

Revista

Associação Médica Fluminense

amf



Ano XXIII – Abril – Julho de 2024
ISSN nº 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br

Foto Praia da Boa Viagem,
autora Dra. Sheila Crespo



INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS: ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS NA PSIQUIATRIA

- **SÍNCOPE NO IDOSO.**
- **UM MÉDICO BRASILEIRO EM PARIS:
Manoel de Abreu, o inventor da abreugrafia.**



Filiada a





REFORMA TRIBUTÁRIA E SEUS REFLEXOS NA ÁREA MÉDICA

A Câmara dos Deputados, em caráter de urgência aprovou o PLC 68/24, de 335 páginas e 511 artigos, enviado ao Senado Federal para sua regulamentação. A reforma tributária entrará em vigor em 2026 até 2032.

O CFM com o apoio da Frente Parlamentar Mista da Medicina, assegurou as empresas médicas de todas as especialidades, uma redução de 60%, sobre a alíquota aproximada pretendida pelo governo de 25%, para os impostos do IVA (IBS e CBS).

Representa um desconto de 15% para o recolhimento do PIS, COFINS e ISS, que atualmente é de 0,65%, 3% e o ISS de acordo com o seu município, como exemplo, Niterói 2% e Rio de Janeiro 5%. Neste caso, ambos os municípios passariam para 10%. As alíquotas do IRPJ e CSLL não sofrerão alterações, assim como as sociedades tributadas pelo Simples Nacional, que continuarão utilizando seus anexos 3 com fator R ou 5, para encontrar a alíquota a ser recolhida em documento único.

A sociedade uniprofissional, que recolhe o ISS através de um valor fixo mensal por sócio, não se tem conhecimento de previsão expressa, dependendo de regulamentação, análise mais aprofundada que serão expedidas.

Empresas médicas, tem obtido na Vara Federal tutela jurisdicional antecipada para recolher o IRPJ com base de presunção de 8% e CSLL de 12%, nos serviços que demandem um custo diferenciado da simples consulta e no hospital mesmo que na sede do terceiro contratante. A alíquota do IRPJ passaria de 4,8% para 1,2% e a CSLL

de 2,88% para 1,08%, isto independentemente da reformatributária.

A sociedade deve estar constituída como sociedade empresarial atendendo as Normas da Anvisa, conforme artigos 15 e 20 Lei 9.249/95 e alteração promovida pela 11.727/2008, o artigo 15, parágrafo 1, III, "a" da Lei 9.249/95, diversas especialidades pudessem ter o direito a alíquota especial. O Supremo firmou entendimento recente, que a Lei deve ser interpretada de forma objetiva (atividade realizada pelo contribuinte) aqueles que se vinculam às atividades desenvolvidas voltadas à promoção da saúde, não necessariamente prestados no interior do estabelecimento hospitalar e capacidade de internação, excluindo-se as simples consultas médicas.

Assim, o entendimento, é pela atividade empresarial desempenhada pela empresa médica e não no âmbito onde é desenvolvido, se possui ou não estrutura hospitalar.

O Grupo Asse pode orientar o médico, caso deseje, analisando sua empresa, o que fazemos por 50 anos, para o melhor planejamento tributário para sua PJ médica e livro caixa na PF.



Baixe um app QR CODE e escaneie esse selo com a câmera de seu celular para nos conhecer melhor

SÃO PAULO

diretoria@asse.com.br
(11) 4502-1370

Av. Jamaris, 100 - Sala 606
Ed. Wall Street
Moema - 04.080-923

RIO DE JANEIRO

diretoria@asse.com.br
(21) 2216-9900

Av. Rio Branco, 45 - Salas 801 e 802
Centro - 20.090-003
Rua Teófilo Otoni, 15 - 12º andar
Centro - 20.090-080
Condomínio Porto Atlântico
Sala 1302 BI B - Centro (Setor Controller e Financeiro)

Caros colegas,

Em agosto, vamos comemorar o aniversário dos 95 anos da nossa AMF que em todo esse tempo vem atuando como local de aprimoramento científico e convívio social da classe médica e seus familiares. Aproveitando o mês de festividades, faremos a entrega das novas instalações ao corpo social, sendo no andar térreo o Salão Dr. Waldenir de Bragança, com os novos espaços gourmet e churrasqueira. Já no segundo andar, implementamos um espaço de suporte às atividades das salas de aulas no intuito de oferecer uma estrutura mais apropriada aos eventos.

Nesta edição, os leitores irão encontrar os artigos científicos, "Internações Involuntárias: Aspectos legais e éticos na Psiquiatria" da Dra. Aline Cruz Inoue e Dr. Ruy Carneiro Cotrim Júnior, e também o artigo da Dra. Nágela Nunes que nos fala sobre a Síncope no idoso e a complexidade em traçar diagnósticos em pacientes com a determinada síndrome. Assuntos estes bastante atuais para conhecimento e discussão.

O artigo do Dr. Pedro Henrique sobre Dr. Manoel de Abreu, o inventor da abreugrafia, nos revela a importância da invenção, na época, para o diagnóstico precoce da tuberculose. Ainda nesta edição, temos a nova fronteira da medicina: sobre a autoridade digital médica - assunto que mostra as vantagens da tecnologia e a prática médica.

Contamos, ainda, com a homenagem feita pelo Acad. Dr. Luiz Augusto, Presidente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ, em memória ao amigo, médico e acadêmico, José Dutra Bayão.

Na coluna "perfil", a entrevistada desta edição foi a Dra Beatriz Rodrigues Abreu da Costa.

Por fim, um artigo sobre a corrida de rua no cenário nacional do Prof. Paulo Rodrigues e a dica literária do Dr Wellington Bruno recomendando o livro da autora Hwang Bo Rwum: "Bem-vindos à livraria Hyunaum -Dong"

Vamos conferir!

Gilberto Garrido Júnior

Presidente da AMF

Artigo Científico	6
INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS: ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS NA PSIQUIATRIA	6
Artigos	16
SÍNCOPE NO IDOSO	16
UM MÉDICO BRASILEIRO EM PARIS: Manoel de Abreu, o inventor da abreugrafia.	18
A NOVA FRONTEIRA DA MEDICINA: Construindo a Autoridade Digital Médica	19
ACAMERJ	
BAYÃO: O HOMEM, O MÉDICO, O AMIGO	20
Perfil: BEATRIZ RODRIGUES ABREU DA COSTA	21
Artigo	21
A CORRIDA DE RUA NO CENÁRIO NACIONAL	21
Livro em Foco: "BEM-VINDOS À LIVRARIA HYUNAM-DONG"	22

Expediente

Associação Médica Fluminense

Avenida Roberto Silveira, 123 - Icaraí
Niterói - RJ - CEP 24230-150
Tel.: (21) 98860-1549 / 2710-1549
E-mail: amf@amf.org.br

Diretoria da Associação Médica Fluminense

Diretoria Executiva

Presidente: Gilberto Garrido Junior

Vice Presidente: Ilza Boeira Fellows

Secretário Geral: Christina Thereza M. Bittar

Primeiro Secretário: José Antonio Caldas Teixeira

Primeiro Tesoureiro: Karin Fernandes Jaegger

Segundo Tesoureiro: Mateus Freitas Teixeira

Diretor Científico: José Luiz Reis Rosati

Diretor Sociocultural: Flávio Augusto V. Nery da Silva

Diretor de Patrimônio: Jorge José Abunahman

Conselho Deliberativo

Membros Natos

Alcir Vicente Visela Chácar

Alkamir Issa

Aloysio Decnop Martins

Benito Petraglia

Glauco Barbieri

Waldenir de Bragança

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Membros Efetivos

Anadeje Maria da Silva Abunahman

Antonio Carlos Accetta

Clovis Abraham Cavalcanti

Eduardo Duarte de Oliveira

Emanuel Decnop Martins Junior

Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança

Heraldo José Victer

Jackson Ferreira Galeno

Jorge Carlos Mostacedo Lascano

Maria da Conceição Farias Stern

Paschoal Balthazar Baltar da Silva

Rodrigo Schwartz Pegado

Valeria Patrocínio Teixeira Vaz

Membros Suplentes

Antonio Orlando Respeita

Cristiano Bandeira de Melo

Enildo Ferreira Feres

José Emídio Ribeiro Elias

José Gonzaga Rossi da Silva

Leonardo Jorge Lage

Marcelo Ribeiro Alves de Faria

Mariana da Silva Abunahman

Mario Roberto Moreira Assad

Mauro Romero Leal Passos

Miguel Luiz Lourenço

Renato de Souza Bravo

Wellington Bruno Santos

Conselho Fiscal

Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

Jose de Moura Nascimento

Luis Fernando Jogaib Mainier

Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Assessora Participativa

Maria Gomes

Comissão Editorial da Revista

Gilberto Garrido Junior

Ilza Boeira Fellows

José Luiz Reis Rosati

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Foto da capa: Entardecer na Praia de Charitas.

