquer das ações morais. Nem o paternalismo forte, quando o psiquiatra priorizou a beneficiência e internou o paciente, e nem o paternalismo fraco, quando o psiquiatra priorizou a autonomia e liberou o paciente, podem ser consideradas posturas equivocadas do ponto de vista moral nos casos apresentados.

A avaliação do risco e da capacidade de autonomia do paciente nos casos difíceis demonstra que a perspectiva ética do psiquiatra, ao priorizar um valor em detrimento do outro, é o elemento decisivo na deliberação dos dos dilemas morais.

6.4. A sabedoria prática

A produção de pesquisas sobre o processo de tomada de decisão é bem conhecida no campo da Psicologia e Economia comportamental (Kahneman, 2012; Klein, 2007; Maldonato, 2017), mas também no Direito o tema tem despertado atenção. Nessa área, um estudo interessante, realizado na Faculdade de Direito da USP (Arruda, 2011), sobre a tomada de decisões por juízes em casos difíceis, indicou que uma análise específica "identifica consequências das decisões judiciais por meio do cálculo de custo e beneficio, mas deixa a cargo do juiz a tarefa de medir o peso que será dado a essas consequências" (p. 76). Por sua vez, uma pesquisa norte-americana intitulada *Heart versus head: do judges follow the law or follow their feelings?* (Wistrich et al, 2015) mostrou empiricamente o peso das emoções nas decisões judiciais. Estudos como esses parecem convergir e indicar a importância da dimensão implícita do conhecimento na tomada de decisões complexas, isto é, da mediação feita nesses casos pelas emoções e a qual não se poderia medir simplesmente em variáveis matemáticas e conscientes.

Kahneman (2012) e Malloy-Diniz et al (2018) consideram que há pelo menos duas formas de se fazer um julgamento e tomar uma decisão em qualquer situação. A primeira delas é conhecida como *Sistema um*: a decisão é tomada de forma rápida e automática. O raciocínio é baseado em experiências anteriores e a decisão é mais prática e imediata. Além disso, as informações são consideradas de forma implícita, paralela e por associação. Já no *Sistema dois* a tomada de decisão é lenta e deliberativa, o processo é mais custoso e reflexivo. As informações são consideradas de forma explícita, serial e orientada a um objetivo. Eysenck e Keane (2017) chamam ao Sistema um de *bottom-up*, quando a decisão é tomada de baixo para

cima, ou seja, a partir de um conhecimento implítico que vem à tona no momento da decisão de forma não verbalizada, enquanto o Sistema dois é considerado *top-down,* quando o conhecimento prévio é aplicado ao caso concreto "de cima para baixo" de forma consciente.

O material empírico mostra que as duas formas, embora aparentemente antagônicas, são igualmente válidas para a tomada de decisão e podem, inclusive, coexistir ao longo do raciocínio do psiquiatra. Aplicando essa proposta classificatória ao material empírico aqui produzido, é possível dizer que no sistema *top-down* o psiquiatra primeiro desmembra as variáveis do caso, estabelecendo separadamente o diagnóstico psicopatológico, a capacidade de autonomia do paciente, os riscos envolvidos, o contexto do atendimento, o suporte social e a possibilidade de vínculo. É só a partir da análise de todas essas variáveis que o profissional toma a decisão.

Em relação ao primeiro caso apresentado:

> Bruno: Bom, parece uma paciente com transtorno de personalidade, provavelmente *Borderline*: fala de uma coisa que é de longa data na vida dela, no funcionamento, uma instabilidade, perdas e conflitos de relação amorosa, uma certa impulsividade, tem o álcool, tem as tentativas de suicídio impulsivas também, o não tomar as medicações. [Além disso,] tem essa dificuldade de se estruturar e se organizar de fato. E, também, o contato com ela aqui no hospital, não faz contato visual, não quer falar. Então ela também, na interação, chama a atenção.

Já a respeito do segundo caso, diz o residente:

> Bruno: Parece ser um paciente bipolar, pela descrição. Início na idade adulta, períodos de sentimentos de grandeza ou irritável, enfim. Pela descrição toda, parece que está em mania. Pelo contato com ele, está falante, irritado, apesar de bom contato, sem crítica do estado dele [ele fala que não precisa de tratamento]. O que a família conta também está nessa linha: "toma quando quer, está tudo bem". Parece psicótico, né? Tem essa questão com o vizinho agora, pensando em matar e tudo mais, um cara que, pelo que tudo indica, é uma pessoa do bem, e daí vem com essas ideias de matar o vizinho e tudo mais. Tem risco para terceiros, dependendo. Se ele piora, ele pode acabar fazendo algo contra esse vizinho. A família não consegue bancar em casa o tratamento. O tratamento

> dele está ruim, farmacologicamente. Precisa arrumar. Mesmo se eu visse ele todo dia não daria certo, é um paciente que eu preciso internar.

Vale destacar que Bruno mantinha-se ativo como clínico geral, dando plantões de pronto-socorro (dos quais dizia gostar muito) e julgava-se ser um bom clínico. Contou ele, inclusive, que teve muitas dúvidas entre fazer Psiquiatria ou Clínica. Sempre quis ser médico, e mostrou na sua formação uma base sólida de conhecimentos em várias áreas, e não somente em Medicina, contando sempre com informações concretas e objetivas para sua tomada de decisão. Eis aqui um bom exemplo de um pensamento analítico típico do Sistema dois (*top-down*), no qual os sinais e os sintomas são justapostos na busca de um quadro que explique aquelas manifestações.

Da mesma forma, no sistema *top-down* o psiquiatra formula o diagnóstico e pensa a conduta a partir de dados explícitos:

> Franz: A gente tende a pensar em termos diagnósticos, então a gente se depara aí com uma história de uma menina, uma moça - falo menina porque vários dos comportamentos são imaturos; mas uma moça de 23 anos. Têm duas situações: a primeira delas é a situação crônica, por assim dizer, de trajetória. Aí talvez, pensando em relações interpessoais disruptivas, dificuldade de completar e cumprir planejamentos, projetos de vida. Talvez aí pensando até em termos de uma formação de identidade um pouco prejudicada. Talvez pensando em algum transtorno de personalidade, alguma coisa difícil de saber nesse momento. Mas como são os vários aspectos dados ao longo da vida, fica como hipótese. De algo nesse sentido, então fica esse background. Então, levaria em conta alguns fatores para tomar a conduta, e os fatores seriam: primeiro, pensando em questões de risco, o fato da paciente estar acompanhada por uma pessoa de confiança dela, que traria um certo cuidado e uma certa proteção para ela no ambiente extra hospitalar; [segundo], o fato de a paciente ter o seu livre arbítrio agudamente não prejudicado por outras circunstâncias, do tipo intoxicação exógena, que ela não está - muito embora essa questão do livre arbítrio seja a se pensar, porque ela não é uma existência livre, por conta de toda a questão de personalidade que a gente elenca [...] Mas a princípio, não seria algo que justificaria uma intervenção imediata.

Idealmente, o psiquiatra considera todas as variáveis disponíveis. Na fala abaixo, por exemplo, o entrevistado destacou, sobre o primeiro caso, até mesmo a quantidade de remédios necessária para o suicídio, coadunando estas informações com dados epidemiológicos:

> Itiro: O transtorno de personalidade, enfim, se for de fato, normalmente vai tentar bastante, mas tem uma letalidade baixa. Mas tem o risco de tentar, e ela tem a medicação para algo mais grave. Três meses, com 4 mg, dá uma dosagem boa de medicação. E o risco por não ter suporte no momento, né?

Já no sistema *bottom-up* a decisão é apresentada de forma mais imediata. As variáveis são consideradas implicitamente de forma sintética e nem todos os elementos disponíveis são levados em consideração. Há uma tentativa de captar a essência do caso a partir de impressões e sentimentos despertados, os quais somente em um segundo momento são confrontados com os dados objetivos:

> Sérgio: [...] é uma coisa que eu faço muito, tento fazer uma imagem completa da coisa e vou tentando negar.
>
> Rafaela: Engraçado, acho que às vezes eu tomo muito mais atitude por algo que eu não sei bem o que é assim.

O raciocínio aqui parece menos organizado e a opinião do entrevistado pode mudar ou amadurecer a partir de novas intuições sobre o caso. As informações são consideradas em paralelo e não obedecem a uma hierarquia de importância:

> Sérgio: Então, uma mulher jovem, já vai formando um pensamento um pouco de... mulher jovem, ciências sociais, que começa a brigar...Enfim, brigas e rupturas desde a adolescência. Acho eu a primeira coisa que já vai montando é uma hipótese de transtorno de personalidade. [...] Acho que muito pelo que a gente vê e talvez, não epidemiologicamente, mas na formação. E ela começa com as tentativas de suicídio, que não são muito bem planejadas. Na verdade, fica flertando com isso. E aí, acho que a história vai se desenrolando cada vez mais para aquilo que a gente costuma ver, começa a ficar um pouco mais fechado nisso.

A partir desse modo de proceder, é comum que o psiquiatra recorra a experiências anteriores, inclusive da própria vida pessoal:

> Sérgio: [...] depois continua muito... é uma história que eu acho que, além de ser típica da gente ver, ainda tem uma coisa da minha formação pessoal, de amigos, de pessoas do meu convívio. Que são pessoas que... já conheci muitas pessoas desse jeito. E antes de ter qualquer formação psiquiátrica, eu acho isso muito engraçado, fica muito preconceituoso mesmo, a minha sensação é essa. Mas é muito do que a gente vê, e as coisas se repetem assim, que vão se repetindo, tornam-se padrões, e acaba que a gente pode falar isso. Porque vê muito pela formação empírica. De certa maneira, me incomoda um pouco, porque a gente já vai... essa coisa de já ir com a ideia formada [...] eu acho que já estou com uma coisa muito pronta na cabeça, talvez isso tenha... mas em geral eu acho que é um jeito mais meu de funcionar mesmo.

A "ideia formada" ou "pronta na cabeça" corresponde a um reconhecimento imediato baseado em um *gut feeling* (Klein, 2007) sobre o diagnóstico do paciente e a melhor decisão a ser tomada. Pode-se interpretar essa situação como o uso da sabedoria prática (*phronesis*), apresentada no capítulo 4. Nessas situações de casos difíceis, a sabedoria prática surge como uma virtude que pode ajudar o julgamento clínico e o processo de tomada de decisão, estando ela apoiada num conhecimento implícito acumulado e orientada a partir de experiências anteriores pessoais ou profissionais.

Dessa forma, o psiquiatra pode formar sua convicção antes mesmo de refletir sobre as informações apresentadas no caso. O diagnóstico é formulado e a conduta é tomada de forma mais rápida, a partir de uma compreensão mais global da paciente:

> Lorena: Já nos primeiros parágrafos já veio à minha mente: "border". [...] ela precisa ficar em observação ou internar, ela não concorda, ela nem interage visualmente com você, a paciente. E a amiga meio que só faz o que ela quer, faz o que a paciente quer, então não se responsabiliza por uma outra decisão que você venha a tomar.

Naturalmente, o psiquiatra reafirma ou revê sua decisão à medida que se sente mais ou menos seguro daquilo que percebe e sente diante do paciente:

> Rafaela: Se me vencesse pelo cansaço, eu acho que era mais provável que eu liberasse do que mantivesse ela arbitrariamente assim.

> Sérgio: [...] a gente, como médico, precisa acho que de um respaldo legal e ter uma coisa de você pesar, embasar as suas decisões, mas não é o jeito que eu costumo pensar assim. E claro que é uma coisa muito dinâmica, que à medida que as coisas vão acontecendo isso vai para um lado, para o outro e a decisão vai ficando mais clara um pouco.

Sérgio reconhece em si um padrão de proceder na tomada de decisão com base nessa saberia prática. A isso chama de "intuição":

> E eu me vejo fazendo muito diferente assim [de outros residentes]. Eu sou muito: vai lá, volta, vem, volta. Me faz mudar de pensamento, fala alguma coisa que eu... às vezes já estou com uma coisa meio pronta e aí alguém, ou o paciente falou alguma coisa ou alguém comentou alguma coisa, e eu: "não, calma, isso já tenho que pensar". Então, o meu pensamento também ele é um pouco mais desorganizado nesse sentido. E isso é uma influência, porque acaba que, de certa maneira, eu tendo a escutar o que vem com mais importância. Porque o que trazem mais é o que eu vou mexendo mais. Mas eu também acabo fechando um pouco mais rápido, talvez uma linha de raciocínio, do tipo ler mulher de 23 anos, pais engenheiros, já...E eu penso um pouco assim, não acho que a intuição seja uma coisa enigmática. Eu acho que tem uma força aí que move esse raciocínio, de alguma forma que eu só não sou capaz de entender, colocar no papel claramente como ele é formado.

De modo inverso, Marcus prioriza o raciocínio analítico, que considera relacionado ao seu "jeito obsessivo de ser":

> Marcus: Eu sei que essa é uma característica minha e... a conduta médica ela se pauta em um jeito obsessivo de ser. Eu, pelo menos, [risos]vejo dessa forma.

O fato desses dois modos de processar o julgamento estarem associados a características de personalidade não significa que sejam excludentes entre si. O mesmo psiquiatra pode usar o raciocínio analítico ou a sabedoria prática dependendo da situação. Caio, por exemplo, é rápido na decisão sobre o primeiro caso:

> Eu não daria alta para essa paciente. [...] Precisaria entender melhor o que está acontecendo, precisaria conversar melhor com ela. Se desse para internar, eu internaria. Eu pensaria em uma internação bem breve, realmente só para entender o que está acontecendo. Mas eu não a deixaria sair do pronto socorro, não.

Mas, no segundo caso, elabora um raciocínio analítico dos vários aspectos envolvidos para chegar à sua decisão:

> A princípio, me parece uma situação de fato delicada. Paciente está ameaçando matar o vizinho, com quem já teve problema, repete isso, fala que o vizinho não merece estar vivo, sem deixar claro o motivo, [está] com humor irritado, esse histórico de que realmente quando entra em surto fica extremamente agressivo, não conseguem segurá-lo. Com uma história anterior de quadro de humor que lembra muito, no mínimo, uma hipomania. Eu consideraria que esse paciente estaria em fase... e que não estaria em condição de arcar com as próprias possibilidades assim. Acho que é um paciente que de fato mereceria uma atenção especial, e provavelmente internação hospitalar.

Vale notar ainda que a modalidade de raciocínio usada para tomar a decisão não está associada à sentença final de decisão. Nos casos difíceis, tanto o raciocínio analítico quanto a sabedoria prática podem levar a decisões semelhantes por caminhos diferentes, ou a decisões diferentes pelo mesmo caminho. Tudo dependerá dos aspectos considerados pelo psiquiatra como mais importantes no momento da avaliação.

Ao lembrar um caso vivenciado em um plantão durante a residência, Bruno comparou sua decisão pela internação com a de um colega (Franz), o qual, ao assumir o caso, deu alta para o paciente valendo-se do mesmo raciocínio:

> E aí eu fiquei pensando: “pô, que diferente a conduta”. Todo aquele investimento no caso, ele chegou e deu alta. Fiquei frustrado, mas depois, né, não sei, fez muito mais sentido para mim a conduta dele. O cara está assim há muitos anos funcionando desse jeito. Um cara que, tudo bem, está na rua, ele está psicótico, tem seu risco. Mas é um cara paraplégico que está conseguindo se cuidar sozinho. Então não tem um pragmatismo tão ruim assim. Tudo bem, no período de agitação ele arrancou a sonda e tudo mais, e isso preocupa. Mas ele saiu bem mais tranquilo quando o colega conversou e falou que ele estava desorganizado, não estava psicótico.

7. Experiências profissionais

> Não há diversão na Psiquiatria. Trata-se de um trabalho duro como nenhum outro. Se você não se sente capaz de suportar as dores de cabeça que a psiquiatria induz, você está no lugar errado. É verdade que geralmente não exige grandes esforços físicos, mas requer um alto grau de vigilância consciente ante um campo que algumas vezes varia com suma rapidez de sinais notavelmente complexos entre si e por suas relações. E a necessidade de resposta ao que ocorre prova ser no curso de um longo dia de fato muito cansativo. De modo que o entusiasmo pela Psiquiatria é ridículo e mostra apenas que não se amadureceu; mas ao mesmo tempo a indiferença do psiquiatra em relação ao seu trabalho é fatal (Sullivan, 1983).