Foto: Dr^o. Rosaura Victer

Ano XX - nº 98 - janeiro-março/2024

Produzida por LL Divulgação Editora Cultural Ltda.

Redação e Publicidade

Tel/Fax: (21) 3582-2525

e-mail: lldivulga@gmail.com

Diretor Executivo: Luthero de Azevedo Silva

Diretor de Marketing: Luiz Sergio Alves Galvão

Jornalista Resp.: Raquel Moraes. Reg. Mtb RJ 33.098

Diagramação: Renato Monteiro de Carvalho

Coordenação: Kátia Regina Silva Monteiro

Fotos: Daniel Latham

Supervisão de Circulação: LL Divulgação Editora Cultural Ltda

Tiragem: 5 mil exemplares

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da LL Divulgação e da AMF.

ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

LABORATÓRIO

BITTAR 60

Participando há mais de 40 anos do Programa de Excelência para Laboratórios Médicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (PELM), e também do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ)



Exames rápidos: atendemos demandas de urgência de análises clínicas

Parque Técnico de Análises Clínicas e Biologia Molecular

Governança Clínica Estruturada

Rede extensa de convênios

NITERÓI

- Centro (Matriz) - Rua Dr. Borman, 43, Loja 101 - Centro.
- Av. Roberto Silveira - Avenida Roberto Silveira, 391, Lojas 102 e 103 - Icaraí.
- Gavião Peixoto - Rua Gavião Peixoto, 104 - Icaraí.
- Presidente Backer - Rua Presidente Backer, 74 - Icaraí.
- Shopping Icaraí - Rua Ator Paulo Gustavo, 229, Conjunto 1518-1519, Icaraí.
- Ingá - Rua Dr. Paulo Alves, 83 - Ingá.
- Itaipu Multicenter - Estrada Francisco da Cruz Nunes, 6501, Sala 312 - Itaipu.
- São Francisco - Av. Rui Barbosa, 153, Loja 104 - São Francisco.

SÃO GONÇALO

- Centro - Rua Dr. Nilo Peçanha, 100, Loja 05 - Centro
- Alcântara - Rua Palmira Ninho, 79, Loja 07 - Alcântara

www.labittar.com.br

© @labittar

f /laboratoriobittar

☎ (21) 2621 6161

☎ (21) 99995 6816



INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS: ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS NA PSIQUIATRIA

Dra. Aline Cruz Inoue¹, Dr Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior²

Resumo

Ao longo do século XX, buscou-se o desenvolvimento de novas formulações e modelos de assistência aos doentes mentais. A reforma da assistência psiquiátrica vem com o crescente clamor social causado pelas denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos Direitos Humanos. Os procedimentos legais e administrativos das internações psiquiátricas no Brasil mudaram significativamente a partir da promulgação da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A internação involuntária ocorre sem o consentimento por escrito do usuário e a pedido de uma terceira pessoa. Dentre os motivos de internação estão a insuficiência de recursos clínicos extra-hospitalares para o tratamento, a incapacidade para o autocuidado, o risco de auto ou heteroagressividade, o risco de suicídio e a abstinência de substâncias. Para se justificar a involuntariedade leva-se em conta o estado de consciência do paciente e sua crítica sobre o estado mórbido, aspectos que influenciam a capacidade de decisão. A internação psiquiátrica é um procedimento médico, dessa forma cabe ao paciente consentir para que ela ocorra, fato esse que não ocorrerá apenas se o paciente não estiver com a capacidade de discernimento preservada.

Abstracts

Throughout the 20th century, efforts were made to develop new formulations and models of care for the mentally ill. The reform of psychiatric

care comes with the growing social outcry caused by reports of violence and other forms of disrespect for Human Rights. The legal and administrative procedures for psychiatric hospitalizations in Brazil have changed significantly since the promulgation of Law number 10.216, which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the mental health care model. Involuntary hospitalization occurs without the user's written consent and at the request of a third person. Reasons for hospitalization include insufficient extra-hospital clinical resources for treatment, inability to self-care, risk of self or hetero-aggression, risk of suicide and substance withdrawal. To justify involuntariness, the patient's state of consciousness and his criticism of the morbid state are taken into account, aspects that influence decision-making capacity. Psychiatric hospitalization is a medical procedure, therefore it is up to the patient to consent for it to occur, a fact that will not occur only if the patient does not have the capacity for discernment preserved.

1. Introdução

A prática da medicina deve ser pautada em princípios éticos que devem permear a conduta do médico. São quatro princípios básicos essenciais para uma prática adequada: o médico deve trabalhar visando os benefícios do paciente (beneficência); o médico deve evitar prejudicar o paciente (não maleficência); a independência do paciente deve ser respeitada (autonomia) e o médico deve evitar discriminação contra um paciente (justiça).¹

A interface entre a Psiquiatria e o

Direito é bastante complexa e difícil, a linguagem médica descreve o estado do paciente em uma escala que vai de grave a completamente saudável, já a linguagem jurídica costuma ser binária: o doente é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece ou não perigo. Quando se fala de internações involuntárias essa questão fica ainda mais evidente.²⁵

São muitos os modelos de atenção psiquiátrica e assistência à loucura que atravessaram os séculos e se estabeleceram nas diferentes sociedades em suas peculiaridades e contextos. Ao longo do século XX buscou-se o desenvolvimento de novas formulações e modelos de assistência aos doentes mentais. A reforma da assistência psiquiátrica vem com o crescente clamor social causado pelas denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos Direitos Humanos, gerando uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença.¹⁹

A internação psiquiátrica involuntária é um tema polêmico pois envolve aspectos técnicos, médicos e direito humano à autonomia. A avaliação do paciente precisa levar em consideração o respeito aos direitos humanos e à preservação de sua integridade física e de outros, portanto é fundamental determinar a partir de que momento se opta pela internação involuntária. Os autores apontam que a internação psiquiátrica deve ser prioritariamente voluntária, com anuência expressa do paciente, sendo a admissão involuntária o último recurso para proteger a integridade física e psíquica do paciente e de outros.²

¹ Médica Residente, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), TCC apresentado em 08/05/2024. ² Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria de Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ); Coordenador do Departamento de Psiquiatria da AMF; orientador do TCC

Na maioria das vezes as internações involuntárias estão relacionadas a transtornos mentais graves, como as psicoses, sendo os principais motivos o risco de suicídio, a agitação psicomotora e a agressividade. Na agitação percebe-se um aumento da atividade motora em reação exacerbada e inadequada a estímulos internos ou externos. O comportamento agressivo é aquele que provoca uma ameaça ou causa danos ao próprio paciente ou a terceiros. A tentativa de suicídio corresponde todo ato não fatal, praticado deliberadamente com a intenção de causar morte a si mesmo.²

O objetivo principal desse estudo é propor uma reflexão acerca das internações involuntárias na prática da psiquiatria. Orienta-se a partir de questões como a subjetividade do trabalho do psiquiatra, seu julgamento clínico bem como o respeito a autonomia do paciente. Baseia-se, também, no desenvolvimento da prática de atenção à loucura ao longo da história, dos modelos asilares às mudanças com a Reforma Psiquiátrica e como as internações involuntárias se aplicam a esse novo panorama dentro da Psiquiatria.

2. História dos Manicômios e a Reforma Psiquiátrica

Na Idade Média, os deficientes mentais e as pessoas com alterações comportamentais eram acomodadas em abrigos com criminosos e pessoas sem moradia. Não havia noção de tratamento para os doentes mentais. Até o final do século XVIII, as instituições que abrigavam os doentes eram hospedagens e tinham, na realidade, a função de manter a ordem social. Em 1656, o rei Luís XVI construiu, na França, dois grandes hospitais, que abrigavam doentes, criminosos e insanos: Bicêtre, para homens, e Salpêtrière, para mulheres, onde as condições de higiene eram precárias, os doentes eram presos em grilhões e sofriam maus-tratos.²

Em 1793, Philippe Pinel, então médico-chefe do Bicêtre, influenciado pelas ideias liberais da Revolução Francesa e em busca de tratamento humanitário, desacorrentou os loucos, ato que se tornou símbolo da criação da psiquiatria como especialidade médica. A proposta de tratamento era moral, preco-

nizando o isolamento do meio social. Nesse contexto, a internação era o recurso mais importante de tratamento.²

Em 1883, uma lei francesa assegurou o fundamento legal dessas internações, justificando que o alienado permanecesse internado pelo tempo suficiente para sua recuperação. De acordo com a lei uma pessoa podia ser internada por uma autoridade ou por solicitação de um familiar, que devia apresentar atestado médico justificando a necessidade de internação. O alienado era considerado incapaz de julgar e perdia a possibilidade de exercer seus direitos civis.²

A restituição dessas pessoas julgadas como alienadas viria por meio do isolamento social. No Brasil até meados do século XIX, os "loucos" eram colocados nas prisões ou nas Santas Casas de Misericórdia. Em 1852, foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital destinado aos doentes mentais, o Hospício Dom Pedro II. Nesse hospital, aplicavam-se, também, os princípios do tratamento moral da psiquiatria francesa de Pinel. Posteriormente, Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha, em São Paulo, criaram colônias agrícolas para essa população de pacientes.²

As iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle.⁷

A reforma psiquiátrica ocorreu em diferentes países, cada um com suas particularidades e contextos históricos. No entanto, em geral, a reforma psiquiátrica foi impulsionada por uma série de fatores, como a crítica ao modelo asilar, a luta pelos direitos humanos, a descoberta de novos medicamentos psicotrópicos e a adoção de novas práticas terapêuticas, como a psicanálise e a saúde pública.⁹

Na Europa, a reforma psiquiátrica

começou na década de 1950, com a desinstitucionalização na Inglaterra e a política de setor na França. Nos Estados Unidos, a reforma psiquiátrica teve início na década de 1960, com a luta pelos direitos civis e a crítica ao modelo asilar. Na América Latina, a reforma psiquiátrica foi influenciada pela luta contra as ditaduras militares e pela busca por uma sociedade mais justa e igualitária.⁹

A reforma psiquiátrica no Brasil evoluiu ao longo dos anos, passando por diversas fases e marcos importantes. Inicialmente, a reforma teve início nos anos 70, em meio à reforma sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. Nesse período, destacaram-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1992 e 2001 que avançaram propostas significativas na política de formação de recursos humanos, financiamento e controle social, na perspectiva do desenvolvimento de serviços abertos de base territorial. Esses serviços visavam ser substitutivos das instituições manicômias com uma proposta de cuidado integral através do trabalho em equipe interdisciplinar, criando um novo campo com uma proposta de ampliação e diversificação das práticas na saúde mental: o campo da Atenção Psicossocial.⁸

Após a Reforma Psiquiátrica, houve várias mudanças significativas na abordagem da saúde mental no Brasil. Algumas das principais mudanças incluem: a desinstitucionalização; a Reforma Psiquiátrica que promove a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, buscando a substituição do modelo asilar por um modelo de atenção comunitária e a ampliação dos atores sociais envolvidos. A reforma incluiu não apenas profissionais de saúde, mas também, usuários, familiares e a comunidade em geral; um novo tipo de cuidado em saúde mental que buscou oferecer uma rede de cuidados que ajudasse o paciente a viver na comunidade e a atenção psicossocial comunitária que buscou estabelecer as bases de uma nova maneira de tratar a doença mental, para além do universo psiquiátrico, promovendo a atenção psicossocial comunitária.⁷

Essas mudanças refletem uma transição do modelo asilar e segregador para um modelo mais inclusivo, que va-

loriza a participação social, a integração comunitária e a promoção da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental. Os movimentos da saúde mental desempenharam um papel crucial na transformação das práticas de compreensão e tratamento da loucura ao longo da história, promovendo uma abordagem mais humanizada, inclusiva e respeitosa em relação às pessoas com transtornos mentais.^{7,9}

A Reforma Psiquiátrica pode ser vista como um processo social e complexo. Não deve ser entendida apenas como “desospitalização”, a construção de um novo modelo de atenção na saúde mental e coletiva aborda um processo denominado desinstitucionalização. Esse processo, consiste em uma estratégia teórico-prática com o intuito de desmontar o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença.¹

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, e assim promovendo a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.¹

A Reforma Psiquiátrica no Brasil passa por diversos desafios que incluem a necessidade de capacitação dos operadores, a utilização da atenção básica, e a execução de práticas conforme os preceitos teóricos da saúde mental. A atenção básica pode ser utilizada para fortalecer a reforma psiquiátrica por meio da utilização da estratégia do Programa de Saúde da Família, do financiamento da atenção básica, da adoção dos princípios da reforma psiquiátrica e da articulação entre tratamento, reabilitação psicossocial e clínica ampliada. O objetivo é ampliar o alcance dos cuidados em saúde mental, promovendo uma atenção mais integral e próxima das comunidades.¹⁰

3. Legislação

A primeira lei brasileira de assistência aos pacientes psiquiátricos foi o Decreto no 1.132/1903¹¹. Esse decreto

regulamentava o funcionamento dos asilos, disciplinava os procedimentos de internação em hospitais, proibia a prisão dos pacientes nas cadeias públicas, entre outras medidas. A principal preocupação dessa lei era o comprometimento da ordem pública e da segurança da sociedade, diante da suposta periculosidade do paciente psiquiátrico. As internações podiam ser realizadas por uma autoridade pública ou por um familiar mediante atestado médico.

Em 1934, o Decreto no 24.559¹² substituiu a lei de 1903, dispondo sobre os estabelecimentos psiquiátricos, a profilaxia da doença mental e a assistência aos portadores de transtornos mentais, que passaram a ser designados psicopatas. Por esse decreto, a internação involuntária podia se dar por requisição da autoridade pública (ordem judicial ou requerimento policial) ou por qualquer outra pessoa mediante justificativa e atestado médico que comprovasse a necessidade de internação.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei no 3.657¹³ que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais. O processo referido se inscreve no processo da Reforma Psiquiátrica que propunha a superação do modelo assistencial hospitalar, considerado como modelo manicomial. A lei fica 12 anos em tramitação e é aprovada no final como Lei nº 10.216.²

Os procedimentos legais e administrativos das internações psiquiátricas no Brasil mudaram significativamente a partir da promulgação, em 6 de abril de 2001, da Lei nº 10.216³, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os portadores de transtornos mentais devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação sendo detentores de direitos civis que devem ser respeitados. A lei visa ao alcance da recuperação dos pacientes pela inserção da família, no trabalho e na comunidade. Acompanhada a Portaria nº 2.391/GM/2002⁴, do Ministério da Saúde, a Lei nº 10.216⁶/2001 versa especificamente sobre internações psiquiátricas. Desde então, os portadores de transtornos mentais não podem mais ser internados involuntariamente,

exceto se ocorrer perda da autonomia decorrente de doença mental ou se houver risco iminente de morte.

Segundo a Lei no 10.216³:

“Art. 2º [...] Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I. Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II. Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

“Art. 2º [...]”

VII. Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

IX. Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

“Art. 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no art. 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

“Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

“Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”.

A Lei nº 10.216⁶/2001³ prevê três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária é aquela com consentimento expresso do paciente com manifestação da concordância por escrito e a respectiva alta pode ocorrer a pedido do paciente ou por determinação médica. A internação compulsória é aquela determinada pelo juiz, ocorre frequentemente por solicitação familiar e, também, é a internação indicada para o cumprimento de medida de segurança. Essa medida é indicada para indivíduos que cometeram

atos ilícitos e por falta de entendimento e autodeterminação decorrentes de transtorno mental, necessitam de tratamento em vez de pena comum. A internação involuntária ocorre sem o consentimento por escrito do usuário e a pedido de uma terceira pessoa, que geralmente é um familiar de primeiro grau. Nas internações involuntárias, a alta também pode ocorrer por determinação médica ou por solicitação do responsável legal.²

Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina no 2.056/2013¹⁴:

“Art 1º Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento;

Art 2º Se houver contra-indicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei no 10.216/2001.

Art 3º Do mesmo modo, uma internação involuntária poderá ser convertida em voluntária dependendo da avaliação clínica do médico assistente em comum acordo com paciente e/ou seu representante legal”.

A resolução do Conselho Federal de Medicina no 2.057/2013¹⁵ aponta para as condições que justificam uma 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:

- I. Incapacidade grave de autocuidados;
- II. Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde;
- III. Risco de autoagressão ou de heteroagressão;
- IV. Risco de prejuízo moral ou patrimonial;
- V. Risco de agressão à ordem pública”.

“Art 1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de au-

tocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química”.

Segundo a Lei nº 10.216/2001³ a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O Ministério, por sua vez, é incumbido de utilizar uma comissão revisora multidisciplinar que não pertença ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação com a finalidade de ocorrer vitórias.^{2,3} O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.³

A Lei Federal no 10.216/ 20013 foi uma solução do consenso do parlamento brasileiro que buscava orientar a

reforma da atenção psiquiátrica no Brasil. A intenção foi de proteger os direitos dos pacientes, respeitando-os como cidadãos e garantindo que tenham acesso ao melhor tratamento possível.⁶

4. Epidemiologia

As taxas de internações involuntárias variam de acordo com as características da política de saúde mental, tipos e disponibilidade de serviços oferecidos à população e a legislação vigente em um país. Correspondem de 15 a 20% das internações no mundo.²

Na Europa variam muito, de 1% na Espanha, até 93% na Suíça. Esse aumento significativo na Suíça deve-se a alteração do Código Civil em 2013 que redefiniu as condições para internações de pessoas com doença mental. Devido a essa alteração qualquer médico reconhecido pelas autoridades pode solicitar uma internação involuntária.