A segunda modalidade de entrevista realizada teve como principal objetivo identificar as vivências que tiveram impacto na trajetória profissional dos psiquiatras para assim compreender as particularidades que caracterizam os psiquiatras e a Psiquiatria enquanto especialidade médica. Por isso, optou-se por circunscrever o alcance da rememoração nas entrevistas ao período entre o início da graduação em Medicina até o momento da entrevista, isto é, o terceiro ano do residente em Psiquiatria.

7.1. Da Clínica Médica à Psiquiatria: cruzando as fronteiras da Medicina?

Conforme já apontado aqui (capítulo 4, seção 4.1), os psiquiatras tendem a apresentar como características de personalidade uma maior abertura para temas que extrapolam o conhecimento técnico-científico. Talvez seja por isso que frequentemente ganhem a pecha de “diferentes” e não sejam reconhecidos pelos colegas como médicos. Clovis ofereceu testemunho desse tipo de impressão e reconheceu diferenças que sugiriam da necessidade de ruptura com a Medicina:

> Ah... meio especialidade de segunda, né? “O cara que não quer ser médico.” Mas o meu supervisor que fala isso, e acho que nisso ele tem razão, que tem que fazer um luto da Medicina. Dessa busca desenfreada pela cura, que também é um pouco da questão de ser médico mesmo.

De fato, as mudanças técnicas e as dificuldades pessoais vivenciadas pelos psiquiatras ao longo da sua formação em Psiquiatria levam a crer que tal passagem diz respeito mais a uma transição da Medicina à Psiquiatria do que a uma especialização no interior da própria Medicina. A amplitude e complexidade dos impactos desse trânsito por vezes levam à revisão das representações formadas sobre a própria Medicina. Das doenças no sentido pragmático e "científico", passa-se ao cuidado para com todo e qualquer sofrimento - o que com frequência gera novas perspectivas éticas e atitudes diante do paciente, como atestaram os entrevistados:

> Franz: Eu era muito apegado a essas coisas da definição estrita, dos diagnósticos da clínica, por exemplo, que era muito científico. Mas quando comecei a ter contato com os pacientes psiquiátricos mudou muito. Eu acho que a maior parte das pessoas entra um pouco mais pragmática do que sai. O que é bom, num certo sentido, sai mais reflexivo assim. [...] Então, acho que... não sei se dá para falar muito sobre essa tendência agora, precisa esperar um pouco. O pessoal ir saindo assim... ver como sai. Mas falando por mim mesmo, mudei bastante.
>
> Caio [...] porque a residência é uma baita experiência no intuito da gente mudar as nossas próprias ideias assim.
>
> Tulio: [...] hoje em dia, para mim, a medicina é uma ferramenta para ajudar as pessoas que têm algum tipo de sofrimento. Seja físico, seja psicológico... que de alguma forma dificulte a evolução dela a se relacionar com as pessoas.

Leandro descreveu a mudança sentida logo nos primeiros meses da residência e o impacto que ela teria tido na sua visão sobre a "essência humana":

> É outro ritmo assim, completamente diferente. Lembro os três primeiros meses da residência: tudo bem, trabalhava só das 8h às 18h, chegava em casa acabado emocionalmente, e fisicamente inclusive. Você nem tem tantos pacientes assim, mas o dia de ambulatório era um dia extremamente cansativo [...] E defender um pouco a existência dessa subjetividade humana, né? A existência de que..."olha, quem não aguenta trabalhar 12 horas por dia não é fraco, é humano". Errado é a gente achar que as pessoas deveriam trabalhar 12 horas por dia e pegarem 2 horas de trânsito para ir e 2 horas de trânsito para voltar [...] Acho que desmistificar um pouco o que é a... vou falar um termo metafísico, mas "o que é a essência humana". No sentido do que é a boa vida humana, o que é... uma existência humana com os seus sofrimentos, com os seus

> pormenores, mas evitar essa robotização que a gente vai vivendo hoje em dia e essa ditadura da felicidade.

Diversos entrevistados relataram também terem passado por tratamento psiquiátrico em diferentes momentos da sua formação profissional:

> Beatriz: [...] pelo menos para mim, quanto estava muito mal pensava muito: "será [que] o que eu estou sentindo está interferindo no como estou interpretando o que o paciente está me contando?" [...] Eu acho que... eu tenho uma facilidade em empatizar, mas, é diferente assim... do que sentir na pele, sabe?
>
> Leandro: [...] já...no final do R2 eu me mediquei. Porque eu tenho uma personalidade, o pessoal até brinca que eu sou bipolar. Assim, tenho uma personalidade que tende a uma certa flutuação de humor. Eu faço alguns episódios, quase hipomaniacos assim, principalmente quando estou muito focado no trabalho. Então, por exemplo, quando foi a greve dos residentes (não desse ano, que eu não participei, mas no ano passado, que foi a nacional, que eu estava puxando junto com a turma)... nossa! Estava ligado no 220v, dormindo 3 horas por noite, hiper focado, fazendo mil coisas ao mesmo tempo.
>
> Ana: [...] é, não é nenhum problema você tomar pelo momento. Não estava deprimida, não, não tinha... não era muito um diagnóstico, eram mais os sintomas. Mas que eu acredito assim, na hora falei: "puxa, mas eu nem estou me sentindo diferente!" Mas eu acho que fez uma grande diferença eu ter conseguido... sei lá, tudo bem, foi 6 anos depois, mas pensando no vestibular, que eu fiquei meia hora olhando para a prova...tipo, olhando sem saber o que fazer. E eu cheguei e fui super numa boa fazer todas as provas, sem pirar, sem ficar super ansiosa, acho que me ajudou sim, bastante.

É interessante notar que tais vivências foram consideradas determinantes pelos entrevistados em sua escolha da especialidade ou na forma como se relacionam com os pacientes:

> Rafael: [...] e a coisa estava assim. Aí depois o segundo ano da faculdade foi mudando, foi ficando mais pesado. Lembro que [a terapeuta] falou: "não, você já está há alguns meses assim, ia nas aulas, mas estava desmotivado e tal...". Aí eu tomei por alguns meses, uns seis meses, um ano. Melhorou, fiquei legal. Foi essa vez. Me influenciou, claramente. Até a escolha de medicina no começo eu discuti com ela, a gente falou... e teve bastante influência.

> Patrícia: [...] falei: “meu, os psiquiatras dão felicidade para as pessoas”, porque ele me salvou naquele momento dramático para mim.
>
> Caio: [...] alguém me disse uma vez isso, e eu já disse para outras pessoas isso também...assim...porque até teve alguém que me disse não...” uma pessoa que teve um problema psiquiátrico também, também no meio da residência, falou: “puta, mas você não acha que é complicado eu ser psiquiatra tendo algum transtorno psiquiátrico?” Eu falei: “cara, eu acho que isso é muito bom, acho que isso vai te dar uma outra visão, muito mais complexa e muito mais ampla do que está acontecendo”. Porque essa vivência, por exemplo, que eu contei, de uma ruminação mental, de não conseguir escapar do pensamento, de ficar absolutamente inquieto e ao mesmo tempo muito cansado, é uma experiência que só quem viveu consegue entender de fato a dimensão disso [...] Então, por muita sorte, como eu disse, tem um resquício da depressão em mim, um resquício para a parte ruim... mas tem um resquício da parte boa...que eu superei isso e sou uma pessoa muito melhor...Na verdade foi a depressão que me fez mexer também, né?, e tentar olhar a situação da minha vida que não estava legal.
>
> Guilherme: [...] Daí eu, aquela coisa meio de acreditar no método, e eu vi uma diferença significativa em mim. Consegui parar de tomar a medicação que tomava e ficar sem queixas ansiosas. Consegui entender o significado da ansiedade para mim.
>
> Franz: Foi aí que pensei: “puxa, um método significativo e que pode ser aplicado a outras pessoas também”.

Além disso, outros entrevistados relataram a importância de realizarem sua própria psicoterapia:

> Mário: [...] eu acho que muitas vezes com os pacientes a gente fica com conflitos que são nossos, né? A gente não consegue lidar com a situação, não consegue dar continência para aquela demanda porque a gente não consegue porque tem uma demanda nossa no meio, que a gente não resolveu. E acho que a análise ajuda a clarificar essas coisas.
>
> Guilherme: [...] foi um contato [com psicoterapia] que até desacreditava. “Ah, é baboseira isso”, não achava nada legal. Aí, quando eu comecei a fazer a minha psicoterapia atual, cheguei a uma visão completamente diferente. Acho que a minha psicoterapia atual foi o fator mais decisivo para eu trabalhar com psicoterapia.

Nas falas selecionadas, os entrevistados destacaram a importância das dimensões subjetivas no exercício de sua profissão e das vivências sentidas “na

pele", as quais podiam exigir o uso de medicação ou início de um processo psicoterapia. Aqui vale destacar que boa parte dos psiquiatras descreve essas vivências como positivas no sentido de estabelecer uma maior conexão e compreensão do sofrimento de seus pacientes, e muitas vezes elas despertaram o interesse pela especialidade. Tais vivências permitiram ainda um maior autoconhecimento, considerado uma das virtudes mais importantes para o psiquiatra (Radden e Sadler, 2010).

7.2. A interface com as Humanidades

No que diz respeito ao estatuto da Psiquiatria como especialidade da Medicina, os residentes relataram uma série de dificuldades que sentiram diante da percepção de sua dimensão subjetiva e da crítica que ouviam de outros médicos em relação à Psiquiatria.

> Marcus: E Psiquiatria era uma coisa que eu sempre achava interessante. Eu lia coisas assim de opinião, coisas assim...psicológicas, achava legal e tal, mas tinha preconceitos com Psiquiatria até entrar na residência. Até nos primeiros anos. No primeiro ano tinha preconceito pelo fato de Psiquiatria em si. Que os colegas falam, que Psiquiatria não é Medicina, e essas coisas. Para mim e para muitos colegas, ser médico, usar jaleco, constituir isso como a sua identidade é importante.
>
> Ana: Ah, não sei, acho difícil. Ao mesmo tempo em que a figura do psiquiatra tem um respeito muito grande, também tem um lado, tipo, assim, ou é: "nossa, o psiquiatra que legal!", ou é: "nossa, que bosta!". Assim, tem um lado que tem muito respeito, que é uma categoria, enfim, uma especialidade médica e tal, mas também tem o lado de ser completamente criticado.
>
> Bruno: Eu vejo a Psiquiatria como algo que se destaca. Até por isso ficou essa coisa de: "preciso segurar a clínica de alguma forma, preciso manter os meus plantões". Tenho alguns casinhos, poucos, puramente clínicos assim, pelo prazer de manter [...] Mas pesava contra a coisa de parecer "pouco médico" para mim, de como eu ia conseguir suprir esse outro lado mais físico, que eu gosto também.

Alguns entrevistados contaram como resolveram o conflito quanto ao modo específico pelo qual o psiquiatra atua como médico:

> Marcus: Em relação a essa coisa do papel do médico, não preciso usar jaleco para ser médico, não preciso usar esteto para ser médico. Não preciso estampar o CRM na minha testa para falar que sou médico e não ser médico também não tem problema.
>
> Clovis: Eu lembro que tive dois pacientes que me chamavam de psicólogo lá na psicoterapia. Aí a primeira vez que ouvi me incomodou, não corrigi. Eu levei isso para supervisão, e o supervisor: "Ah, mas é meio o que você é aqui mesmo, né?". Depois eu levei até como elogio assim, depois que a gente discutiu, eu fiquei, mas eu acho que tem que ter um pouco dessa postura médica de salvação.
>
> Beatriz: A gente sabe da vida dos pacientes, das coisas, da dinâmica, da família... é mais do que uma doença, entendeu assim? Isso é mais legal, sabe? A singularidade de cada um, conhecer a pessoa, que para mim foi o que mais me fez escolher Psiquiatria. Mas é muito difícil, porque é uma relação estranha... você é médico, mas você é alguém que está ali muito próximo, sabe? Então é a melhor coisa, só que ao mesmo tempo se torna mais difícil assim.

Mário disse acreditar que não só a Psiquiatria, mas toda a Medicina precisaria apoiar-se de alguma forma nas Ciências Humanas e Sociais, ou no conhecimento das Humanidades. Criticou especificamente a Psiquiatra de orientação primordialmente organicista por ela buscar o mesmo paradigma biomédico do pensamento hegemônico da Medicina, o que já lhe parecia deslocado:

> Eu acho que a Psiquiatria é Medicina, e eu acho que a Medicina não é uma Ciência Biológica, exata. Tem a questão que é uma ciência. Falam que Medicina é uma prática, que se baseia em várias ciências, e para mim a grande questão da Medicina [...] são as Ciências Humanas, é o vínculo, é você entender o que está se passando com o cara, se comunicar... e aí tomar a decisão junto. Acho que o subjetivo, o sujeito tem que estar lá. Acho que essa questão de ficar objetivando a Medicina é uma questão de... é reducionista, né? Até para poder entrar nessas linhas de produção, linhas de protocolo. E pensando a Medicina mais como uma ciência mais para humanas, acho que a Psiquiatria é uma ciência médica sim.

Já Beatriz defendeu que a clínica psiquiátrica não seria menos médica do que as outras áreas da clínica médica, mas provavelmente seria ela a mais complexa dessas áreas e que o psiquiatra deveria aceitar essa condição:

> [...] pela forma como a gente tem contato com os pacientes, que eu acho que é muito diferente. Eu não acho que medicação faz milagre nenhum, então eu acho [a Psiquiatria] que tem um pé em todos os lados. E a impressão que eu tenho é que quem não aceita isso está no lugar errado. [...] Eu não sei se é menos medicina ou se é mais muitas outras coisas, entendeu?

Patrícia expressou entendimento semelhante, dizendo que a Psiquiatria poderia estar na vanguarda da Medicina justamente por essas cacaterísticas particulares de lidar com os valores:

> [...] porque hoje tem muitos recursos para várias doenças e o paciente às vezes não tem como decidir. Você joga um monte de coisas, e como que o paciente sabe o que é melhor para ele. Enfim, e que eles [colegas psiquiatras] estavam fazendo uma parceria da Psiquiatria com outras especialidades nesse sentido [...] a Psiquiatria, ao invés de estar correndo atrás da Medicina, podia estar na frente.

Quanto aos limites impostos pelas Ciências Naturais, Caio argumentou que, em certo sentido, o embasamento exclusivo nessa forma de racionalidade poderia atrapalhar o psiquiatra. Da mesma forma, Patrícia confessou que a ciência (natural) não lhe convencia.

> Caio: Tirando a parte medicamentosa, aí dá para dizer que ela [ciências naturais] mais atrapalha do que ajuda, porque na verdade ela acha que sabe o que não sabe, então... você acreditar nela é complicado, é complicado.
>
> Patrícia: Quando a ciência convence, né? Porque, na Psiquiatria, não me convence. Não contar com uma ciência exatamente...você não conta com uma ciência [...] e eu acho que é bem fácil quando você tem um exame para te intermediar, ou remédio. A gente tem o remédio, mas não dá para você colocar tudo no remédio...eu sinto que o psiquiatra está muito mais na linha de frente, está muito mais em contato com o paciente do que a clínica.

Muitos entrevistados relataram que foi justamente essa interface com as Humanidades que os levou à escolha da Psiquiatria como especialidade.

> Bruno: Na Psiquiatria vou ter mais tempo. Fiquei aproximado da música, mas quero mais tempo para fazer isso. Gosto de ler. Clínica ia me prender muito tempo, na residência ainda mais, então foi esse o critério.
>
> Beatriz: E daí eu tirava nota boa em tudo, sempre achava muito legal. Mas tinha uma visão, talvez muito idealizada, de que médico é quem usava esteto ou roupa branca e examina o paciente. Tinha uma parte que eu adorava, achei que fosse fazer "nefro", porque nefro é aquela coisa, quando você entende, você fala: "nossa, que legal!". Aí pensei em fazer "nefro", pensei em fazer "endócrino". Fiz dois anos de Liga de Diabete. Eu gostava bastante e, por fim, eu pensei em "dermato". Fiz iniciação em "dermato". Eu ia nas férias, me sentia muito útil lá. [...] Estava lá há dois anos, não sabia como funcionava e eu me sentia útil, tinha coisas para fazer. Mas eu sempre gostei muito de conversar, eu sempre conversei com as pessoas.
>
> Ana: [...] eu sempre fui muito mais das humanas do que das biológicas. Sempre, toda a minha vida.
>
> Tulio: Eu sempre gostei muito de ler, assim, sempre gostei muito de música, me interessava por coisas mais artísticas. Eu tinha alguma coisa aí que era diferente, que talvez não se encaixasse tanto na clínica também. Gostava de outras coisas, gostava de conversar com o paciente.
>
> Guilherme: Eu falava: "ah, não sei o que eu quero fazer disso ainda, mas eu sei que vou ter espaço para ir por caminhos diferentes". E eles falavam também de uma coisa que eu achava muito legal, que a rotina não era muito uma rotina assim. Que a rotina podia ser lá você atender os seus pacientes, mas as histórias eram muito diversas, e que não tinha um paciente muito igual ao outro, e não era a mesma história de outros pacientes em outras especialidades. O olhar sobre esses pacientes era muito igual. Quando você vai operar, você está operando a pancreatite, está operando uma pancreatite complicada lá, ou está operando apendicite, está operando uma parte do corpo que era muito similar em outra pessoa.

Itiro expôs sua percepção da Psiquiatria de forma analítica e precisa, e concluiu que o fato de haver maior influência da subjetividade causaria imprecisão no julgamento clínico:

> Acho que tem mais o que pensar, né? Porque o resto é muito técnico. Tem que levar em consideração muitas variáveis, então, sempre tem que ter um raciocínio racional, porque senão... Bom, tem isso, mas tem essa variável, é um raciocínio racional, mas eu acho que é um raciocínio com mais variáveis. Você tem que trabalhar com variáveis desconhecidas. Se pensar como uma

> equação, a Medicina seria uma equação bonitinha, que conhece todas as variáveis, colocou todos os números. A Psiquiatria é uma constante... ela deve variar de isso para isso, e você tem que fazer um julgamento com algumas variáveis que você não controla. Mas não acho que deixa de ser um raciocínio racional. A clínica é muito mais técnica: você sabe ou não sabe. E a Psiquiatra, sei lá, esbarra em coisas morais, éticas, códigos sociais... é um pouco menos técnico. Talvez tenha uma regulação técnica por trás, mas...acho que dá mais margem à subjetividade.

A dimensão subjetiva presente no julgamento clínico foi percebida pelos entrevistados como característica essencial da especialidade e fundamental para a malhor prática:

> Franz: Eu acho que a gente tende a levar em conta muitos mais fatores e a decisão é muito mais subjetividade. Psiquiatra não, psiquiatra tende a querer observar todos os fatores anexos que são extremamente relevantes.
>
> Marcus: Eu estava acostumado com anamnese, diagnóstico, conduta e ter certeza daquilo que estava fazendo e entrei em um meio que a discussão tomava grande parte do tempo, que na época isso para mim não tinha fundamento, não ia para lugar nenhum. E que no final chegaria a uma conduta duvidosa. E que não tinha protocolo onde podia pisar e me sentir firme.
>
> Tulio: Não pela questão da experiência, mas pela questão de... talvez a questão que o psiquiatra é esperado também, que o psiquiatra tem uma questão mais humana, de tentar entender como é que funcionam as coisas, tentar compreender mais o que se passa com a pessoa, não se preocupar só com o coração. Tem que se preocupar com outras coisas também: conversar, explicar, e tentar falar um pouco mais sobre o que está pensando. Tem coisas que a gente vê pouco na clínica. Em tudo, né? Na Medicina...
>
> Ana: tudo bem, tem o lado médico porque a gente faz coisas, junto com o conhecimento médico. Mas se você ficar só no lado médico, você fica perneta. Acho que tem todo um outro lado que vem disso, vem de outros saberes, outros campos de estudo, que a Medicina não dá conta.

Tendo isso em vista, duas particularidades dentro das dimensões subjetivas do trabalho do psiquiatra e que foram destacadas nas entrevistas serão abordadas a seguir: a empatia e a interpessoalidade.

7.3. A interpessoalidade e a empatia na clínica psiquiátrica

Conforme a epígrafe de Harry Stack Sullivan, o encontro clínico com o paciente psiquiátrico tende a ser muito desgastante para o psiquiatra, tal qual ratificado por diversos entrevistados.

> Caio: A residência em Psiquiatria é isso. Hoje eu atendi na tarde dois pacientes. Eu saí como se tivesse atendido uns 30 de clínica. Tem vez que você está no pronto socorro, atende 30, 40... na Marinha atendia 100 pacientes às vezes em um dia e não ficava cansado como eu estou. Atendi dois... Psiquiatria é isso.
>
> Ana: [...] eu sempre falei que queria fazer Psiquiatria, mas eu pensava: "pô, ser psiquiatra deve ser "foda". Tipo, você convive com uma carga muito intensa todo dia". E aí eu tinha um receio de prestar Psiquiatria. Por conta disso: "será que eu dou conta? Muito pesado?" E aí eu passei a faculdade inteirinha querendo arranjar uma coisa que eu gostasse mais que... não querendo arranjar... "quem sabe outra coisa me ganhe e eu não precise fazer Psiquiatria". E eu passei a faculdade inteirinha fazendo isso.

Esse desgaste parece estar relacionado com a necesidade de *empatia*, no sentido de estar sincronizado com as vivências do paciente, inclusive para fins de um melhor diagnóstico.

> Bruno: A Psiquiatria é buscando as vivências. Então são aqueles diagnósticos que são construídos ao longo de vários dias. Você faz um pensamento, mas aí vai destrinchando aquela vivência, daqui a pouco você vê que tem uma questão familiar importante, você começa a abordar. E, daqui a pouco, o remédio nem era mais tão importante, foi mais importante só como uma base. Nem era um diagnóstico clínico mesmo.

A empatia foi considerada pelos entrevistados como necessária ao psiquiatra para a compreensão do sofrimento de seu paciente e mesmo para o diagnóstico, tendo ela impacto direto na qualidade do trabalho psiquiátrico.

> Caio: Na Medicina, o que as pessoas esquecem é que o médico está na frente de um paciente. Então, na verdade, você tem duas pessoas interagindo. Então você precisa dessa interação para exercer a Medicina. Isso é fundamental, e eu acho que a Psiquiatria traz isso muito assim. E o médico que não faz isso é um mau médico. Independentemente se ele é bem formado, ele é um mau médico. Então, esse é um ponto. Lógico que o médico malformado também é um mau médico. Mas o médico que não consegue ter

> empatia com o paciente também é um mau médico. Na equivalência quase de 1 para 1 assim. Com exceção de que provavelmente o cara que tem um bom conhecimento vai fazer menos cagada, de conduta. Mas aí o paciente aceitar a conduta ou não, já entra em outra história [risos].

Também considerada importante para o diagnóstico e o tratamento, a *abertura à interpessoalidade* – tradução livre para o que Radden e Sadler (2010) chamam de *wholeheartedness* (p. 109) – foi identificada pelos entrevistados como uma virtude que caracterizaria o trabalho do psiquiatra.

> Beatriz: Então, tem muito isso, a importância da figura. Acho que o psiquiatra tem essa força da importância do médico no tratamento, de pensar em um diagnóstico. A ferramenta do diagnóstico é a gente, o tratamento às vezes somos nós, né? A gente pensa muito mais se a gente está sendo terapêutico ou não, pela sua forma de interagir com o paciente.
>
> Ana: [...] puxa, como uma relação com uma outra pessoa é o que está influenciando nessa questão do mudar o fisiológico.
>
> Bruno: E a questão da cura, do tratamento, nunca vai ser só dar o remédio. Então, para mim, não faz nenhum sentido Psiquiatria puramente clínica. Não cabe na minha cabeça. Tanto que quase todos os meus pacientes de consultório viram pacientes de terapia. [...] Não vai dar só para medicar e pronto, só o critério para depressão, só tomar o remédio. Eles não melhoram. No final das contas, eu nem consigo pesar, dos meus pacientes melhorando, o quanto foi da interação e o quanto foi do remédio. Eu acredito muito no remédio, mas não sei, não dá para saber nunca assim. Não sei se melhoraria só conversando.
>
> Rafaela: Pois é, primeiro que a gente nunca fala de, eu pelo menos, nunca estou pensando em... acho que todos os paradigmas, aliviar sofrimento, curar, doença, eu sempre parto do olhar. Na minha consulta, né, eu escuto, eu penso: “bom, quem é essa pessoa, qual é a dela, o que ela sabe de si, quanto está alienada de si, onde está o desejo dela, onde estão os conflitos?”E aí eu vou pensar muito, em segundo plano, o diagnóstico. Eu tenho uma coisa: adoro estudar, mas eu gosto muito do contato com as pessoas. Eu sou super clínica assim, jamais conseguiria fazer uma coisa.
>
> Tulio: [...] Tem essas peculiaridades, né? Psicótico, um paciente em mania, um paranoico, aí é uma coisa mais específica. Nesses assim é mais difícil, você tem que ter uma vivência, uma técnica para saber conversar. [...] [Com] o paciente psiquiátrico a relação é diferente. Tem uma coisa a mais que acontece. Seja porque ele enfrenta mais, seja porque ele está receoso com você, seja porque ele está agressivo com você.

Os relatos dos entrevistados trouxeram à tona as principais virtudes necessárias ao psiquiatra, as quais estão em acordo com a literatura previamente debatida: abertura às demais áreas do conhecimento, em especial as Humanidades; empatia e abertura à interpessoalidade; e autoconhecimento, isto é, ter *insight* sobre suas próprias reações às situações vivenciadas diante do paciente e dimensionar o impacto dessa subjetividade na clínica psiquiátrica, incluindo aqui o respeito aos limites pessoais do psiquiatra em questão. O autoconhecimento, bem como a sabedoria prática e a abertura à interpessoalidade, são consideradas *metavirtudes* por Radden e Sadler (2010), já que elas sustentariam as demais virtudes necessárias à boa prática psiquiátrica.

Não se pode esquecer que, apesar da orientação psicopatológica hegemônica vigente na instituição em que trabalham os residentes ser majoritariamente organicista, os entrevistados apresentaram críticas ao reducionismo à racionalidade biomédica e destacaram a importância de outras perspectivas epistemológicas e psicopatológicas em suas formações.

> Mário: Acho assim: na minha luta, no que a gente está falando, tento provar e mostrar que a Psiquiatria não é diagnóstico e remédio. Acho que essa visão de Psiquiatria, para mim, é completamente equivocada. Agora, a prática da Psiquiatria, de você fazer vínculo, de você..., uma coisa que não conhecia, que gostei muito de conhecer, a Fenomenologia. [...] Acho que a prática médica que eu defendo, que não é a majoritária, que não é a praticada majoritariamente nos hospitais, até por questões pragmáticas, acho que ela é mais artesanal, porque ela é individual, é singular. É aquela pessoa e tentar. Não tem como ficar mudando as pessoas.
>
> Ana: Que a gente, que a Psiquiatria se apossa de uma questão que tem as doenças, que eu acho que é um pouco além das questões existenciais, que são além, né? Um pouco não, são além. A esquizofrenia não é só um problema existencial, acho que tem uma outra coisa envolvida, mas ela se apossa de um ramo, de algumas coisas para tentar dar conta dos problemas existenciais, e que não tem nada a ver. Acho que uma formação médica ajuda, mas eu não acho que... acho que a formação psiquiátrica, se você for partir

> pelo lado da Medicina, é uma formação ridiculamente pobre. Ou então, se você ficar só nessa questão médica, porque não foram os médicos que pensaram os problemas existenciais, os dilemas da vida humana e, enfim, as interações humanas, e que é o que a gente vê. [Na instituição] é muito só biológico: quais são os circuitos? Como se os circuitos dessem conta de tudo. Olhar muito pouco para a pessoa. Não acredito que descobrir os... que a gente vai descobrir a causa dos sintomas, dos problemas, só olhando os circuitos. A abordagem de uma forma geral, não sei. Agora, não estou pensando em uma reunião geral específica, mas, por exemplo, quando veio o cara, o "bam-bam-bam" da esquizofrenia, que falou que sintoma negativo não existia, né? Aí a gente até deu risada: "puxa, que paciente que ele anda vendo?" Falar que os pacientes... que só existe sintoma positivo, não sei, muito reducionista assim [...] Eles não levam em conta o meio ambiente, então, na minha opinião, isso é no mínimo... até uma heresia para a Medicina, porque se tudo na Medicina é um gráfico "genética versus ambiente", você tira o lado do ambiente. Então, o que estamos fazendo? [...] E daí todo raciocínio é neurocientífico, e daí eu vejo acontecendo na Psiquiatria algo que não é muito da Psiquiatria, sabe? Porque ali sentia também como no internato, que a história de vida da pessoa não contava porcaria nenhuma: vamos ver a ressonância, vamos pedir um PET, vamos pedir marcadores do líquor. E é isso, sabe?
>
> Tulio: A Psiquiatria não, que é você que, a partir da sua conversa, que vai chegar em um diagnóstico. Às vezes, o paciente não tem um diagnóstico, vai lhe acompanhar. É uma coisa que não acontece na Medicina. Acompanhar o pneumonologista tem que ter um problema no pulmão. O "cardio", problema no coração. O psiquiatra pode não ter problema nenhum. Ele vai lá para conversar, para fazer uma terapia.

Essa influência, além de ter sido relatada, também ficou evidente ao apontarem os residentes para a importância da empatia e da abertura à interpessoalidade como instrumentos diagnóstico e terapêutico. Isso é característico das perspectivas da primeira pessoa e da segunda pessoa (conforme definido no capítulo 2, seção 2.3).

Evidentemente, em virtude dos limites das metodologias aqui utilizadas, não é adequado estender tal conclusão para todos os outros psiquiatras da mesma geração, afinal os entrevistados pertenciam à mesma instituição de ensino. O que se pretendeu destacar foi que o fato do grupo entrevistado ter revelado simpatia pelas

perspectivas da primeira e segunda pessoa deveria ser tomado como característica particular dessa amostra. Ainda assim, o fato pareceu apontar uma tendência recente do ensino de Psiquiatria nessa instituição, a qual contava em seu programa de residência médica, na época das entrevistas, com a presença de assistentes mais alinhados a essas perspectivas do que já fora no passado mais remoto. Foi possível, enfim, identificar as diferentes linhas de pensamento da clínica psiquiátrica, as quais serão melhor exploradas a seguir, nas análises transindividuais.

8. Os tipos de psiquiatra e o *habitus* da Psiquiatria

> O ideal de vida a ser restituído pela intervenção psiquiátrica talvez seja o segredo mais bem guardado dos psiquiatras (John Sadler, 2005).

Feita a análise dos conteúdos dos exercícios de *Julgamento Clínico* e das *Experiências Profissionais*, passa-se agora para a apresentação de uma tipologia, com base na análise transindividual, cujo intuito é o de distinguir as principais formas de racionalidade presentes na clínica psiquiátrica. Em seguida, é conceituado o conjunto comum de características dos psiquiatras entrevistados propriamente enquanto *habitus* dos agentes da prática psiquiátrica, buscando uma síntese compreensiva do campo científico no qual se encontra a Psiquiatria.

8.1 Os tipos (ideais) de racionalidade em Psiquiatria

Dentre os objetivos propostos para o presente trabalho, o primeiro deles consistia em analisar as diferenças entre as matrizes teóricas que orientam o trabalho do psiquiatra.