Na Austrália, 29% das admissões em hospitais públicos em 2011 e 2012 foram involuntárias. Nos Estados Unidos, em 1980, 27% das internações psiquiátricas foram realizadas de forma involuntária. Na Alemanha, em 2013, houve uma mudança na legislação sobre medicamentos, isolamento, contenção e internações involuntárias. Um estudo retrospectivo de 2016 identificou que, nesse país, 9,6% das internações são involuntárias.²

No Brasil, na cidade de São Paulo, uma pesquisa de perfil epidemiológico descritivo, utilizou um banco de dados de 64.685 internações psiquiátricas involuntárias compiladas pelo Ministé-

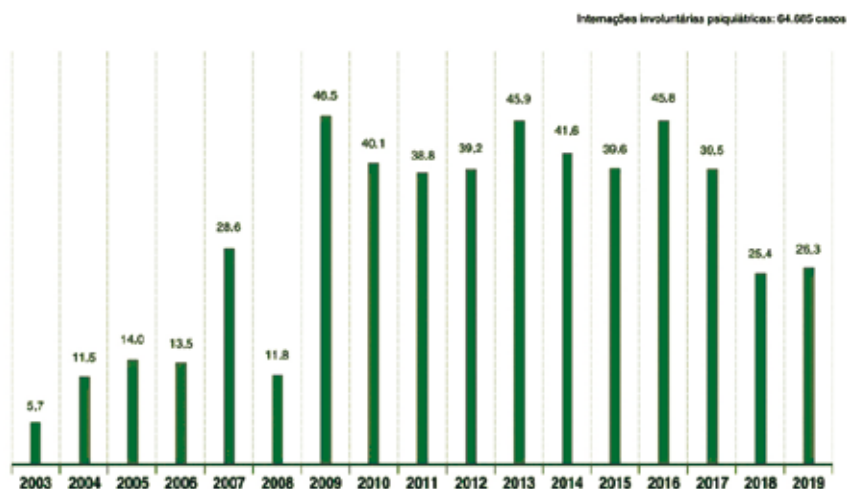


Figura 1 Taxas anuais de internações psiquiátricas involuntárias na cidade de São Paulo por 100 mil habitantes.

Fonte: Fornazari C. et al.¹⁶

rio Público de São Paulo entre os anos 2003 e 2020. Segundo o estudo, a taxa anual de internações psiquiátricas involuntárias na cidade de São Paulo aumentou de 5,8 por 100 mil habitantes em 2003 para 26,3 em 2019, com aumento médio anual de 2,1. A taxa aumentou de 5,8 para 45,9 por 100.000 habitantes durante o primeiro período de 10 anos (2003-2013).¹⁶

O estudo relatou que 26,1% das internações psiquiátricas involuntárias envolveram transtorno psicótico no diagnóstico primário. Além disso, a esquizofrenia foi o diagnóstico mais prevalente, representando 24,9% dos casos. Seguido por transtornos do espectro bipolar (14,6%), transtorno por abuso ou dependência de álcool (12,9%), transtorno por abuso ou dependência de múltiplas substâncias (6,3%), transtornos depressivos (4,2%) e transtornos neurocognitivos/ demência (3,7%). Segundo o estudo, as internações foram curtas, 52% duraram menos que sete dias e 84% duraram menos que 30 dias. A maioria era adultos jovens de 18 a 39 anos (53%), solteiros (59%) e com mais de um grupo diagnóstico (83%).¹⁶

Algumas variáveis clínicas se correlacionam com risco de internação involuntária. Variáveis sociodemográficas, como baixo nível educacional, privação social, desemprego e ser solteiro, em pessoas do sexo masculino, têm sido associadas a maior risco de internações involuntárias.²

O tipo de transtorno mental está relacionado a diferentes taxas de internação involuntária. Esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno afetivo, mania e abuso de substâncias estão entre os transtornos mentais com maior risco de internação involuntária. De maneira geral, os pacientes internados involuntariamente apresentam quadro clínico e psicopatologia de maior gravidade.²

No Brasil, uma política nacional de redução gradual do número de leitos psiquiátricos teve início na década de 1990. Segundo o Ministério da Saúde o número de leitos psiquiátricos passou de 72.514 a 42.076 no período de 1996 a 2005. Em 11 anos o Brasil reduziu em 38,7% os leitos de hospitais psiquiátricos, substituindo-os por modelos comunitários e territoriais e pela criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).^{17, 26}

De acordo com a Resolução nº 8 de agosto de 2019, em 2005, eram 40.942 leitos psiquiátricos e em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097 leitos e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. A quantidade de CAPS subiu de 424, em 2005, para 2.500, em 2019. O percentual de gastos extra-hospitalares, relacionado ao orçamento destinado a saúde mental, aumentou de 24,76% para 71,09% em investimento financeiro nos equipamentos substituídos no mesmo período.²⁶

Embora alguns autores abor-dem que a redução dos leitos não foi acompanhada pelo aumento de serviços comunitários de saúde mental¹⁸, os números apontam crescimento em serviços de assistência extra-hospitalares. O aumento das internações involuntárias deve-se ao fato das notificações terem sido melhoradas desde 2001 com a aprovação da Lei 10.216.

A presença de serviços comunitários bem estruturados, com disponibilidade de tratamento extra-hospitalar, ambulatorial, suporte social, atendimento domiciliar, entre outros é de extrema importância no cuidado integral do paciente e está associada à diminuição da taxa de internação involuntária.²

5. Internações Involuntárias no mundo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca como objetivo balancear os direitos humanos do portador de transtorno mental, a necessidade de tratamento adequado e o direito de segurança do povo. Esses princípios da OMS determinam que os pacientes sejam tratados em ambientes minimamente restritivos e que todos os esforços sejam feitos para evitar internações involuntárias, reservando essa medida apenas para situações em que haja alto risco de dano ao paciente ou para outras pessoas ou em que o não tratamento de uma condição grave possa acarretar piora importante do paciente ou impedir que ele receba uma abordagem terapêutica apropriada.

Na Europa, há maior envolvimento de juízes e representantes de Estado

na determinação de internações involuntárias e menor participação dos familiares. Essa modalidade é muito ligada à prevenção de crimes, tratamento agudo ou crônico e reabilitação social de portadores de transtorno mental. Apesar das tentativas de padronização de regras para a internação involuntária, ainda existem divergências marcantes entre os países da União Europeia.²

Nos últimos anos, houve redução do número e do tempo de internações psiquiátricas na Grécia e na Dinamarca. Na Alemanha e na Suíça, o modelo tradicional de internações está sendo substituído pelo modelo “open door”, afim de evitar o trancamento das enfermarias. Na Suíça, o paciente pode ser internado contra sua vontade em instituições adequadas apenas quando o tratamento necessário não puder ser realizado de outra forma. Na França, a lei relacionada a internações psiquiátricas mais recente é de 2013 e visa proteger a liberdade individual dos cidadãos e controlar como o Estado pode justificar a imposição de qualquer limitação na liberdade, reforçando o direito à informação.²

Segundo estudo em Atenas, a coordenação eficaz entre a justiça, a polícia e os sistemas de saúde é essencial para o processo de internação involuntária. O estudo mencionado destaca que as internações involuntárias estão profundamente arraigadas no sistema de saúde mental grego, no qual a polícia está envolvida, desempenhando um papel de mediadora entre a justiça (promotor público) e os serviços de saúde mental quando o procedimento é iniciado. O documento também ressalta que a legislação grega continua ambígua em muitos pontos e desatualizada, e que a fase preparatória das internações involuntárias sobrecarrega principalmente a Polícia Helênica, cujo papel deveria ser auxiliar e substituído por profissionais treinados em saúde mental comunitária.¹⁹

Na Europa, de um modo geral, há a avaliação dos pacientes internados involuntariamente por psiquiatra isento e um maior envolvimento de juízes e representantes do Estado na determinação desse tipo de internação em comparação ao Brasil, ocorrendo uma menor

participação dos familiares nessa decisão.² Essa modalidade é muito ligada à prevenção de crimes, tratamento agudo ou crônico e reabilitação social de portadores de transtorno mental (principalmente dependentes de substâncias).

Nos Estados Unidos, há uma maior participação de representantes do judiciário intercedendo nos casos de internações involuntárias, mas também, nos casos de internações voluntárias quando existe dúvida em relação a capacidade de consentimento. Existe uma avaliação desses casos por equipe isenta não apenas em relação à internação, mas também, em relação às condutas médicas.

A American Psychiatric Association desenvolveu um modelo de estatuto que utiliza um teste de capacidade mental para internações involuntárias.²¹ De acordo com esse modelo, existem quatro critérios para internação involuntária: diagnóstico psiquiátrico confiável, desconforto significativo para o paciente, tratamento efetivo disponível e incapacidade de o paciente decidir e aceitar o tratamento oferecido. O risco para terceiros não é explícito entre os critérios.