Embora existam vertentes diversas em termos terapêuticos de mesmo escopo científico nas áreas clínicas ou cirúrgicas, tal diversidade não costuma ser apresentada e nem debatida nas escolas médicas. Fazê-lo comprometeria o compromisso em favor de uma medicina uniformizada em termos teóricos e práticos (Schraiber, 1993). Mas ao contrário das demais especialidades médicas, a Psiquiatria é claramente reconhecida como tendo diferentes referenciais epistemológicos que sustentam escolas de pensamento psicopatológico diversas entre si, e destaca-se por apresentar diversas racionalidades, até mesmo para o diagnóstico dos transtornos mentais. Um dos efeitos disso é que os psiquiatras comumente escolhem a subespecialização em uma área de atuação, dentro da qual se dedicarão ao estudo dos

transtornos a partir de alguns referenciais teóricos – e não de outros. Com frequência, essa situação configura um conflito para o jovem psiquiatra. Por isso, a racionalidade que guia a tomada de decisão do psiquiatra acaba sendo diferente de acordo com a matriz teórica escolhida pelo profissional, e essa escolha costuma influenciar a forma como ele encara os casos difíceis em sua prática cotidiana.

Foram apresentadas no capítulo 2 as racionalidades que concorrem na clínica psiquiátrica a partir das três principais orientações psicopatológicas. Cada uma delas está apoiada em uma matriz teórica própria, a qual, por sua vez, corresponde a uma perspectiva epistemológica independente (Kraus, 1994, 2003; Coelho Júnior et al, 2012, Bezerra Júnior, 2014; Serpa Júnior, 2006.). Tais racionalidades estão sintetizadas no quadro abaixo.

Racionalidades da clínica psiquiátrica		
Psicopatologia	**Matriz teórica**	**Perspectiva**
Sintomatológica-criteriológica	Organicismo (neurociências)	3ª. Pessoa
Psicodinâmica-psicanalítica	Psicanálise	2ª. Pessoa
Fenomenológica-antropológica	Fenomenologia	1ª. Pessoa

Embora não seja possível estabelecer com os dados empíricos uma relação direta entre a perspectiva adotada pelo entrevistado e a decisão tomada por ele, as três racionalidades exemplificadas mostram diferenças substanciais no raciocínio clínico sobre os casos e, portanto, na dimensão da intervenção que usa o conhecimento científico, ainda que não só ele.

Segundo Costa (2011), “existe, para Weber, uma racionalidade cognitiva chamada de possibilidade objetiva do conhecimento, expressa em probabilidades de

acontecimentos" (p. 178). Isso significa que as ciências humanas chegariam a padrões de probabilidades, mas nunca atingiriam a regularidades exatas ou leis naturais. Ainda de acordo com o autor,

> a "objetividade" seria possível, porém dependeria dos esforços do pesquisador, por um lado, de reconhecer a impossibilidade de afastamento completo dos valores e, por outro, de ter o esforço pessoal de reconhecer esses valores (conscientes e inconscientes) e procurar a realidade independentemente deles (Costa, 2011, p. 178-9).

Diante dessas dificuldades, Weber propôs como estratégia metodológica a construção de *tipos ideais* (ou tipos puros). Eles exagerariam a realidade, tal qual ocorre numa caricatura, e por isso seriam capazes "de se esquivar das ciladas do juízo de valor e dos 'pressupostos subjetivos' e apontar um "caminho para a formação de hipóteses" (Weber, 2001, p. 137). Sendo assim, o desempenho dos profissionais nos contextos clínicos, enquanto parte do presente estudo microssociológico, poderiam ser compreendidos e interpretados à luz dos tipos ideais ou puros da sociologia weberiana enquanto abstrações teóricas que caracterizariam o leque de possíveis comportamentos empiricamente observáveis.

A utilidade dos tipos ideais neste trabalho está justamente na possibilidade de propor a "consciência não do que é genérico, mas, muito pelo contrário, do que é específico a fenômenos culturais" (Weber, 2001, p. 145). Acredita-se, dessa forma, que a racionalidade expressa por cada psiquiatra em seu julgamento clínico expressaria modos específicos de pensar e exercer a prática psiquiátrica, os quais, em útlima análise, revelariam diferentes modos-de-ser psiquiatra.[1]

---

[1] Julga-se pertinente reafirmar aqui que o conceito weberiano de tipo ideal aplicado às diferentes racionalidades da clínica psiquiátrica tem aqui a finalidade de representar formas *puras* ou *ideais* do modo de pensar a psicopatologia de forma hermenêutica, de forma análoga à utilizada para os transtornos mentais (Schwartz e Wiggins, 1987a; Schwartz e Wiggins, 1987b). Os tipos de psiquiatras representam um tipo puro, isto é, uma abstração teórica a partir da variedade existente empiricamente e, nesse sentido, as diversas possibilidades dos modos-de-ser encontrados na realidade concreta ora se

São apresentados aqui três entrevistados que mais se aproximam desses tipos ideais e que por isso melhor expressam cada uma das racionalidades: organicista, psicodinâmica e fenomenológica. Nos excertos apresentados cada uma das racionalidades está baseada no relato dos psiquiatras em relação especificamente à compreensão deles acerca das bases epistemológicas do conhecimento psicopatológico.

Conforme antecipado nos objetivos da pesquisa (capítulo 1, seção 1.2), tal tipologia se propõe a examinar a relação entre a perspectiva epistemológica do psiquiatra e a racionalidade que sustenta a sua prática clínica. A partir desse exercício, percebe-se que, para o psiquiatra organicista, a Biologia constituiria a causa oculta das doenças mentais; para o psiquiatra psicodinâmico, a psicanálise seria o eixo central de sua clínica; e para o psiquiatra fenomenólogo, a Psiquiatria não seria possível afastada da Filosofia.

O tipo organicista aparece melhor expresso no residente Itiro. No excerto abaixo, o psiquiatra atestava sua aposta na Biologia como a causa dos transtornos mentais. Ao ponderar sobre os limites atuais dessa ciência, Itiro atribuía as limitações ao tempo presente, ou seja, acreditava que com a melhoria dos instrumentos seria possível obter maior validade nos diagnósticos no futuro. Sua perspectiva estava centrada na terceira pessoa, isto é, o diagnóstico era formulado a partir da observação dos comportamentos exteriorizados pelo paciente. Trata-se, assim, de uma referência clara à Psicopatologia sintomatológica-criteriológica.

> Itiro: O problema é que a Psiquiatria biológica está muito no começo ainda. Acho que o grande problema da Psiquiatria biológica é que ela assume que sabe muitas coisas, mas não sabe.

---

aproximam mais, ora menos dessas abstrações. Portanto, isso significa que os psiquiatras têm influência das várias racionalidades em sua prática clínica, a despeito da grande probabilidade de que uma delas prevaleça.

> Mas é o futuro. Quando a gente, de fato, conhecer as doenças que a gente conhece... e acho que é o caminho. Mas se assume que se sabe muito mais do que se sabe de fato, né? O problema do DSM que está sendo discutido agora... a confiabilidade é muito boa. [Porém] a validade é péssima.

Já o tipo psicodinâmico está bem representado em Rafaela. No trecho abaixo, a psiquiatra narrava uma situação na qual estava atuando junto a uma paciente sua que era médica, e na narrativa atestava levar em consideração tanto a sua subjetividade quanto a da paciente na compreensão do diagnóstico e na tomada de decisão. Tendo em vista o episódio relatado por Rafaela, essa perspectiva de segunda pessoa poderia ser chamada de diagnóstico pela contra-transferência (Figueiredo e Coelho Júnior, 2008). Por fim, e não menos importante, a psiquiatra na ocasião da entrevista fazia formação em Psicanálise e se dizia alinhada com a Psicopatologia psicodinâmica-psicanalitica.

> Rafaela: Tem uma "border" que eu atendo no consultório que é uma médica e que me deixa muito impotente, muito. Porque eu prescrevo medicação e ela toma do jeito dela. Ela sempre volta dizendo que está tomando de outro jeito. Ela some por três meses. Essa já vez várias tentativas de suicídio antes de passar comigo. Ela é super difícil: bate nos namorados (é de bater muito, quebrar coisas, jogar copo no namorado). [...] Eu fico muito na dúvida se é uma coisa de assumir a minha impotência e assumir que ela vai me dar o cano, que ela vai me deixar nesse lugar, que ela pode se matar a qualquer momento, que é muito grave e não tem o que fazer. [...] Então eu tento sair um pouco desse lugar, porque às vezes ela quer me dizer que não tem nada a fazer, sabe? Eu sempre fico tentando [... e] quando eu vejo que estou muito nessa "não tem o que fazer; paciência, né? Ela está me avisando que pode...". Mas os pais são super incontinentes. A mãe, completamente louca. Infantilizam ela pra caramba. Quando está com os pais fica ainda pior. Não tem suporte. Ela tem um carimbo, ela trabalha em hospital. A qualquer momento ela pode fazer o que ela quiser. É uma paciente que me deixa o tempo todo em contato com essa coisa da minha impotência, da falta total de controle e eu sei que a qualquer momento... É maluco assim, porque me defendo de uma certa forma. Então, anoto muito bem todas as consultas com ela, converso com a mãe periodicamente e com o analista dela, dizendo: "olha, é isso, os fatos são esses. Ela é médica, ela tem um carimbo, ela tem isso, ela tem aquilo. A gente não pode fazer algo tão involuntário porque ela..."

Por fim, o tipo fenomenológico aparece na sua forma mais acabada em Caio. Durante a entrevista, o psiquiatra apontou a importância que atribui à Filosofia fenomenológica na compreensão dos transtornos mentais e na boa prática psiquiátrica. Sua perspectiva mostrou-se centrada na primeira pessoa (ou melhor dizendo, segundo ele mesmo, na "consciência") e a Psicopatologia de referência, a fenomenológica-antropológica.

> Caio: Por mais que ela [a ciência da natureza] traga informações importantes, ela te desvirtua. Você vai tentar encaixar o paciente naquilo e não vai rolar, porque você está vendo muito mais coisas do que você sabe e você nem sabe o que você sabe, de fato. Mas a consciência tem algo a mais, ela extravasa, ela entra em uma outra coisa que daí o pensamento cartesiano já te limita demais, já não casa tão bem com a ciência quanto o resto da Medicina. Aí já precisa de algo mais e esse algo a mais o psiquiatra também precisa. Ele precisa de mais literatura, ele precisa de mais arte, ele precisa de mais teatro, ele precisa de mais cinema, ele precisa de mais... filosofia do que o médico. Mas eu acho que precisa mesmo, porque é uma questão de precisar no sentido de que essas coisas te dão uma visão e uma abertura para o mundo, e uma capacidade de empatia e de entender o outro, de entender a vivência do outro, que nenhum livro de clínica médica te dá. E sem isso acho que não se consegue fazer uma boa Psiquiatria. Você começa a virar um Bolsonaro da Psiquiatria, né? Aí começa a ser complicado. Você começa a ter um pensamento extremamente limitado e que pode ser até maléfico para o paciente. [...] Eu acho que eu já tenho uma tendência a pensar de um modo mais filosófico [...] de ficar vendo o certo e o errado e tentar entender um pouco as duas partes, né? E tentar pensar mais do que uma coisa científica, que é o "certo" ou "errado". Tento pensar nas vantagens e desvantagens de cada coisa. Isso já é meu, pessoal.

Assim sendo, a partir tanto no exercício prático de julgamento quanto na internação involuntária, isto é, quando os valores implícitos na perspectiva ética (chamados de paternalismo forte e fraco) pareceram determinantes para a decisão tomada, é razoável concluir que também na dimensão teórica a valoração estaria implícita nas diferentes racionalidades adotadas pelos psiquiatras. Embora não se possa estabelecer uma relação direta entre esses tipos de racionalidade e a tomada de

decisão final, é possível dizer seguramente que essas diferentes racionalidades levam a caminhos distintos na clínica psiquiátrica.

8.2. O *habitus* do psiquiatra em seu campo científico

Apesar dos psiquiatras entrevistados terem apresentado diferentes racionalidades ao abordar e realizar o julgamento clínico dos pacientes, é digno de nota que os diagnósticos nosográficos estabelecidos por eles não mostraram grandes diferenças. No primeiro caso proposto, houve grande convergência para o diagnóstico de Transtorno da Personalidade *Borderline*; no segundo caso, os psiquiatras oscilaram entre Transtorno Afetivo Bipolar e Psicose, diagnóstico esse a ser esclarecido, já que quadros nosográficos que apresentam semelhanças psicopatológicas são de difícil distinção em um primeiro atendimento.

Também merece destaque o fato de que todos os entrevistados partiram de uma hipótese diagnóstica em seu julgamento clínico, mesmo que ter um diagnóstico firmado não fosse exigência do entrevistador e mesmo que alguns dos residentes tenham destacado que chegar a um diagnóstico nosográfico não foi decisivo em seu julgamento. E isso parece ser explicado pelo fato de que estabelecer e codificar a doença é considerado o ato primordial do médico e aquele que o diferenciaria dos demais profissionais da saúde, sendo, inclusive, defendido pela classe médica do ponto de vista legal com desdobramento do ato médico na Lei n.12842 de 10 de julho de 2013.

Os residentes expressaram aquilo que seria um ato característico do *habitus* do psiquiatra (Bourdieu, 1996, 2003, 2013; Setton, 2002; Thiry-Cherques, 2006; Azeredo e Schraiber, 2016) enquanto profissional pertencente ao campo científico da

Medicina.

De acordo com Bourdieu, o *habitus* consistiria na disposição durável de estruturas estruturadas e estruturantes de agentes em um campo – no caso em questão, o psiquiatra seria o agente em disputa social dentro do campo científico da Medicina. E sendo ele agente em um dado campo, significa que o psiquiatra seria dotado de disposições estruturais por meio das quais é introjetada nele a "regra do jogo a ser jogado" e a partir das quais traça suas estratégias, investe os capitais de que dispõe e faz seus movimentos. Mas não apenas isso, pois todo agente também introduz valores e crenças de ordem pessoal e individual que o diferenciam no campo e amplificam as disputas por posição dentro do campo.

Em áreas de fronteiras do campo, como no caso da Psiquiatria, os conflitos seriam tantos e tão diversos ao ponto de comprometer o pertencimento da especialidade ao campo científico da Medicina. Tais conflitos seriam essencialmente produzidos pela natureza hídrida dos transtornos mentais, por se tratarem eles de fenômenos passíveis de estudo e intervenção tanto por parte das ciências humanas quanto das ciências naturais. Mas essas disputas de fronteira têm o poder de mudar o pensamento hegemônico dentro do campo e assim ao campo como um todo, constituindo novas perspectivas na abordagem dos problemas instaurados pela prática dos agentes. Nesse sentido, pode-se dizer que os psiquiatras colocariam em tensão a própria hegemonia da racionalidade biomédica na Medicina, tal qual expresso pelos entrevistados no capítulo anterior, principalmente pelo entrevistado Mário, segundo o qual a Medicina era percebida como uma prática baseada tanto nas ciências naturais quanto nas ciências humanas.

Uma segunda característica do *habitus* do psiquiatra que traz conflitos ao

campo científico da Medicina é a forte presença dos valores implícitos em suas teorias e práticas. O dilema ao qual o psiquiatra está sujeito quando lida com casos que envolvem a possibilidade de uma internação involuntária ensejaram aqui a análise da importância desses valores na constituição histórico-epistemológica da especialidade (Lima, 2007; Pearce e Pickard, 2009; Schakle, 1985), já que a dimensão valorativa se mostra presente tanto na construção teórica do conceito de transtorno mental quanto nas teorias que sustentam a operacionalização prática do diagnostico psiquiátrico.

A partir do material produzido pelas entrevistas, foi possível evidenciar como os valores individuais influenciam o processo de tomada de decisão do psiquiatra. A análise dos exercícios de julgamento clínico dos entrevistados revelou que as ações morais estão apoiadas em perspectivas éticas diferentes. Sua intervenção parece estar norteada para prover uma vida melhor ao paciente, e sendo assim sua compreensão do que é uma "boa vida" interfere no diagnóstico e na proposta assistencial-terapêutica do psiquiatra.