Todos os estados dos Estados Unidos autorizam internações psiquiátricas de emergência, por meio das quais as pessoas são temporariamente mantidas e avaliadas em uma instituição de saúde. Os estados costumam ter políticas diferentes com relação à extensão dessas retenções para hospitalização adicional, por exemplo, após uma audiência judicial. Apesar das reduções no número de pacientes em instituições psiquiátricas estaduais e outras de longo prazo nas últimas décadas, as internações psiquiátricas de curto prazo, que podem levar a uma hospitalização continuada sendo comuns.²²

6. Critérios para Internação Involuntária

Os adultos de um modo geral são considerados competentes para decidir sobre seu tratamento. Como regra, o médico deve esclarecer ao paciente sobre sua condição e dele obter autorização para os procedimentos indicados, incluindo as internações psiquiátricas. O diagnóstico psiquiátrico exato pode não estar devidamente esclare-

cido, mas a existência de um transtorno mental deve ser claramente inferida para que seja possível uma internação.²

Nem todos os quadros psiquiátricos, mesmo que psicóticos ou graves, necessitam de tratamento hospitalar. Não se justifica a internação involuntária quando for possível o tratamento extra-hospitalar, o que vai depender da condição clínica do paciente e da disponibilidade de suporte familiar e social.²

O comprometimento do discernimento pode ser total ou parcial. A questão é se o paciente é capaz de compreender seus sintomas, sua doença e as consequências de se tratar ou não. Portanto, quando se fala em “competência para decidir”, não se trata de um atributo global, mas se refere à capacidade de decisão sobre uma questão específica, em determinada situação, em determinado período. Em pacientes psiquiátricos, deve-se dar particular atenção às funções cognitivas (atenção, memória, pensamento, inteligência, juízo), bem como a outros aspectos que podem interferir na capacidade de decisão, como humor e sensopercepção.²

Entre os motivos de internação, além do critério crucial insuficiência de recursos clínicos extra-hospitalares para o tratamento, estão a incapacidade para os autocuidados, risco de auto ou heteroagressividade, risco de suicídio e de intoxicação ou abstinência de substâncias. Para se justificar a involuntariedade de uma internação, leva-se em conta principalmente o estado de consciência do paciente e sua crítica sobre o estado mórbido, aspectos que influenciam sua capacidade de decisão.²

A avaliação da crítica e autonomia para tomar decisões em relação ao tratamento deve levar em consideração se o paciente consegue entender informações relevantes, compreender a situação (sintomas, doença) e sua consequência, raciocinar sobre opções de tratamento e capacidade de comunicar uma escolha. Segundo o Código de Ética Médica (2018)²³ 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.

O Art. 146 do Código Penal²⁴ apli-

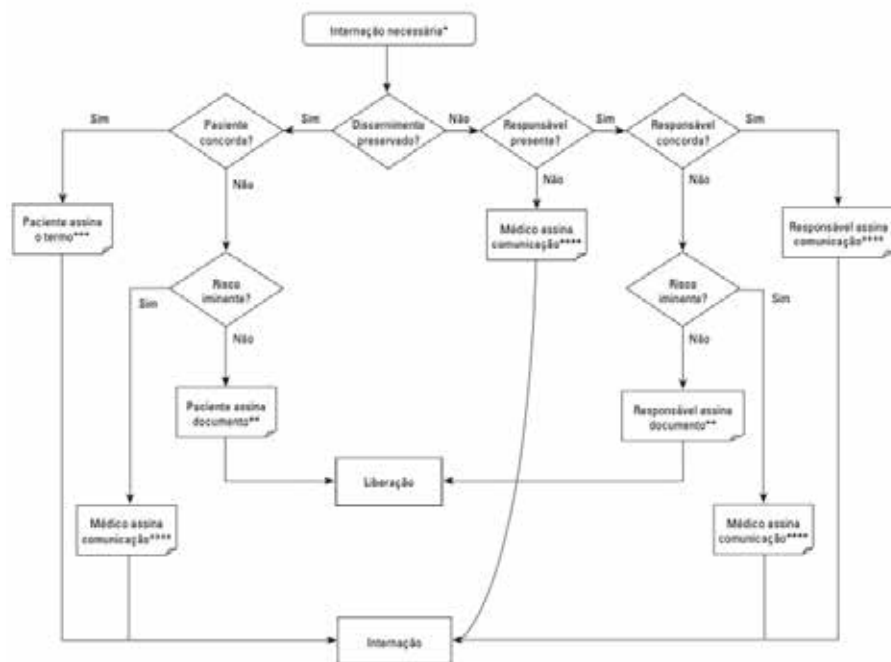
ca-se pena de três meses a um ano para quem constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência. Exclui a aplicação de pena ao médico nessas situações: a intervenção médica ou cirúrgica, sem consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; a coação exercida para impedir suicídio.

O paciente considerado incapaz deve ser representado por um adulto apto para deliberar por ele. A lei de curatela estabelece a seguinte ordem de precedência de substitutos, sequencialmente utilizada para internações psiquiátricas: 1) Cônjuge ou companheiro; 2) Pai ou mãe; 3) Descendentes aptos, filhos precedendo netos. Na ausência dos responsáveis aptos, o médico pode autorizar a internação involuntária. Nos casos em que o representante se opuser à internação, deve-se prosseguir com esta apenas na presença de uma situação de risco iminente de morte.²

A internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público local, no prazo de 72 horas, pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde, o mesmo deve ocorrer na ocasião da alta. O Ministério Público tem o poder de investigar a necessidade e a regularidade da internação psiquiátrica por meio de uma comissão revisora multidisciplinar que não pertença ao corpo clínico do estabelecimento.⁶

A internação psiquiátrica voluntária exige a assinatura de Termo de Consentimento Esclarecido. Para que esse consentimento seja válido, é necessário que sejam prestadas informações claras, amplas e precisas, e que o paciente tenha condições cognitivas e emocionais de compreendê-las.⁶

É importante assinalar que podem ocorrer mudanças ao longo da internação de acordo com a evolução do quadro clínico. Uma internação voluntária pode se tornar involuntária se os critérios forem preenchidos, assim como uma internação involuntária pode ser convertida em voluntária caso a recuperação do paciente possibilite melhora crítica sobre o estado mórbido e capacidade de decisão sobre o tratamento.²



* Não letal. ** Resumo de alta ou prontuário detalhado. *** Termo de internação voluntária. **** Comunicação de internação involuntária.

Figura 1. Sugestão de fluxograma para decisão quanto à internação.

Fonte: Barros D. et al.²⁵

Os passos referentes à internação involuntária podem ser divididos conforme a árvore de decisão sugerida por Barros:²⁵

Os procedimentos descritos aplicam-se aos pacientes com 18 anos ou mais, porque em princípio, são absolutamente capazes de acordo com a lei civil. Em relação aos menores de 16 anos, aos absolutamente incapazes e aos que se encontram necessariamente sob pátrio poder ou sob tutela, a hospitalização só pode ser realizada com a autorização do responsável legal. Se ocorrer, não é necessária a comunicação ao Ministério Público. Em relação aos maiores de 16 e menores de 18 anos que são considerados relativamente incapazes pela legislação civil, adota-se uma política defensiva do médico. Assim mesmo que o responsável legal consinta a hospitalização, se o paciente a ela se opuser faz-se necessário que haja a comunicação ao Ministério Público.⁶

7. Relato de Caso Identificação

Daniela Cardoso (nome fictício), nascida em 06/07/1979 (atualmente com 44 anos), sexo feminino, branca, brasileira, solteira, natural do Rio de Ja-

neiro, cursou até o 4º ano de direito, não recebe nenhum tipo de benefício do governo, possui quatro filhos, Júlia de 20 anos, Laura de 15 anos, Ana de 2 meses e Leonardo (nomes fictícios) de 5 anos, na época trabalhava como consultora de vendas e residia no bairro Tijuca RJ.

História da Doença Atual

Daniela chegou à Emergência Psiquiátrica no dia 27/08/2021 acompanhada por pessoas do conselho tutelar, corpo de bombeiros, SAMU e seus filhos mais novos Ana e Leonardo. Daniela estava no conselho tutelar para denunciar um suposto abuso sexual contra seu filho. Ao contar a história, ficou muito agitada e derrubou sua filha do bebê conforto. Diante dessa situação as pessoas que estavam presente no local chamaram o SAMU.

Na emergência, apresentou-se ainda muito agitada, não entendendo o motivo que a teriam levado para um Hospital Psiquiátrico, sendo que no momento sua angústia fixava-se toda em seu filho e na denúncia que precisava fazer. Há relatos pela equipe de que Daniela estava irritada, com atitude suspicaz e ideia definida de não ficar internada, uma vez que não tinha consciência de seu estado, indagando

a equipe o motivo de sua internação.