Como terceira característica do *habitus* da Psiquiatria destaca-se, em relação à clínica médica e cirúrgica, a existência de maior autonomia de trabalho entre os psiquiatras. Ao contrário do que ocorreu nas demais áreas da Medicina (Schraiber 1993, 2008), essa liberdade de atuação do psiquiatra é garantida por conformações mais autônomas de negociação no mercado, de organização de seu serviço e de realização de sua prática técnica, provavelmente pelo fato das tecnologias não serem necessárias como ferramentas dignósticas na maior parte dos casos. Tudo isso contribui para que o psiquiatra tenha ainda, mesmo quando inserido em uma estruturação mais geral de prática e produção de serviços em moldes empresariais,

como, por exemplo, nos atendimentos mediados pelos planos de saúde, um exercício mais liberal da Medicina, semelhante ao da primeira metade do século XX (Schraiber, 2008). Tal liberdade está expressa ainda na abertura que os psiquiatras têm para suas escolhas teóricas e no exercício de sua clínica, o que pode se revelar tanto uma característica valorizada por eles quanto motivo de desconfiança dos próprios psiquiatras ou de outros médicos para com a validade da prática em Psiquiatria enquanto técnica embasada pela ciência.

Vale lembrar que o raciocínio hipotético-dedutivo, característico da Medicina como um todo, é dependente da articulação entre o conhecimento estabelecido e o caso apresentado. Isso significa que o médico deve determinar se as características apresentadas pelo paciente se enquadram nos quadros clínicos descritos, e, mais difícil ainda, esperar que o organismo do paciente responda às estratégias terapêuticas adotadas por ele. A arte propriamente médica parece estar em adaptar o conhecimento acumulado ao caso individual para fundamentar uma decisão (Schraiber, 1993, 2008). Os entrevistados explicitaram que isso se torna ainda mais complexo na Psiquiatria, na qual certas dificuldades são preementes, como, por exemplo: a dificuldade do diagnóstico, a dependência do vínculo para que se possa acessar o paciente, e, por fim, a importância do contexto e do suporte familiar para a tomada de decisão. Todos esses e outros fatores fazem da Psiquiatria uma área de atuação de maior complexidade.

É oportuno relembrar aqui a consideração feita por Schraiber (2008) quanto ao duplo técnico (o conhecimento científico e a sabedoria prática) e o duplo valorativo (a ética da cura ou o controle das doenças enquanto uma “vida boa” e a ação moral na busca da “coisa certa a fazer” no encontro clínico), os quais

configurariam conjuntamente a prática em Medicina. Ao apontar para essas duplicidades, a autora chama atenção para a permanência na Medicina (seja na técnica, seja na interação clínica) de um hibridismo entre a natureza humana e o meio social em geral, mesmo nas áreas mais centrais do campo médico, nas quais é mais difícil percebê-lo, tal qual em alguns casos na clínica médica ou de modo mais extensivo na clínica cirúrgica. Essa duplicidade, no entanto, encontra-se bastante expressiva e torna-se mais visível em uma prática fronteiriça como a Psiquiatria.

Freitag (1992) estudou a questão da moralidade e nela identificou que a ética de Weber subordinaria a ciência à política e privilegiaria os meios ao invés dos fins (*ética da convicção*), e a partir dessa autora torna-se perceptível que questões éticas e morais ficariam a cargo da razão prática, e não da razão teórica. O significado disso é que a dimensão valorativa (*razão prática*) regeria as escolhas feitas em uma sociedade, a despeito da ciência (*razão teórica*) garantir o conhecimento do mundo.

Trazendo esse argumento para o campo médico e para a área da Psiquiatria, entende-se no presente trabalho que as questões éticas e morais da prática do médico estão dadas na dimensão relacional, interativa, do encontro clínico. O encontro é também a relação na qual se realiza a intervenção técnica, essa de caráter instrumental e regida pela racionalidade científica, na qual os meios estão orientados para um dado fim, isto é, a cura ou o controle de alguma doença. Nesse sentido, a prática do médico sempre estabelece conexões entre dimensões humanas, nas quais está presente o social e as normas de vida, e dimensões naturais. E, como já mencionado, se em algumas situações práticas da Medicina o conhecimento biomédico pode parecer suficiente para fornecer uma resposta ao caso, em outras, como em grande parte das situações na prática em Psiquiatria, essa suficiência não se

apresenta, demandando imediatamente da prática profissional a incorporação de outros tipos de conhecimentos e saberes. Assim, cabe ao psiquiatra recorrer à dimensão relacional e intersubjetiva tanto quanto lança mão do conhecimento científico no exercício cotidiano de sua profissão.

Sendo assim, a análise transindividual realizada pelo presente trabalho, comparando os individuais para extrair o coletivo comum, permite dizer que a dimensão ética e moral característica da prática psiquiátrica está presente em cada um dos julgamentos e em cada uma das experiências individuais narradas, bem como nas adesões às racionalidades clínicas e nas virtudes praticadas, de forma que caracteriza o *habitus* do psiquiatra e expõe conflitos da especialidade no campo científico da Medicina.

9. Uma fenomenologia da Psiquiatria, à guisa de conclusão

> O problema não reside em criticar uma Psiquiatria reputada de clássica, denunciando o coisismo e as reificações, para, em seguida, a reformar ou revolucionar fenomenologicamente - mas, sim, o de descrever o seu aparecer, os seus modos de constituição e a estrutura do seu campo: trata-se menos de uma Psiquiatria que seria fenomenológica em vez de ser organicista ou psicanalítica, do que de uma fenomenologia da Psiquiatria, descrição que não cria nem critica o seu objeto, antes o deixa aparecer tal como ele se manifesta. Noutros termos, diríamos que a única questão puramente fenomenológica, neste domínio, é a da essência da Psiquiatria. (Lanteri-Laura, 1983)

O grande valor dado à produção e ao domínio do conhecimento técnico-científico acaba por vezes soterrando a reflexão necessária sobre a importância do psiquiatra como um sujeito da sociedade e agente de conhecimento na prática clínica. Por vezes em situações corriqueiras da clínica fica menos evidente a limitação que uma prática exclusivamente baseada em protocolos genéricos do conhecimento científico traz para a intervenção. Nessas situações também são apagados com facilidade o valor do saber prático e a virtuosidade que reside em seu apelo e no apelo à reflexão ética na tomada de decisão. Por isso mesmo, aqui se buscou aquelas situações-limite. Em razão de sua tragicidade (Freitag e Ricoeur), tais situações tornaram claras as limitações ao revelarem imediatamente a complexidade da tomada de decisão em Psiquiatria.

As internações involuntárias revelam as tensões da especialidade em seus diversos ângulos: histórico, epistemológico e nosológico. Considerada outrora a mais sombria das práticas psiquiátricas, em especial pelos disparates feitos em nome de uma ciência de ambições positivistas, a privação de liberdade de um indivíduo em nome do bem-estar social e da própria saúde do sujeito é uma decisão-limite que expõe os diferentes conflitos da especialidade.

A Psiquiatria surgiu, enquanto especialidade médica moderna, de uma

demanda social pelo conhecimento e controle dos comportamentos anormais. E a ciência psicopatológica desenvolvida a partir daí não pôde mais ser separada desse imperativo ético. As internações psiquiátricas, por exemplo, resultam não somente do zelo pela saúde do enfermo, mas principalmente para proteger a sociedade dele. Não se pode, assim, pensar e exercer a Psiquiatria sem considerar o ambiente normativo e cultural no qual ela está exercida, bem como os valores implícitos de quem a exerce. Estudar essa prática de forma sistematizada e continuada é, e deve ser, um compromisso dos psiquiatras com a sociedade.

O que a presente pesquisa revelou foi que a prática psiquiátrica é e será influenciada, ao menos nos casos difíceis, pelos aspectos subjetivos do psiquiatra. A personalidade, as experiências de vida, as crenças e valores são coadunados, por meio do *habitus*, a diferentes matrizes teóricas no momento da decisão do profissional. Pode-se assim dizer que a complexidade da prática psiquiátrica em sua abordagem e tratamento dos transtornos mentais é devida à dependência da mesma em relação aos valores e virtudes dos psiquiatras. Juntos, valores e virtudes compõem os elementos subjetivos presentes na situação e necessários para uma ação prudente e racional.

Essa subjetividade é um tema espinhoso, complexo e, na maior parte das vezes, relegado ao segundo plano na formação dos psiquiatras. Apesar da Psicologia médica eventualmente trazer para o debate a subjetividade do paciente em sua experiência singular de sofrimento, as experiências subjetivas do médico são tomadas ora como esgotamento (quando poderá receber o diagnóstico de síndrome de *burnout*), ora como temática individual diante das dificuldades da profissão (o que poderá ser tratado individualmente em sessões de análise). Claro que tais situações

podem ensejar um cuidado individual, o qual é da maior importância para amparar o psiquiatra em seu desenvolvimento pessoal e profissional. Mas o que foi trazido à tona aqui é que na Psiquiatria as vivencias subjetivas estão imbricadas na atividade clínica de forma enredada, ou seja, que as questões relativas às dificuldades do ofício têm impacto direto e tácito no exercício do mesmo.

Esse estado de coisas da Psiquiatria remonta à sua constituição enquanto especialidade da Medicina dentro de uma espécie de encruzilhada epistemológica: de um lado, a metodologia própria das ciências naturais que permitia a descrição e categorização dos transtornos mentais; de outro, os limites do conhecimento biológico e a dimensão valorativa do próprio sofrimento que recrutava o apoio das chamadas ciências humanas e que se tornou indispensável para a compreensão e intervenções sobre os transtornos mentais. A Psiquiatria constituía-se, assim, como uma especialidade híbrida, característica essa que persiste até os dias de hoje.

Jaspers já apontava para isso em *O médico na era da técnica*. Dizia ele que "no fim do século XVIII, a Psiquiatria foi aceita no círculo das disciplinas médicas científico-naturais. Mas permaneceu uma disciplina estranha. Pertence tanto às ciências do espírito como da natureza" (Jaspers, 1998, p. 47). O psiquiatra, então, registraria, em sua transição para a filosofia, os limites científicos da especialidade. Nas palavras do autor, "a Psiquiatria, tal como a psicologia, é uma ciência apenas na medida em que algo, no tocante à alma, a determina objetivamente, algo distinguível, identificável objetivamente e, por isso, pesquisável". E concluía ele, indicando a relevância da experiência nessa cientificidade: "de mais a mais, só é ciência graças à experiência – que impele a uma concreção concludente – quer seja experimental,

estatística ou biográfica, quer seja na observação de movimento formas, figuras ou no trato com o homem" (Jaspers, 1998, p. 47).

A experiência da qual fala Jaspers só se transformará em conhecimento à medida que puder ser ouvida, reconhecida e examinada. Foi o que se fez aqui ao analisar os depoimentos de jovens psiquiatras quando confrontados pelos desafios do seu cotidiano profissional. Nas palavras de Habermas (1989),

> Erraríamos a constituição de um mundo da experiência se elegêssemos como paradigma o âmbito objetual do conhecimento científico e não percebêssemos que a ciência está enraizada no mundo da vida e de que este mundo da vida constitui o fundamento de sentido da realidade cientificamente objetivada. À teoria da constituição do conhecimento da natureza tem que anteceder, portanto, uma teoria do mundo da vida [...] (p. 40, tradução livre).

O modo singular como cada um dos residentes tomou suas decisões diante dos casos difíceis demonstrou que os fatos científicos, os valores sociais e as virtudes do psiquiatra são inseparáveis na clínica psiquiátrica, e revelou o que pode ser considerado a essência da especialidade enquanto prática médica: o inextricável amálgama entre o mundo da vida e a ciência aplicada pelo psiquiatra.

10. Referências

Abdalla-Filho, Telles LEB, Chalub M. Psiquiatria Forense de Taborda. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Alarcão GG. Na contracorrente? Resistências, adaptações e apropriações: a formação do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1962-1965 [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2002;7(4):879-89.

American Psychiatric Association. DSM-V Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834-40.

Appelbaum PS. Protecting the rights of persons with disabilities: an international convention and its problems. Psychiatric Services. 2016;67(4):366-8.

Aristóteles. Ética a Nicômaco. Tradução do grego de Antonio de Castro Caeiro. São Paulo: Editora Atlas; 2009.

Armontrout J, Gitlin D, Gutheil T. Do consultation psychiatrists, forensic psychiatrists, psychiatry trainees, and health care lawyers differ in opinion on gray area decision-making capacity cases? A Vignette-based survey. Psychosomatics. 2016;57:472–9.

Arruda TN. Como os juízes decidem os casos difíceis? A guinada pragmática de Richard Posner e a crítica de Ronald Dworkin [tese]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2011.

Atkinson P. Medical talk and medical work: the liturgy of the clinic. London: Sage Publications; 1995.

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2000;4(6):117-20.

Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. Intelligere, Revista de História Intelectual. 2016;2(1):139-155.

Ayres JRCM. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(3):583-92.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(1):63-72.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2007;17(1):43-62.

Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. Salud colectiva. 2016;12(1):9-21.

Baltazar ML. Modelos e tendências da Psiquiatria no Brasil: estudo retrospectivo (1955/1970 e 1980/1990) [tese]. São Paulo: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual; 1997.

Banzato CEM, Pereira MEC. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: Zorzanelli R, Bezerra Jr B, Costa JF. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014.

Banzato CEM, Zorzanellli R. Conhecimento tácito e raciocínio clínico em psiquiatria. Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. 2017;6(2):81-92.

Banzato CEM, Zorzanellli R. Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2014;17(1):100-113.

Banzato CEM. Classification in psychiatry: the move towards ICD-11 and DSM-V. Curr Opin Psychiatry. 2004;17:497–501.

Banzato CEM. Deflating psychiatric classification. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2009;16(1): 23-7.

Banzato CEM. Sobre a distinção entre "critério" e "sintoma" na nosologia psiquiátrica. Rev Latinoam Psicopat. 2000;3:9-17.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Barros DM, Serafim AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Rev Psiq Clín. 2009;36(4):175-7.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 3a ed. Edições Loyola; 2013.

Beer MD. History of psychiatry and the psychiatric profession. Curr Opin Psychiatry. 2009;22:594–600.

Bellodi PL. Vocação, profissão e personalidade: uma contribuição na área médica através do psicodiagnóstico de Rorschach. Avaliação Psicológica. 2006;5(2):269-73.

Bercherie P. Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial Editora; 2014.

Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES; 1993.

Berrios GE, Porter P. História da psiquiatria clínica. 3v. São Paulo: Escuta; 2012.

Berrios, G. Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. São Paulo: Escuta; 2015.

Bertolli C. Por uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2017;21(61):251-5.

Bezerra Júnior B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzanelli R, Bezerra Júnior B, Costa JF. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2014.

Bezerra Júnior B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2007;17(2):243-250.

Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Bjork J, Lyno N, Juth N. Empirical and philosophical analysis of physicians' judgments of medical indications. Clinical Ethics. 2016;11(4):190–9.

Bloc L, Moreira V. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2013;16(1):28-41.

Bloch S, Green SA. An ethical framework for psychiatry. Brit J Psychiat. 2006;188:7-12.

Bodkin JA, Klitzman RL, Pope Junior HG. Treatment orientation and associated characteristics of north american academic psychiatrists. J Nerv Ment Dis. 1995; 183(12):729-35.

Bolton D. What is mental illness? In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, Thornton T. The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford University Press; 2013.

Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.

Bourdieu P. O senso prático. 3ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2013.

Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus; 1996.

Bradfield BC. The phenomenology of psychiatric diagnosis: an exploration of the experience of intersubjectivity [tese]. Makhanda, SA: Rhodes University; 2002.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.3657/1989, Paulo Delgado (PT-MG). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: https://www.camara.leg.br.

Brasil. Leis etc. Lei n.10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2001 09 de abr; Seção 1:2.

Brasil. Leis etc. Lei n.12842 de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2013 11 jul; Seção 1:1,6.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n.2391 de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216 de 6 de abril de 2002. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2002 27 dez; Seção 1:349.

Bruyne P, Herman J, Schoutheete M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 1992;85:1-5.

Buchanan A, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990.

Buchanan A, Grounds A. Forensic psychiatry and public protection. Brit J Psychiat. 2011;198:420–3.

Buchanan A. Georges Canguilhem and the diagnosis of personality disorder. J Am Acad Psychiatry Law. 2007;35:148–51.

Busatto Filho G. Introdução: a psiquiatria como especialidade médica. In: Busatto Filho G. Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

Calil CA. Aí vem o Febrônio! Teresa: Revista de Literatura Brasileira. 2015;15:101-16.

Camargo Jr KR. A biomedicina. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2005; 15(Suplemento):177-201.

Canguilhem G. Estudos de história e de filosofia das ciências concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.

Canguilhem G. Ideología e racionalidade em la historia de las ciencias de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 6a ed. Revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.

Caponi S. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. Scientiae Studia. 2011; 9(1):29-50.

Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.

Castellana GB, Barros DM. Transtornos da personalidade: história do diagnóstico. In: Mota A, Marinho MGSMC, organizadores. História da psiquiatria: ciências, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: FMUSP, Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo/ UFABC, Universidade Federal do ABCD/ Casa de Soluções; 2012.

Castellana GB, Carvalho VB, Barros DM. Psicopatologia forense. In: Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. Barros DM; Castellana GB, organizadores. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

Christensen RC. Involuntary psychiatric hospitalization and risk management: the ethical considerations. Jefferson Journal of Psychiatry. 1993;11(2):42-7.

Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1978.

Clotet, J. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

Coelho Júnior N, Salem P, Klautau P, organizadores. Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Editora Escuta; 2012.

Comte-Sponville A, Ferry L. A sabedoria dos modernos: dez questões para o nosso temp. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013. Publicado no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171.

Coryell W, Wetzel WD. Attitudes toward issues in psychiatry among third-year: residents: a brief survey. Am J Psychiatry. 1978; 135(6):732-5.

Cosgrove L, Bursztajn HJ, Krimsky S, Anaya M, Walker J. Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association’s Clinical Practice Guidelines. Psychother Psychosom. 2009; 78:228-32.

Costa e Silva JA. A doença e o doente mental: os limites da psiquiatria. Rio de Janeiro: Edições Achiame; 1979.

Costa JF. As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia. In: Zorzanelli R, Bezerra Jr B, Costa JF. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de janeiro: Editora Garamond; 2014.

Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

Costa JH. Max Weber e a objetividade do conhecimento nas ciências da cultura: um breve guia para o texto A 'Objetividade' do Conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política (1904). Revista Espaço Acadêmico. 2011; 10(120):175-85.

Craddock N, Mynors-Vallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. Brit J Psychiat. 2014;204:93–5.

Cunha MCP. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de janeiro: Paz e Terra; 1986.

Cyrino, AP, Schraiber LB, Teixeira RR. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao "empoderamento". Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009; 13 (30); p.93-106.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Dias IM. História da psiquiatria no estado de São Paulo (sob o signo da exclusão) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1985.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1979.

Dunker CIL. A Neurose como Encruzilhada Narrativa: Psicopatologia Psicanalítica e Diagnóstica Psiquiátrica. In: Zorzanelli R, Bezerra Jr B, Costa JF. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2014.

Durand G. Introdução geral à bioética. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Eastman N, Starling B. Mental disorder ethics: theory and empirical investigation. J Med Ethics. 2006;32:94–9.

Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. Tradução de Paulo César Geraldes, Ulysses Vianna Filho. 5a ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1981.

Eysenck MW, Keane MT. Manual de psicologia cognitiva. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Fausto B. O crime do restaurante chinês: carnaval, futebol e justiça na São Paulo dos anos 30. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.

Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives General Psychiatry. 1972;26(1):57-63.

Figueiredo AC, Tenorio F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2002; 1:29-43.

Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. Rev Bioét (impr.). 2011;19(2):343–58.

Figueiredo LC, Coelho Júnior N. Ética e técnica em psicanálise. 2ª ed. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

Figueiredo LC, Coelho Júnior. NE. Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em Psicanálise. São Paulo: Blucher; 2018.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Foucault M. História da loucura. 9a ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.

Foucault M. O nascimento da clínica. 7a ed. São Paulo: Forense Universitária; 2011.

Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2006.

Franco FLFN. Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. Primeiros Escritos. 2009;1(1):87-95.

Freitag B. Itinerários de Antígona: a questão da moralidade. Campinas, SP: Papirus; 1992.

Freud S. Obras completas (1893-1899). 3v. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freyre G. Sociologia da Medicina. São Paulo: Editora É realizações; 2009.

Fuchs T. Para uma psiquiatria fenomenológica: ensaios e conferencias sobre as bases antropológicas da doença psíquica, memória corporal e si mesmo ecológico. Rio de Janeiro: Via Verita; 2018.

Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G, Thornton T. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? Forum: facts and values in psychiatric diagnosis. World Psychiatry. 2005;4(2):78-86.

Fulford KWM, Christodoulou GN, Stein DJ. Values and ethics: perspectives on psychiatry for the person. The International Journal of Person Centered Medicine. 2011; 1(1):131-3.

Fulford KWM, Handa A. Prática baseada em valores em cuidados clínicos: um modelo de treinamento. Traduzido por Carolina Ribeiro Colombo. Oxford: Centro Colaborador para a Prática Baseada em Valores em Saúde e Assistência Social. No prelo.

Fulford KWM. Facts/Values: Ten principles of Values-Based Medicine. In: Radden J. The Philosophy of Psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Fulford KWM. What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse. Journal of Medical Ethics. 2001;27(2): 80-5.

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Gadamer HG. O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da Medicina. Lisboa: Edições 70; 2009.

Garcia FV. Canguilhem y la crítica de las disciplinas "psi". In: López RR, editor. Contrapsicología: de las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura. Madrid: Dado Ediciones; 2016.

Gert B, Culver CM. Defining mental disorder. In: Radden J. The Philosophy of Psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Giordano Jr. S. A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

Gonçalves AMN, Dantas CR, Banzato CEM. Values and DSM-5: looking at the debate on attenuated psychosis syndrome. BMC Medical Ethics. 2016;17(7).

Good BJ. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1994.

Gowans MC, Wright BJ, Brenneis FR, Scott IM. Which students will choose a career in psychiatry? The Canadian Journal of Psychiatry. 2011;56(10):605-13.

Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola; 2010.

Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patient's capacities to make treatment decisions. Psychiatric services. 1997; 48:1415-9.

Gubert PG. A pequena ética de Paul Ricoeur. Impulso, Piracicaba. 2014; 24(59), 81-91.

Guimarães-Fernandes F, Castellana GB. O que é transtorno mental? Conceitos fundamentais sobre o diagnóstico em psiquiatria. In: Humes EC, Cardoso F, Guimarães-Fernandes F, Miguel EC, Hortênsio LO. Clínica psiquiátrica: guia prático. São Paulo: Manole; 2019.

Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: complementos y estúdios prévios. Madrid: Cátedra, 1989.

Hipócrates. Sobre o riso e a loucura. São Paulo: Hedra, 2011.

Husserl E. Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia. Tradução de Márcio Suzuki. Aparecida, SP: Idéias & Letras; 2006.

Illich I. The medicalization of life. Journal of Medical Ethics. I975; I:73-77.

Ionescu S. Quatorze abordagens de Psicopatologia. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

Jaspers K. O médico na era da técnica. Lisboa: Edições 70; 1998.

Jaspers K. Psicopatologia geral. 7a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.

Kahneman D. Rápido e devagar: duas formas de pensar. Cássio Arantes de Leite. São Paulo: Editora Objetiva, 2012.

Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JRM, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of american and british psychiatrists. Arch Gen Psych. 1971; 25(2):123-30.

Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. Brit J Psychiat. 1975;127:305-15.

Kendler KS, Zachar P. The incredible insecurity of Psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J. Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology and nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.

Kendler KS. A psychiatric dialogue on the mind-body problem. Am J Psychiatry. 2001; 158:989–1000.

Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47(10):969-73.

Kim SYH. Varieties of decisional incapacity: theory and practice. Brit J Psychiat. 2013;203:403–5.

Klein G. The power of intuition: how to use your gut feelings to make better decisions at Work. Ed Crown Business, 2007.

Klerman GL, Sharaf MR, Holzman M, Levinson DJ. Sociopsychological characteristics of resident psychiatrists and their use of drug therapy. Am J Psychiatry. 1960; 117(2):111-7.

Kraus A. How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: Fulford B; Morris K; Sadler J; Stanghellini G, editores. Nature and narrative. New York: Oxford University Press; 2003. p. 199-215.

Kraus A. Phenomenological and Criteriological Diagnosis: Different or Complementary? In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA. Philosophical perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1994.

Kurcgant D. Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

La Taille Y. Moral e ética: uma leitura psicológica. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010; 26(especial):105-14.

La Taille, Y. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Lampe L, Fritz K, Boyce P, Starcevic V, Brakoulias V, Walter G, et al. Psychiatrists and GPs: diagnostic decision making, personality profiles and attitudes toward depression and anxiety. Australasian Psychiatry. 2013;21(3):231-7.

Lanteri-Laura G. Leitura das perversões: história de sua apropriação médica. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.

Lanteri-Laura. Fenomenologia e crítica dos fundamentos da psiquiatria. Análise Psicológica. 1983;4(3):555-64.

Lebowitz MS, Appelbaum PS. Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. Annu Rev Clin Psychol. 2019;15:555-77.

Liboni M. A estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Lima M, Costa JA, Figueiredo WS, Schraiber LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de AIDS. Revista de Saúde Pública. 2007; 41(supl.2):6-13.

Lima MA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Ética e Psiquiatria. 2a ed. São Paulo: CREMESP; 2007.

Lombroso C. O homem delinquente. São Paulo: Ícone; 2007.

Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campos; 1988.

Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Maldonato M. Na hora da decisão: somos sujeitos conscientes ou máquinas biológicas? Tradução de Roberta Barni. São Paulo: Edições SESC, 2017.

Malhi GS, Coulston CM, Parker GB, Cashman E, Walter G, Lampe LA, et al. Who picks psychiatry? Perceptions, preferences and personality of medical students. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2011;45:861-70.

Malloy-Diniz LF, Kluwe-Schiavon B, Grassi-Oliveira R. Julgamento e tomada de decisão. São Paulo: Pearson Clinical Brasil; 2018.

Mandarelli G, Carabellese F, Parmigiani G, Bernardini F. Treatment decision-making capacity in non- consensual psychiatric treatment: a multicentre study. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018;27(5):492-499.

Martean L, Evans C. Prescribing for personality disorder: qualitative study of interviews with general and forensic consultant psychiatrists. Psychiatric Bulletin. 2014;38:116-21.

Matthews E. Autonomy and the psychiatric patient. Journal of Applied Philosophy. 2000; 17(1):59-70.

Matthews E. How can a mind be sick? In: Nature and narrative: an introduction to the philosophy of psychiatry. Fulford KWM, Morris K, Sadler J, Stanghellini G. Oxford: Oxford University Press; 2013.

Messas GP, Fulford KWM, Stanghellini G. The contribution of human sciences to the challenges of contemporary psychiatry. Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(4): 229-31.

Messas GP. A phenomenological contribution to the approach of biological psychiatry. Journal of Phenomenological Psychology. 2010;41:180–200.

Messas GP. Psicopatologia fenomenológica contemporânea. São Paulo: Roca; 2008.

Messas, GP. O sentido da fenomenologia na psicopatologia geral de Karl Jaspers. Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. 2014; 3(1):23-47.

Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Publica. 1993; 9(3):239-62.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciencia e Saúde Coletiva. 2012;17(3):621-6.

Mishara AL, Schwartz MA. Conceptual analysis of psychiatric approaches: phenomenology, psychopathology, and classification. Curr Opin Psychiatry. 1995; 8:312-316.

Molewijk B, Kleinlugtenbelt D, Widdershoven G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. Bioethics. 2011; 25(7):383–93.

Mota A, Schraiber LB. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(4):1085-94.

Neves AC. A construção do corpo psiquiátrico. In: Mota A, Marinho MGSM. História da Psiquiatria: ciências, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. Coleção Medicina, saúde e história, vol II. São Paulo: USP, Universidade de São Paulo/ UFABC, Universidade Federal do ABC/ Casa de Soluções e Editora; 2012.

Nora CRD, ELCP Zoboli, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bioét. [impr.]. 2015; 23(1):114-23.

Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Owen GS et al. Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study. Br J Psychiatry. 2013;203(6):461–7.

Pacheco MVPC. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. Rev Latinoam Psicop Fund. 2003; 1(2):152-7.

Pearce S, Pickard H. The moral content of psychiatric treatment. Brit J Psychiat. 2009; 195: 281–282.

Pereira L. Paul Ricœur, o caminho da sabedoria prática. Revista Diacrítica. 2012; 26(2):470-89.

Pereira LMF. Reformas da ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX [tese]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 1995.

Pereira MEC. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2014;24(4):1035-52.

Pereira, MEC. Morel e a questão da degenerescência. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2008;11(3):490-6.

Peres MFT. Manicômio judiciário da Bahia: da constituição a pré-reforma psiquiátrica. In: Mota A, Marinho MGSM. História da Psiquiatria: ciências, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. Coleção Medicina, saúde e história, vol II. São Paulo: USP, Universidade de São Paulo/ UFABC, Universidade Federal do ABC/ Casa de Soluções e Editora; 2012.

Pessoa Jr OF. Livre-arbítrio e Direito. In: Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. Barros DM, Castellana GB, organizadores. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

Pessotti I. A loucura e as épocas. Santo André, SP: Esetec Editores Associados; 2012.

Pinel P. Tratado médico-filosófico da alienação mental ou a mania. Porto Alegre: UFRGS; 2007.

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(12):4579-89.

Porter R. Madness: a brief history. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Pouncey C. Why does psychiatry need to define “mental disorder”? Rev Latinoam Psicopat Fund.2004; 8(3):102-12.

Professional Staff of the United States - United Kingdom Cross-National Project. The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. Schizophrenia Bulletin. 1974;(11):80-102.

Queiroz MIP. Relatos orais: do indizível ao dizível. Ciência e Cultura. 1987;39(3): 272-86.

Radden J, Sadler JZ. The virtuous psychiatrist: character ethics in psychiatric. Oxford: Oxford University Press; 2010.

Radden J. Psychiatric ethics. Bioethics. 2002; 16 (5).

Rebelo F. Da teoria da degeneração de Morel à classificação das doenças mentais de Kraepelin. História, Ciências, Saúde (Manguinhos, Rio de Janeiro). 2013; 20(4):1756-60.

Reynolds EW, Wilson JVK. Neurology and psychiatry in Babylon. Brain 2014;137: 2611–9.

Ribeiro JM. Técnica médica e singularidades. In: Vaitsman J, Girardi S, organizadores. A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Ricoeur P. Leituras 1: em torno ao político. São Paulo: Edições Loyola; 1995.

Ricoeur P. O si-mesmo como um outro. Campinas, SP: Papirus; 1991.

Rios IC. Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Rocha Neto HG, Messas GP. O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso. Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. 2016;5(1):22-40.

Rodrigues ACT. Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2005; 8(4):754-68.

Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. Current Opinion in Critical Care. 2008; 14:708–13.

Rosa CAP. Considerações sobre internação compulsória em psiquiatria. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 3ed. São Paulo: Cremesp; 2011.

Roussillon R. Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia. São Paulo: Blucher; 2019.

Russo J. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: Russo J, Silva Filho JF. Duzentos anos de psiquiatria, organizadores. Rio de Janeiro: Relume Dumara / UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Sadler JZ. Diagnosis/Antidiagnosis. In: Radden J. The Philosophy of Psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Sadler JZ. Epistemic Value Commitments in the Debate over Categorical vs. Dimensional Personality Diagnosis. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 1996; 3 (3).

Sadler JZ. Recognizing values: a descriptive-causal method for medical/scientific discourses. The Journal of Medicine and Philosophy. 1997;22:541-65.

Sadler JZ. Values and Psychiatric Diagnosis. New York: Oxford University Press, 2005.

Safatle V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. Revista Scientiæ Studia. 2011;9(1):11-27.

Sattar SP, Pinals DA, Din AU, Appelbaum PS. To commit or not to commit: the psychiatry resident as a variable in involuntary commitment decisions. Academic Psychiatry. 2006;30:191–5.