Enquanto Daniela foi atendida pela equipe, sua irmã Paula chegou e nos contou um pouco sobre o tratamento dela, dizendo que ela foi diagnosticada no passado como portadora de Esquizofrenia Paranoide, fez uso de medicamentos e cessou o tratamento diversas vezes por conta própria. Estava no momento há dez meses sem uso da medicação. Paula possui a guarda dos filhos mais velhos de Daniela, fato esse decorrente do transtorno mental da irmã. Demonstrou uma preocupação com Daniela, embora a relação delas estivesse mais distante. Segundo Paula, Daniela não a deixava se aproximar; o cuidado da irmã sempre foi muito difícil, sendo que ela era a única familiar mais próxima de Daniela.

Diante do quadro clínico apresentado por Daniela, sua incapacidade de decidir por conta própria seu tratamento, visto também os riscos a sua integridade física e dos outros, foi necessária uma internação involuntária. Sua irmã Paula deliberou por ela, assinou o termo de internação involuntária, autorizando essa conduta e desse modo foi considerada a responsável apta para representar Daniela naquele momento.

Evolução

No dia 01/09/2021 recebi Daniela como minha paciente na enfermaria feminina. Conversei com a paciente no pátio da enfermaria e ela me contou que chegou ao Hospital no dia 27/08/2021. Ficou bastante irritada ao ser questionada o motivo da internação, falou sobre estar no conselho tutelar e sua filha ter escorregado do bebê conforto. Disse que preferia ficar calada porque não gostaria de falar mais sobre o assunto. Demonstrou atitude bastante desconfiada e preferiu não se abrir muito naquele primeiro atendimento.

Em um segundo momento Daniela resolve contar mais como estava se sentindo e o que aconteceu com ela. Sempre com uma fala que demonstrava um humor irritado, contou sobre seus filhos e sobre o suposto abuso que Leonardo teria sofrido. No início falou sobre o pai de Leonardo, disse que ele era bandido, falou isso com o intuito de explicar o motivo pelo qual estava sendo perseguida. Para Daniela os fi-

lhos corriam risco pelo fato do pai ser bandido. Indagou também seus vizinhos, disse que viu câmeras de segurança na casa de um deles, questionou se eles também a perseguiam e afirmou que eles não tem permissão para filmarem seus filhos.

Em um atendimento posterior conseguiu relatar o suposto abuso do filho. Contou que viu o filho coçando o ânus e nesse momento ele teria dito “formiga”. Daniela associou formiga à comunidade em que o pai dele morava. A partir disso teve certeza de que Leonardo teria sido abusado pelo pai. Falou, também, de outro abuso que teria acontecido na escola de seu filho, esse abuso disse não saber quem foi mas sabia que teria acontecido pois Leonardo chegou da escola com a cueca suja e o “bumbum estranho” (sic).

Após conseguir falar sobre o que lhe causava angústia passou a me procurar na enfermaria de forma constante. Um dia me entregou um livro que achou na enfermaria e pediu para que eu lesse dizendo que fazia parte de sua história. O livro era infantil com poucas palavras contando a história de um menino e seu pai. Na história do livro o menino tinha muito medo de um “bicho papão” que aparecia de noite em seu quarto. Daniela disse que esse bicho era o próprio pai dele, estava certa disso mesmo que a história do livro não lesse para esse sentido.

Nas vezes posteriores que me procurou parou de falar sobre o suposto abuso. Fez demandas constantes, disse sobre as escolas dos filhos que precisava sair para resolver, consultas, compromissos que perderia por estar internada. Sempre muito irritada, passou a dizer que me processaria por mantê-la presa ali e que eu estava lhe causando muitos danos. Daniela começou a falar que não poderíamos prendê-la ali e mesmo com tentativas de explicar a importância de sua internação manteve seu discurso de que tinha o direito de sair.

Em um atendimento comigo e sua psicóloga da enfermaria, Daniela se exaltou, elevou o volume de sua voz e falou que processaria toda equipe. Solicitou alta e disse que o que estávamos fazendo com ela era ilegal pois ela nunca concordou com a internação. Os atendimentos passaram a ser com esse

contexto, sempre com tom intimidatório de Daniela, que passou a falar sobre seus direitos e de certa forma ameaçar a mim e equipe.

Em alguns atendimentos Daniela mencionava a irmã com desconfiança. Dizia que ela além de querer seus filhos almejava ficar com todo seu dinheiro. Falou sobre seu medo de que Paula a interditasse e dessa forma ficasse com o dinheiro da família e a guarda de seus filhos. A irritabilidade de Daniela foi cessando e começou a vir uma certa angústia. Sempre muito perseguida, Daniela começou traçar metas para quando saísse do Hospital.

Dentre suas metas pós alta estavam processos contra a equipe e a denúncia contra o suposto abuso do filho. Passaram a ser atendimentos muito difíceis, pois o que Daniela falava ficava de certa forma para mim com vários questionamentos. Passei a questionar sobre o que Daniela estava querendo dizer mencionando seus direitos e leis que iriam de encontro a sua internação.

Embora estivesse claro a necessidade da internação de Daniela, o fato dela estar num Hospital Psiquiátrico contra sua vontade me fez refletir sobre diversos pontos de tratamento e cuidado. Percebi que cuidar de um paciente psiquiátrico vai além de um cuidado orgânico e que passa por questões éticas que nos defrontam em todo momento. Essa paciente chamou minha atenção logo no primeiro ano de residência, causando também em mim a angústia que ela tanto se queixava.

Aos poucos durante a internação, Daniela foi aceitando o cuidado dentro do Hospital. O CAPS de sua região se aproximou do caso e fazia visitas enquanto Daniela estava internada. As demandas foram diminuindo, sempre solicitava alta mas não mencionava mais processos e denúncias. Consegui no final de sua internação aceitar a visita da irmã, além de concordar que ela ficasse com seus filhos até que suas referências do CAPS avaliassem sua melhora e condições para ficar com eles.

Daniela recebeu alta da equipe da enfermaria no dia 18/10/2021. Foi sua primeira internação em um Hospital Psiquiátrico, totalizando 52 dias internada desde sua permanência na emergência. Foi feito o egresso para o CAPS

de sua região e Daniela se comprometeu com seu tratamento fora do Hospital saindo acompanhada pela irmã que a abrigou após sua alta.

8. Discussão

A internação involuntária deve ser uma exceção. Para que ela ocorra, é necessário que exista um transtorno mental que requeira a hospitalização de um indivíduo e, também, que ele apresente prejuízo do discernimento sobre a doença e suas consequências, como a falta de crítica.² Como descrito no relato de caso, Daniela apresentava juízo crítico prejudicado, não tinha consciência de seu estado no momento, apresentava agitação psicomotora e ideias de cunho persecutório. Por estar acompanhada de seus filhos menores, seu estado colocava em risco seus filhos e a si mesma.

Trata-se de uma decisão clínica bastante delicada, já que envolve o dilema entre a autonomia do paciente e a possibilidade de consequências graves, caso este não seja tratado adequadamente. Habitualmente na clínica médica são chamados de “casos difíceis” aqueles em que o diagnóstico é impreciso ou que requerem o uso de tecnologias avançadas para sua determinação. Apresenta-se, diante das internações psiquiátricas, uma concepção diferente: 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.^{2, 24}

No caso de Daniela, a oposição à internação e ao tratamento fez com que a relação entre a paciente e os profissionais apresentasse alguns impasses no momento da internação e durante seu período na enfermaria. Ao longo do acompanhamento de Daniela surgiram muitas questões, pelo fato dela não concordar com a internação e solicitar sua alta por diversas vezes. Esses episódios fizeram com que eu questionasse esse tipo de internação, essa paciente foi determinante para essa pesquisa. Muitas vezes me perguntava sobre as coisas que ela trazia e se poderíamos mesmo mantê-la internada.

De acordo com a Resolução CFM no 1.598/2000 o artigo 6:

“Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas”.⁵

Entre os motivos de internação, além do critério de insuficiência de recursos clínicos extra-hospitalares para o tratamento, estão incapacidade para o autocuidado, risco de auto ou heteroagressividade, o risco de suicídio ou abstinência de substâncias. Para se justificar a involuntariedade de uma internação leva-se em conta principalmente o estado de consciência do paciente e sua crítica sobre o estado mórbido, aspectos que influenciam a capacidade de decisão.²

A noção de competência mental para tomar decisões passa a ser um elemento clínico fundamental para se decidir pela internação involuntária. Um paciente considerado incapaz deve ser representado por um adulto apto a deliberar por ele.² No relato de caso, o papel da irmã foi fundamental para a internação, pois como Daniela foi considerada incapaz para decidir sobre seu cuidado, sua irmã foi a familiar responsável pela internação. Na ausência de responsáveis aptos, o médico pode autorizar a internação involuntária.