Saurí J. O que é diagnosticar em psiquiatria. São Paulo: Editora Escuta; 2001.

Schackle EM. Psychiatric diagnosis as an ethical problem. Journal of Medical Ethics. 1985;11:132-4.

Schraiber L, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(5):1467-1473.

Schraiber LB, d' Oliveira AFPL; Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública. 2009;25(supl.2):s205-s216.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2003; 6(10):41-54.

Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In. Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 1996;(12):45-50.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 1997;1:123-40.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev Saúde Pública. 1995; 29(1):63-74.

Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP. 2001;(51):104-13.

Schraiber, LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações, educação e prática médica na ordem social capitalista. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1989.

Schwartz MA, Wiggins OP. Phenomenological and hermeneutic models: understanding and interpretation in psychiatry. In: Radden J. The philosophy of psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Schwartz, MA. Wiggins, OP. Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification. Comprehensive Psychiatry. 1987; 28(4):277-91.

Schwartz, MA. Wiggins, OP. Typifications: the first step for clinical diagnosis in psychiatry. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1987;175:65-77.

Seixas A, Rigonatti S. História da psiquiatria forense. In: Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. Barros DM, Castellana GB, organizadores. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

Serpa Júnior OD. A tranquilidade do boi no pasto: o desafio ético-teórico da psiquiatria para o século XXI. Cadernos IPUB. 2002;8(21):11-31.

Serpa Júnior OD. Including subjectivity in the teaching of psychopathology. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 2007;11(22):207-22.

Serpa Júnior OD. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de “o normal e o patológico” de Georges Canguilhem. Psicol Clín. 2003;15(1):121-35.

Serpa Júnior OD. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. Psicopatologia hoje. In: Silva Filho JF. Psicopatologia hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2007.

Serpa Júnior, OD. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Setton MGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação. 2002; 20:60-70.

Shorter E. History of psychiatry. Curr Opin Psychiatry. 2008; 21(6):593–7.

Sierles F. Medical school factors and career choice of psychiatry. Am J Psychiatry. 1982;139(8):1040-2.

Silva FL, Ética e saúde na pós modernidade. In: Segre M. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

Silva FL. Da ética filosófica à ética em saúde. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

Singh A, Singh S. Resolution of the Polarisation of Ideologies and Approaches in Psychiatry. Mens Sana Monographs. 2004 Nov-Dec; 2(2): 5–32.

Stanghellini G, Broome MR. Psychopathology as the basic science of psychiatry. Brit J Psychiat. 2014; 205:169–70.

Starr P. La transformacion social de la medicina en los Estados Unidos de America. Mexico: Biblioteca de la Salud/ Secretaria de Salud/ Fondo de Cultura Economica; 1991.

Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. Psychiatr Serv Wash. 2017;68(3):291–4.

Stilwell NA, Wallick MM, Thal SE, Burleson JA. Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question. Teach Learn Med. 2000;12(1):14-20.

Sullivan HS. A entrevista psiquiátrica. Tradução de Maria A. V. Cunha. Rio de Janeiro: Editora Interciência; 1983.

Svenaeus F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis. Theoretical Medicine. 2003; 24:407–31.

Szasz TS. The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York: Hoeber-Harper; 1961.

Szmukler G, Rose N. Risk Assessment in mental health care: values and costs. Behav Sci Law. 2013;31:125–40.

Tamelini MG, Messas GP. Phenomenological psychopathology in contemporary psychiatry: interfaces and perspectives. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2017; 20(1):165-80.

Tatossian A. A fenomenologia das psicoses. São Paulo: Editora Escuta; 2006.

Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. RAP. 2006;40(1):27-55.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 6a ed. Petropolis, RJ: Editora Vozes; 2013.

Turner B. Medical power and social knowledge. 2nd ed. London: Sage Publications; 1995.

Urquiza LMFP. Um tratamento para a loucura: contribuição ã história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1991.

Vaidya NA, Sierles FS, Raida MD, Fakhoury FJ, Przybeck TR, Cloninger CR. Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger Inventory. Teach Learn Med. 2004;16(2):150-6.

Varga S. Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach. philosophy, ethics, and humanities in medicine. 2011;6:1.

Vazquez AS. Ética. 34a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

Velho, G. Observando o familiar. In: Nunes EO, organizador. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 36-47.

Venâncio ATA. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. História, Ciências, Saúde (Manguinhos). 2003; 10(3):883-900.

Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry. 2007;6:149-56.

Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. American Psychologist. 1992;47(3):373-88.

Weber, M. Metodologia das Ciências Sociais. Tradução de Augustin Wernet. 4. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Unicamp, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 107-154.

Wickremsinhe MN. Emergency involuntary treatment law for people with mental disorders: A comparative analysis of legislation in LMICs. Int J Law Psychiatry. 2018;56:1–9.

Wistrich AJ, Rachlinski JJ, Guthrie C. Heart Versus Head: Do Judges Follow the Law or Follow Their Feelings? Texas Law Review; 2015;93:855.

Woodbridge-Dodd K, Fulford KWM. Valores de quem? Manual para prática baseada em valores em saúde mental. Tradução de Arthur Maciel Nunes Gonçalves. London: The Sainsbury Centre for Mental Health; 2004.

Yokaichiya CM, Figueiredo WS, Schraiber LB. Usuários de drogas injetáveis e terapia anti-retroviral: percepções das equipes de farmácia Rev Saúde Pública 2007;41(supl. 2):14-21.

Zachar P and Kendler KS. The removal of Pluto from the class of planets and homossexuality from the class of psychiatric disorder: a comparison. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2012;7:4.

Zachar P. Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2000; 7(3):167-82.

Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Rev. Bioét. (impr.). 2013; 21(3):389-96.

Zoboli ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Rev Bioethikus. 2012;6:49–57.

Zorzanelli R, Dalgalarrondo P, Banzato CEM Realismo e pragmatismo em psiquiatria: um debate. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2016;19(3):527-43.

Zorzanelli R, Dalgalarrondo P, Banzato CEM. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2014;17(2):328-41.

Anexo I

Case Studies

CLINICAL ETHICS

Clinical Ethics
2019, Vol. 14(1) 42–45
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1477750919836648
journals.sagepub.com/home/cet
SAGE

"I would prefer not to": Assessing competence to consent in a case of refusal of cancer treatment

Gustavo B Castellana, Lilia B Schraiber, Talita R de Oliveira and Daniel M de Barros

Abstract

Background: Based on an actual case in which a psychiatrist was called in to assess a patient's capacity to refuse treatment, the aim of this study is to discuss how to manage this ethical and clinical issue and the dilemmas faced by the medical team.

Case presentation: The case involved a 45-year-old female patient diagnosed with breast cancer who refused treatment. Since the mastology team had doubts about the patient's mental state and given that she refused to consent to surgery, a forensic psychiatric consult was requested.

Conclusion: The forensic psychiatry team concluded that the patient's decision-making capacity was preserved. The team suggested some actions to help the specialists deal with the ethical conflict. A reflection is proposed about the role of psychiatrists when an ethical dilemma involving decision-making capacity emerges in clinical situations, elucidating their work not only as physicians who determine diagnoses and conducts, but also as agents of transformation in the doctor–patient relationship.

Keywords

Autonomy, cancer, decision-making capacity, forensic psychiatry

Introduction

Since Beauchamp and Childress[1] postulated the principles of bioethics, much has been discussed about situations that characterize ethical dilemmas of higher grandeur: questions about the beginning and the end of life, assisted reproduction and breach of confidentiality, and others. These issues are of the utmost relevance and illustrate situations which can be classified as limit situations. However, these are very particular situations and do not represent what is most commonly faced in the profession, in everyday bioethics.[2]

When the clinical act involves conflicts between opposing conducts in professional duties, dilemmas emerge. These, as a rule, involve ethical issues concerning treatment decisions following diagnosis. Such conflicts tend to involve either the difficulty to view the disease in that particular case, which requires judgment adaptations from the physician, or difficulties to deal with the patient's claims or diagnostic findings. Further, after the diagnosis phase, conflicts such as these emerge during the course of treatment when the case does not evolve as expected. In other words, situations in which the particulars of the case do not fit the scientific rationale underlying the clinical judgment and decision, which is accepted and valued by the professional.

In his study about the medical profession, a current North American classic in medical sociology and an essential reference for any investigation into the profession, Elliot Freidson[3] characterizes contemporary medicine as the exercise of "difficult judgment" in clinical diagnosis and "risky decisions" in therapeutic interventions and effects thereof. For this reason, the practice of medicine is seen as the critical competence to exercise sound judgment and to make good

Faculty of Medicine, University of São Paulo, Brazil

Corresponding author:
Gustavo B Castellana, Faculty of Medicine, University of São Paulo, Rua Ovidio Pires de Campos 785 CEP 05403-010. São Paulo-SP. Brazil.
Email: gbcastellana@yahoo.com.br

decisions, which requires a lengthy process of qualification and, in particular, a strict code of ethics.

Psychiatry is the area of medicine in which these possibilities intensify and become more evident, representing emblematic situations for the professional's ethical conduct. In this context, the aim of this article is also to examine the psychiatrist's peculiar position in these situations. Due to the requirements of the specialty, psychiatrists are frequently faced with very hard decisions in their clinical practice. After all, when the diagnosis is incapacity of judgment, the result may be legal interdiction or compulsory intervention.[4]

For this reason, psychiatrists are usually more familiar with the emergence of such conflicts and dilemmas and with how to address them. Additionally, either due to this kind of professional experience or to the knowledge about mental suffering in general,[5] psychiatrists can act as advisors in clinical decision-making processes, supporting other professionals in situations of this nature, such as in consults requested by other physicians facing ethical dilemmas.

Case presentation

To exemplify an ethical dilemma, we will present a clinical situation within our institution involving decision-making capacity.

The case involved a 45-year-old female patient with no children, who worked as a house maid. She lived with her father and a brother, who suffered from schizophrenia, having lost her mother many years earlier.

Diagnosed with breast cancer at a primary care facility, the recommendation was immediate surgery.

Probably fearing the surgery and its mutilating effect, the patient abandoned treatment and did not return for consults. After a year, she returned to that primary care center because of a headache and was redirected to the oncological hospital, where she accepted clinical treatment, but refused to consent to surgery, which was mandatory in the opinion of the oncology team.

When asked about her fears and preoccupations about surgery, she laconically repeated "*I would prefer not to*," despite the team's forceful arguments, emulating *Bartleby*, the classic character of Herman Melville's "*Bartleby, the Scrivener: A Story of Wall Street*," who showed insubordination to his superior on the same terms.

An ethical conflict emerged when her doctors showed disagreement about the conduct: while the mastology team defended surgery without her consent, the oncological team refused this option and suggested a psychiatric consult. The psychiatric assessment also concluded that the patient was not competent to decide due to psychosis and should be submitted to surgery involuntarily, since she did not have any family support. In spite of that, the teams decided to refer the case to the forensic psychiatry team, which is specialized in evaluating decision-making capacity at our hospital.

The forensic psychiatry team evaluated the patient and discussed the case with all the professionals involved, concluding that the patient's behavior was consistent with an emotional reaction of stress associated to the diagnosis of a serious medical condition, according to ICD.[6] The possibility of undergoing mutilation, which affects a woman's self-esteem and sexuality, did not fully compromise her capacity of discernment in the situation presented and the psychotic symptoms mentioned were in fact dissociative symptoms.

This represented a diagnostic conflict between the medical teams, which could lead to extreme and polarized courses of action.[7–9] In an effort to prevent that, the forensic psychiatry team offered the following recommendations:

- To ensure that the patient would continue receiving psychiatric treatment even if her decision was not to undergo surgery;
- To assure the patient that the decision would be entirely her own and would be respected by the medical team, and that all measures would be taken for her to make the best choice possible, including the visit of her church minister if that was her wish;
- To agree a time limit with the patient for her decision, after which she would be discharged from hospital, given the high costs of hospitalization and its iatrogenic effects in this case;
- To continue presurgery procedures in the hospitalization period with the help of the mastology team, as a means of expediting intervention, in case the patient opted for surgical treatment.

Discussion

The diagnostic process moves from particular cases and patients, to the generality of "this or that disease," i.e. part of a group of cases which, as a generic condition, removes specificities and individual idiosyncrasies, corrupting a traditional premise of the Clinic, according to which "each case is one case."[10] In the treatment, the professional will definitely have to reconsider the specificities of the case and take on board its contingencies. Failing to do that, the medical professional will put at risk both the patient's adherence to the treatment and the chances of therapeutic success. As stated by Freidson, sociologically, medicine affirms itself as a profession because of its "pragmatism," which makes medical professionals feel *compelled to do* something.[11]

The case presented illustrates that ethical conflicts in Psychiatry have even more complex contours than in

other areas of Medicine, frequently putting the psychiatrist in situations that require several competences to reach a conclusion. And this because, in Psychiatry, the idiosyncrasies derive from three main factors: a higher degree of *subjectivity* in the diagnosis, intense interface with the *values of society*, and the fact that the patient's *autonomy* can always be questioned.[12]

First of all, the psychiatric diagnosis is more subjective because it follows symptomatological criteria which, strictly speaking, do not constitute a disease, but rather a disorder. The complexity of symptoms and the etiological multicausality of mental disorders also limit the role of supplementary tests in the psychiatric clinic. While other specialties increasingly rely on technology to base their diagnosis, in Psychiatry this is not the rule, and neuroimaging and other exams are used essentially to rule out organic etiology.[13,14]

Accordingly, the diagnosis and conducts depend essentially on clinical evaluation and mental examination, which, in turn, vary not only according to the competence and experience of each professional (which is also the case in other medical specialties), but also the theoretical framework adopted by each psychiatrist. It is frequent to observe that, in the same case, psychiatrists with a psychodynamic orientation disagree with those with a biological-organicist orientation.[15]

In the case presented, this was exemplified in the divergence between the opinion of the first psychiatric evaluation, which suggested involuntary procedure because she was not competent to decide, and the second evaluation, made by the forensic psychiatrist, which suggested that the mastology team should respect her will because she was competent to decide. It is important to note that these evaluations were conducted by psychiatrists who worked in the same university, ruling out conduct differences based on their formative qualities, but rather on different approaches to the same situation.

Second, decisions made by psychiatrists have a more radical interface with *society* than other areas of Medicine,[16] especially when we consider the consequences of some decisions. Because they directly influence an individual's way of being and freedom to act, mental disorders and their treatment invariably have more dramatic implications for life in society. A psychotic presentation with homicidal ideations or a paraphilic disorder, for example puts the persons close to that individual at risk and society in alert, and creates the expectation that psychiatrists can help protect them.[17] Less serious presentations also have an impact in other areas: depression and alcoholism, for instance are among the main causes of absenteeism at work, interfering in productivity and the economy.[18]

The patient described in this study is an iconic example of the implications of the importance of psychiatric assessments: on the one hand, a negative decision-making competence could induce the mastology team to adopt a patronizing attitude and decide, against the patient's will, to perform the surgery; on the other hand, a positive decision-making capacity could voice the patient's desire not to undergo surgery, respecting her choice despite its obvious implications for her life. The psychiatrist's opinion will determine the conduct of the medical colleagues, and this underscores the increased level of care that psychiatrists should employ.

The third aspect that makes Psychiatry a singular specialty within Medicine relates to the psychiatric patient's *autonomy*. It is clear that loss of autonomy is not the rule, but rather the exception, even in the most severe mental disorders. However, upon determination of the diagnostic, the psychiatrist will invariably be questioned, by the patient or their relatives, about the capacity of autonomy in the decisions that must be made for the best course of treatment.

The conducts proposed by the specialized team took into consideration the particular aspects of ethical dilemmas in cases that involve a diagnosis of mental health. With that, it was possible to support the colleagues in a decision that would, at the same time, ensure the patient's autonomy and the continuity of the search for the best treatment of the disease and mental suffering associated with it.

In this particular case, a forensic psychiatry team, which is specialized in evaluating decision-making capacity, was involved in evaluating the patient's mental capacity. However, often times it is not possible to have a specific team on board. In these cases, the clinician should not only address doubts about the patient's decision-making capacity but also pursue the adoption of the best decision possible.