Faz-se necessário então avaliar a capacidade de escolha do paciente, anterior a qualquer tratamento proposto, e que cria uma dificuldade paradigmática da atuação do psiquiatra. Ainda que de responsabilidade exclusiva do médico, o que está em jogo depende do juízo clínico sobre algo que em sua natureza é propriamente moral: ter ou não ter autonomia sobre a própria vida é antes um tema filosófico-existencial do que médico.²⁴

A meta da internação é intervir na crise e controlá-la a fim de estabilizar os pacientes gravemente doentes e garantir a sua segurança e das outras pessoas. Uma vez determinada a necessidade de internação, é obriga-

ção do médico informar ao paciente sobre a conduta proposta, garantindo ao mesmo o direito de livre arbítrio, mesmo que, supostamente, não compreenda o fato. Mesmo concordando com a internação, tal fato não deixa de se constituir em certo confinamento, podendo ferir a autonomia do paciente.¹

O tipo de transtorno mental está relacionado a diferentes taxas de internação involuntária. De maneira geral, os pacientes internados involuntariamente apresentam quadro clínico e psicopatologia de maior gravidade. O estudo realizado na cidade de São Paulo que utilizou um banco de dados de 64.685 internações psiquiátricas involuntárias, verificou um aumento da taxa anual de internações psiquiátricas involuntárias de 5,8 em 2003 para 26,3 por 100 mil habitantes em 2019.^{2,16}

As taxas de internação involuntária variam bastante em todo o mundo, no Brasil esse estudo demonstrou um aumento considerável num período de dezesseis anos. Esse aumento está associado à implantação da Lei 10.216 e ao aumento gradual das notificações até as taxas relatadas. Isso pode ser verificado pelo fato de que em 10 anos posteriores não houve aumento significativo aos 20% iniciais.

As internações involuntárias estão associadas a um maior número de internações subsequentes (fenômeno da “porta giratória”), maior chance de oposição ao tratamento e maior chance de utilização de outros métodos coercitivos. Na presença de indicação e ausência de internação o que aparece é um aumento da vulnerabilidade, exposição a violência e prisão.¹⁶

Portanto, é de extrema importância avaliar clinicamente o paciente, a fim de tomar a melhor conduta em relação a internação psiquiátrica involuntária. É preciso levar em conta os riscos aos quais o paciente está sujeito ou que impõe a terceiros devido a um transtorno psiquiátrico. Incluir a avaliação do diagnóstico e de sua gravidade, além da capacidade da família em prover cuidados.

A involuntariedade será decorrente da avaliação de que a capacidade decisória de um paciente sobre

seu tratamento e sua capacidade para se responsabilizar pelas suas escolhas estão comprometidas. Dessa forma, quando bem indicadas as internações involuntárias são consideradas recursos para proteção do paciente e das pessoas de seu convívio.

Embora as internações involuntárias tenham suas indicações, as internações psiquiátricas devem ser prioritariamente voluntárias. O paciente que é internado involuntariamente tem maior chance de se opor ao tratamento instituído, o que aumenta a frequência de aplicação de outros métodos coercitivos, tornando a experiência ainda mais traumática.²

A instituição psiquiátrica, construção do século XVIII, tornou-se um emblema da exclusão e sequestro da cidadania e até mesmo da vida dos pacientes portadores de transtornos mentais, sendo que estava descomprometida com o cuidado à saúde e com a reinserção psicossocial.¹

A reforma da assistência psiquiátrica se apresenta em razão do crescente clamor social causado pelas recorrentes denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos Direitos Humanos, gerando uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença.¹

A Reforma Psiquiátrica, vem com essa perspectiva de cuidar para além dos Hospitais respeitando a autonomia do paciente e preconizando a reinserção na sociedade. Como pode ser percebido o cuidado vai além de uma internação psiquiátrica, importante salientar que para um tratamento adequado como preconiza a Lei nº 10.216/2001³ é fundamental que os recursos extra-hospitalares estejam disponíveis e que dispunham de profissionais capacitados para receber e tratar da melhor maneira os pacientes psiquiátricos.

9. Conclusão

A psiquiatria tem evoluído de forma a priorizar o tratamento humanizado e a garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais, levando em consideração sempre a autonomia e a vontade do paciente. Nos

últimos anos observa-se um crescente reconhecimento da capacidade que as pessoas acometidas de transtornos mentais têm para desempenhar um papel mais ativo, tanto em relação a decisões sobre práticas, como em cuidados de saúde que as afetam direta ou indiretamente.

A atual lei da reforma psiquiátrica constitui um avanço na regulamentação de atos médicos envolvendo pacientes portadores de transtornos mentais, sendo necessária a fiscalização efetiva por parte do Ministério Público, as comissões de defesa dos Direitos Humanos e da sociedade como um todo, no que tange à regulação das internações involuntárias.

É necessário levar em consideração a importância de determinar no momento adequado uma internação involuntária. Essa decisão é bastante delicada e deve ser baseada em critérios clínicos bem fundamentados, levando em conta o respeito aos direitos humanos e a preservação da integridade física do paciente e de terceiros.

A instituição psiquiátrica construída no século XVIII não se preocupava com a reinserção psicossocial, ao contrário, tinha características asilares que produzia exclusão e sequestro da cidadania. Por muito tempo os pacientes psiquiátricos foram desprovidos de seus direitos, dentre eles o direito de escolher por seu tratamento e os procedimentos em saúde.

A internação psiquiátrica é um procedimento médico, dessa forma cabe ao paciente consentir para que ela ocorra, fato esse que não ocorrerá apenas se o paciente não estiver com a capacidade de discernimento preservada. Importante salientar que a legislação federal vai ao encontro dessa concepção, respeitar a autonomia do paciente e agir conforme os preceitos éticos é antes de tudo obrigação de todos.

REFERÊNCIAS

1. Fortes H M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Ver. Bras. Saúde Matern, Infant, Recife, 10 (Supl. 2): S321-S330 dez, 2010.
2. *Psiquiatria Forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas*/ Organizadores, Daniel Martins de Barros, Gustavo Bonini Castellana. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2020
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 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 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2001 [capturado em 08 ago. 2023]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.391/GM, em 26 de dezembro de 2002 [Internet]. Brasília: MS; 2002 [capturado em 08 ago. 2023]. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria-gm-ms-2391-2002.pdf>
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, DF.p.63,18 ago 2000.Seção 1.
6. Abadalla F E. *Psiquiatria Forense de Taborda/ Elias Abdalla- Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borda Telles*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
7. Tenório F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde, Manguinhos RJ. Vol. 9(1): 25- 59, jan-abr. 2002.
8. Figueiredo A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. Psicologia Política. Vol 19 (44), p. 78-87, jan-abr. 2019.
9. Rocha R. C. Dos Manicômios à Reforma Psiquiátrica: uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Volta Redonda, 2017.
10. Hirdes A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma revisão. Ciência e Saúde Coletiva, Gravataí RS. Vol 14 (1), p. 297-305, 2009.
11. Brasil. Decreto no 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 1903 [capturado em 10 jan. 2024]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>
12. Brasil. Decreto no 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1934 [capturado em 10 jan. 2024]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
13. Brasil. Projeto de Lei no 3.657/1989 [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 1989 [capturado em 10 jan.2024]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.056/2013 [Internet]. Brasília DF [capturado em 18 jan.2024]. Disponível em: https://sis-temas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.057/2013 [Internet]. Brasília DF [capturado em 18 jan.2024]. Disponível em: <https://sis-temas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>
16. Fornazari C.; Canfield M.; Laranjeira R. Real World evidence in involuntary psychiatric hospitalizations: 64,785 cases. Braz J Psychiatry. May-Jun; 44 (3): 308-311, 2022.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: MS; 2005.
18. Minatogawa-Chang T.M. et al Clinical and Demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil. Cad Saúde Pública. 29 (11): 2347-52, 2013.
19. Chatzisyemonidis S.; Kioskli K. Insights and risk factors of involuntary hospitalizations through a retrospective analysis of police records: differences between involuntary and non- hospitalized patients. Current Psychology, published online: 15 June 2023.
20. Brayley J.; Alston A.; Rogers K. Legal criteria for involuntary mental health admission: clinician performance in recording grounds for decision. Med J Aust. 2015; 203 (8): 334.
21. Stromberg C. D.; Stone A. A. Statute: A model state law on civil commitment of the mentally ill. Havard J Legis, 1983; 20 (2): 275-396.
22. Nathaniel P.; Morris M. D.; Robert A.; Kleinman M. D. Taking an Evidence- Based Approach to Involuntary Psychiatric Hospitalization. Psychiatric Services 74:4, April 2023.
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2217/2018 [Internet]. Brasília DF [capturado em 18 fev.2024]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
24. Castellana G. B. O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Saúde Coletiva. São Paulo, 2019.
25. Barros D. M.; Serafim A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Revista Psiquiatria Clínica. 2009; 36 (4): 175-7.
26. Brasil. Resolução nº 8 de 14 de agosto de 2019. Diário Oficial da União. Publicado em 23/08/2019. Edição:163. Seção:1. Página:55. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/resolucoes>

Síncope no Idoso

Dra. Nágela Nunes*

Síncope no idoso é um capítulo à parte desta síndrome complexa e cheia de armadilhas. Quando se avalia um idoso com síncope, um leque de possibilidades se abre e encontrar uma única causa, por vezes, passa a ser extremamente difícil, já que os idosos podem ter vários fatores que podem levar a síncope por causas diferentes ou por múltiplas interações entre si. Uma boa forma de começar a avaliação de um paciente idoso com síncope é fazer uma excelente anamnese e um exame físico minucioso e, só a partir daí, traçar hipóteses diagnósticas e prosseguir na investigação.