Conclusions

In medical courses, the subjective aspects of decision-making processes are often dismissed, as if they were not apt to influence the decisions "objectively" adopted by physicians in complex cases. Moreover, given the difficulty to make decisions in a life-threatening situation, clinicians often feel threatened by society's moral judgment, by the reaction of class associations and by the Justice system, and their decisions can be arbitrarily influenced by this kind of concern. It is also worth noting that, albeit not explored in this article, emotional conflicts experienced by physicians toward their patients are extremely relevant.[19]

The work of a physician is essentially to evaluate the health conditions of patients and decide the best course of action for a particular disease. In this process,

uncertainty about the diagnosis, the doctor–patient opposing values, and even the social conditions of the case can influence the conduct.[20,21]

For this reason, not only forensic psychiatrists, but any physician should be equipped to deal with situations in which the pursuit of an optimum course of action is complex. In this context, professional qualification should include the knowledge and appropriation of systemized ways to deal with conflicts of values, or ethical dilemmas, whenever there is clinical uncertainty.

When called in to respond to an ethical dilemma, psychiatrists should not limit themselves to evaluating a mental disorder or the patient's capacity of autonomy. It is imperative to also consider the personal values and conflicts experienced by physicians, which will provide for a better doctor–patient communication and facilitate the election of the best course of action in each situation.

Authors' contributions

GBC conducted and wrote the revision and the discussion of the literature about ethics. LBS wrote the paragraphs about the medical profession in the introduction. TRO wrote the case presentation. DMB wrote the conclusions.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethics approval and consent to participate

This article is part of the first author's PhD, whose project was approved by the Research Ethics Committee of the School of Medicine of the University of São Paulo, approved on 12 February 2016 (register number 14515).

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Gustavo B Castellana http://orcid.org/0000-0001-5179-5198

References

1. Beauchamp TL and Childress JF. *Princípios de Ética Biomedical*. 3rd ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.
2. Berlinguer G. *Questões de Vida (Ética, Ciência, Saúde)*. São Paulo: APCE Hucitec Cebes, 1993.
3. Freidson E. *Profissão Médica: Um Estudo de Sociologia do Conhecimento Aplicado*. São Paulo: Editoras UNESP e Sindicato dos Médicos, 2009.
4. Thompson IE. Teaching of psychiatric ethics. *Br J Psychiatry*. 1980; 137: 302.
5. Buchanan A and Grounds A. Forensic psychiatry and public protection. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 420–423.
6. Nasrallah HA. Does psychiatric practice make us wise? *Curr Psychiatry* 2009; 8(10): 12–14.
7. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research – Tenth Revision*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.
8. Gracia D. *Pensar a Bioética: Metas e Desafios*. São Paulo: Ed Loyola, 2010.
9. Lepping P and Raveesh BN. Overvaluing autonomous decision-making. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 1–2.
10. Zoboli ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Rev Bioethikus* 2012; 6: 49–57.
11. Schraiber LB. *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*. São Paulo: Ed. Hucitec,1993.
12. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 1997; 1: 57–64.
13. Armontrout J, Gitlin D and Gutheil T. Do consultation psychiatrists, forensic psychiatrists, psychiatry trainees, and health care lawyers differ in opinion on gray area decision-making capacity cases? A vignette-based survey. *Psychosomatics*. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1016/j.psym.2016.04.002
14. Aboraya A, France C, Young J, et al. The validity of psychiatric diagnosis revisited: the clinician's guide to improve the validity of psychiatric diagnosis. *Psychiatry* 2005; 2: 48–55.
15. Aboraya A, Rankin E, France C, et al. The reliability of psychiatric diagnosis revisited: the clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry* 2006; 3: 41–50.
16. Seyfried L, Ryan KA and Kim SY. Assessment of decision-making capacity: views and experiences of consultation psychiatrists. *Psychosomatics* 2013; 54: 115–123.
17. Barros DM. Psiquiatria e sociedade. In: DM Barros and Castellana GB (eds) *Psiquiatria Forense: Interfaces Éticas, Clínicas e Jurídicas*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2015, pp.3–7.
18. Bhugra B. Renewing psychiatry's contract with society. *Psychiatr Bull* 2008; 32: 281–283.
19. Callahan S. The role of emotion in ethical decision making. *Hastings Center Rep* 1998; 18: 9–14.
20. Kessler RC, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18: 23–33.
21. Owen GS, et al. Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 461–467.

Anexo II

Involuntary commitment decisions in Brazil: elucidating misunderstadings about reasons and justification[1]

Gustavo Bonini Castellana (1, 2)
Lilia Blima Shraiber (2)
Thiago Fernando da Silva (1)
Daniel Martins de Barros (1)

1 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto de Psiquiatria. São Paulo, Brazil
2- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, Brazil

Corresponding author: Gustavo Bonini Castellana
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 1º andar, Ala Sul – Nufor. Cerqueira César 05403-903 – São Paulo, SP. Brazil. Phone: (11) 26617929
gbcastellana@yahoo.com.br

Dear editor,

Any decision to commit a psychiatric patient against his/her will must be based on the concepts and criteria that govern such conduct, in particular, the underlying reasons for such commitment and justification of involuntarity, i.e., why the patient's will cannot be respected (1,2).

In spite of that, given the overlapping complexity of diagnosis, risk

[1] The letter is part of the review performed by the first author at the PhD program at FMUSP, with tutoring of the second author.

assessment and the patient's decision-making capacity, psychiatric literature is sparse about how psychiatrists have been dealing with decision-making criteria in Brazil. It is imperative to elucidate these concepts and any possible misunderstandings, since the decision to whether or not commit a patient involuntarily is one of the acts that involves most responsibility and complexity in a psychiatrist's professional life.

Accordingly, determining whether a patient's condition constitutes sufficient risk that justifies depriving him/her from his/her freedom must be done on a case-by-case basis, taking into consideration not only the formal diagnosis, but also social support, i.e., the emotional conditions of family members to provide homecare, or to support involuntary commitment. This is essential information for the decision-making process, since the involvement of family members in the treatment will greatly contribute to improve the presentation.

It is therefore safe to say that any recommendation of commitment demands from psychiatrists, first and foremost, technical competence to ensure a rigorous assessment of the presentation and severity of a mental disorder. However, the psychiatrist must be capable of considering the patient's and the family's values at the time of such assessment. Only then, will it be possible to consistently determine whether there is the need for that patient's hospitalization, or whether the treatment can be managed in an outpatient setting with additional risk control measures.

Other than assessing life risks, an additional major difficulty is a patient's competence to choose and to be liable for his/her actions, i.e., his/her autonomy under those circumstances, known as justification of involuntary commitment (3).

Absent a mental disorder, or if a mental disorder does not deprive a patient from his/her competence to choose, there is no justification for involuntary

commitment, even though there are sufficient reasons to recommend it. Involuntary commitment should be adopted when, in the judgment of the physician filling out the Consent Form (4), the patient cannot be held liable for his/her actions due to a mental disorder that deprives him/her from such competence. Therefore, when a patient is brought to the psychiatrist by family members because he/she presents behavior that deviates from social norms, but does not constitute a symptom of mental disorder, the psychiatrist should not to perform any action that is against the patient's will (5).

Additionally to being required for a decision-making that is scientifically grounded and ethically-legally protected, elucidating these concepts enables a more accurate inclusion of information in the involuntary commitment report, generating relevant data for epidemiologic analyses of the current scenario of involuntary commitments in Brazil. This information is of the utmost importance for the improvement of mental health services, from a technical and ethical point of view, and in accordance with the laws in force.

REFERENCES

1. Brasil. Lei Federal 10.216. Brasília: Diário Oficial da União; 2001 Apr 6 (cited 2019 May 20). Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

2. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2057 de 2013. Brasil: Diário Oficial da União; 2013 Nov 12 (cited 2019 May 20). Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2057_2013.pdf

3. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834–40.

4. Barros DM, Serafim AP. Legal criteria for involuntary hospitalization in Brazil. Arch Clin Psychiatry. 2009;36(4):175–7.

5. Lima MA. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Ética e Psiquiatria. 2a ed. São Paulo: CREMESP, 2007.

Anexo III

Provider Ethics in a Case of Pedophilia: How Forensic Psychiatry Assists Clinical Psychiatry

Thiago Fernando da Silva[1], Gustavo Bonini Castellana[1], Gabriel Engel Becher[2], Waldemar Mendes de Oliveira Junior[2], Daniel Martins de Barros[1]

1 - Department and Institute of Psychiatry, Forensic Psychiatry and Psychology Program, University of São Paulo School of Medicine, São Paulo, Brazil

2 - Department and Institute of Psychiatry, Human Sexuality Study Group (PROSEX), University of São Paulo School of Medicine, São Paulo, Brazil

Dear Editor,

Ethical dilemmas are common in psychiatric practice. The deliberative method, as described by Diego Gracia (1), demonstrates that decisions in complex clinical cases cannot be purely rational insofar as they involve the feelings, values, duties and beliefs of the professionals involved (1). However, they should be sensible and prudent, to find an optimal or less harmful solution. The principles and values involved in each case must be considered, in addition to the circumstances and consequences. In the country's literature, there are few studies that address this topic (2) (3). Through the following clinical vignette, we aim to demonstrate the method.

The patient is a 35-year-old man who sought treatment on a voluntary basis at the outpatient teaching clinic of the Human Sexuality Study Group (PROSEX) of the Institute of Psychiatry of the Medical School of USP. Married, he works directly with vulnerable youths. He sought treatment due to sexual desire for girls between

the ages of 10 and 14, having abused some family members without penetration. He expressed current fantasies about an underaged neighbor. He also expresses violent fantasies, such as the desire to kill and to cause psychological damage. In the outpatient clinic, he was diagnosed with pedophilic disorder (ICD-10 F65.4) and antisocial personality disorder (ICD-10 F60.2), and was prescribed paroxetine and olanzapine. He regularly attends clinical and psychological appointments.

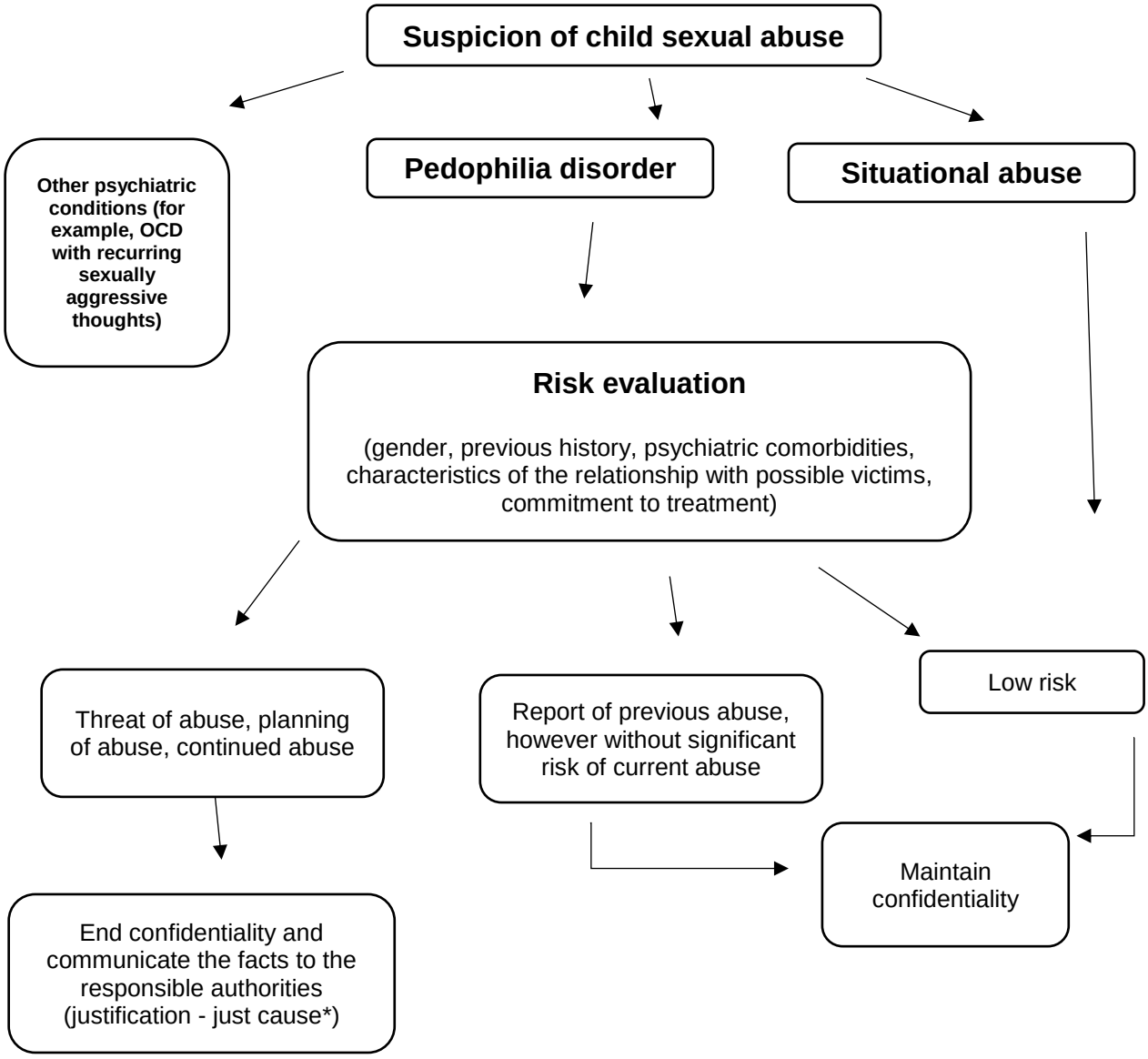
The outpatient team requested an opinion from the Institute's Forensic Psychiatry Center team (NUFOR) about the ethical conflicts involved in maintaining confidentiality. The decision to maintain or break confidentiality in the case of pedophile patients is a recurrent concern in the psychiatric field. In addition to the international literature on the subject (4), at least two medical entities have already spoken on the subject – the Regional Medical Council of SP (5) and Regional Medical Council of Bahia (6), as well as the Bioethics Commission of the Hospital das Clínicas (FMUSP).

Following the presentation of the case by the clinical team, the forensic team approached the case from the deliberative process. The main ethical problem was identified by determining conflicting values (ensuring patient confidentiality vs. the well-being of his potential victims). The extreme courses of action have been identified (maintaining absolute confidentiality or reporting the fact to responsible authorities). The opinions of the Medical Council provided us with ethical-legal elements for the deliberation of the case. We suggest a flowchart for evaluation and conduct in cases of suspected pedophilia.

The individual presented aggressive thoughts, but still in the realm of fantasy, and not in planning, posing no risk of abuse at the moment. In addition his behavior

suggested the intention to shock the interlocutor rather than actually commit the crime. The optimal course of action was defined by the deliberative method: do not break confidentiality in the moment, communicating to the patient that confidentiality may be breached at any time if the team understood it as necessary. The patient agreed and continued to come to the consultations. Finally, there was consistency: the decision was made public in a clinical meeting.

Figure 1. Fluxogram for evaluation and conducts in cases of suspected pedophilia



*The Bioethics Commission of HC-FMUSP understands the justification as a legal duty.

Bibliography

1. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003;6(3):227–33.

2. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Rev Bioét [Internet]. 2013 [cited May 15, 2018];21(3). Available at: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/848

3. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bioét [Internet]. 2015 [cited May 15, 2018];23(1). Available at: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/992

4. Saleh FM, Malin HM. Pedophilia: is there a duty to report? Virtual Mentor VM. 1 October 1, 2013;15(10):834–9.

5. CREMESP - Regional Medical Board of the State of São Paulo [Internet]. [Cited May 16, 2018]. Available at: https://www.cremesp.org.br/index.php?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=6943&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%E3o%20Paulo&numero=51676&situacao=&data=08-05-2007

6. CREMEB WORK COMMISSIONS- 1_2017.pdf [Internet]. [cited May 16, 2018]. Available: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2017/1#search=%22pedofilia%22