Começamos pela definição de Síncope, bem amarrada no último guideline europeu em 2018, onde define-se por síncope a perda transitória da consciência, de início súbito e recuperação rápida (em até 5 min, frequentemente em segundos), caracterizada por: perda do tônus postural, não responsividade, amnésia a cerca do evento em si e recuperação total e espontânea, sem nenhuma sequela motora ou cognitiva após o evento. Após a certeza de que houve de fato síncope, o próximo passo é prosseguir na investigação; caso contrário outros diagnósticos diferenciais devem ser pensados como: AVC / AIT vertebro-basilar, convulsão, síndrome do roubo da subclávia, hemorragia subaracnóideia, distúrbios hidroeletrolíticos, hipoglicemia, dentre outros.

O mecanismo fisiopatológico da síncope é a hipoperfusão cerebral global, sendo assim, por algum motivo a pressão arterial (PA) tem que cair muito a ponto de diminuir a perfusão cerebral de uma maneira global e por isso o paciente perde a consciência. Existem três causas principais para que isso ocorra:

1. Presença de mecanismo reflexo vagal (síncope reflexa), onde o stress

ortostático e o consequente tônus simpático aumentado podem provocar a estimulação de mecanorreceptores localizados na parede inferior do ventrículo esquerdo (fibras C), levando a uma aferência, seguida de eferência vagal e retirada simpática (com queda de PA, da frequência cardíaca ou mista). Outros gatilhos como medo, dor, fobia, stress emocional pontual, determinadas situações (pós-esforço, pós-miccional, pós-defecação, após tosse, riso, tocar instrumento de sopro, etc...), também, podem provocar hipertonía vagal. Nos idosos, a hipersensibilidade do seio carotídeo pode ser uma causa importante de síncope reflexa, devendo ser pesquisada quando não há outra causa aparente. Esta é a causa mais comum de síncope na população em geral e em todas as faixas etárias.

2. Hipotensão ortostática: onde há queda da PA sistólica (PAS) > 20 mmHg e/ou da PA diastólica (PAD) > 10 mmHg na posição de pé em relação a posição deitada ou sentada. Isso ocorre por inúmeros fatores: desidratação, perda sanguínea, polifarmácia, disautonomia simpática, dentre outros.

3. Síncope de origem cardíaca (síncope cardíaca), onde a síncope se dá por alguma doença cardíaca ou arritmia, o que pode ser potencialmente fatal e por isso é urgente o diagnóstico preciso. As pistas diagnósticas para síncope cardíaca são alterações eletrocardiográficas (distúrbios da condução atrioventricular ou intraventricular, fragmentações, ondas Q patológicas, arritmias) e/ou anatômicas (disfunção ventricular, áreas de fibrose, obstrução da via de saída do VE ou do VD, hipertensão pulmonar, doenças valvares).

Analisando as possíveis causas de síncope (Fig. 1), onde o débito cardíaco (DC) é o produto entre volume sistólico (VS) e a FC, e a PA é o produto entre DC e resistência vascular periférica (RVP); se a síncope é provocada por queda da PA, o problema ou está no VS (queda) ou na FC (> 150 bpm ou < 50 bpm) ou na RVP (queda). No idoso a RVP é um componente, muitas vezes, negligenciado na avaliação da síncope. A RVP é consequência não só da ação de neuro-hormônios, como epinefrina, angiotensina, sobre a vasculatura periférica mas, também, da integridade dos vasos e da ação da musculatura periférica (dos membros inferiores e do abdome) so-

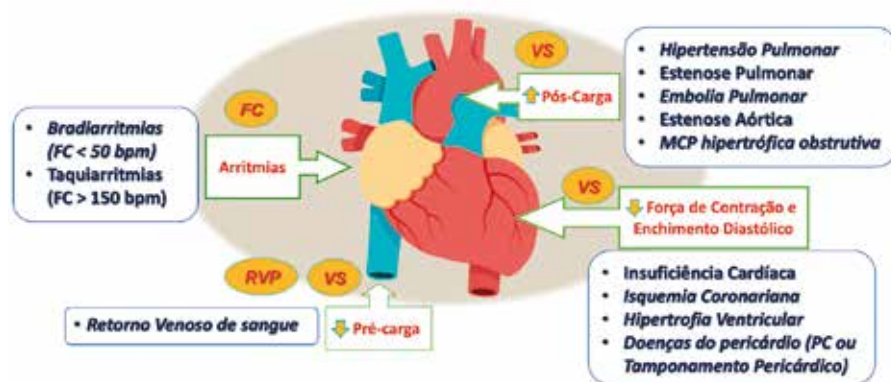


Fig.1 Fisiopatologia da síncope

*Coordenadora da Unidade de Síncope do Complexo Hospitalar de Niterói, Mestre em Cardiologia pela Universidade Federal Fluminense e Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia

bre a maior parte dos vasos de capacitância do corpo humano, localizados nas pernas e no abdome. Logo, a sarcopenia e a fraqueza muscular progressiva nos idosos, pode ser responsável por grande parte das síncope por hipotensão ortostática. Além disso, a imobilidade prolongada (em internações ou mesmo em domicílio) pode acelerar esse processo de sarcopenia, além de diminuir progressivamente a cavidade ventricular, causar denervação da musculatura e de vasos periféricos, dessensibilizar os barorreflexos e diminuir o volume de sangue circulante. Logo, uma das maiores e mais nocivas causas de síncope no idoso é a inatividade.

Outra causa importante de síncope no idoso, pouco falada em artigos ou textos didáticos sobre síncope, é a hipotensão pós prandial. Essa causa de síncope é bem comum em octogenários (até 59% de prevalência), onde ocorre queda da PAS de 20 mmHg ou mais ou queda da PAS < 90 mmHg, causada pelo acúmulo de sangue no leito vascular esplâncnico, dentro de 2 horas após o início de uma refeição rica em carboidratos. Costuma ser mais frequente em pacientes diabéticos, hipertensos, portadores de doença de Parkinson ou que estão sob uso de polifarmácia, principalmente diuréticos.

São múltiplos os fatores que contribuem para síncope em idosos (fig. 2), dentre eles: sensação de sede reduzida, sensibilidade barorreflexa embotada, redução da atividade renina-angiotensina-aldosterona, elevação do peptídeo natriurético atrial e disfunção sistólica e/ou diastólica. Logo, além de cardiopatias ou arritmias que podem estar presentes no indivíduo idoso, é importante ter em mente que quaisquer condições que contribuam para o estresse hemodinâmico ou dificulte os mecanismos de regulação da PA, levando a diminuição do DC (queda do VS ou extremos de FC) e da RVP, pode predispor o idoso à síncope reflexa ou por hipotensão ortostática (exemplos: sepse, desidratação, hemorragia, anemia, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência adre-



Fig. 2 Múltiplos fatores de risco para Síncope em paciente idosos e frágeis

indivíduos idosos, retirando drogas que somam mais malefícios que benefícios, como betabloqueadores e diuréticos. A desprescrição no idoso é tão ou mais importante que a prescrição, sobretudo em pacientes idosos com síncope.

Referências:

1. Freeman R, Illigens BMW, Lapusca R, et al. Symptom Recognition Is Impaired in Patients With Orthostatic Hypotension. *Hypertension* 2020;75(5):1325–32.
2. Rocha, Eduardo Arrais; Metha, Niraj; Távora-Mehta MZP et al. Dysautonomia: A Forgotten Condition — Part II. *Sociedade Brasileira de Cardiologia* 2021;116(5):981–98.
3. Rocha EA, Mehta N, Távora-Mehta MZP, et al. Dysautonomia: A Forgotten Condition — Part 1. *Arq Bras Cardiol* 2021;116(4):814–35.
4. Ricci F, De Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic Hypotension. *J Am Coll Cardiol [Internet]* 2015 [cited 2019 Aug 27];66(7):848–60.
5. Ricci F, De Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic hypotension: Epidemiology, prognosis, and treatment. *J Am Coll Cardiol* 2015;66(7):848–60.
6. HARKEL ADJT, VAN LIESHOUT JJ, WIELING W. Treatment of orthostatic hypotension with sleeping in the head-up tilt position, alone and in combination with fludrocortisone. *J Intern Med* 1992;232(2):139–45.
7. Brignole M, Moya A, De Lange FJ, et al. Practical Instructions for the 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2018;39(21):e43–80.
8. Brignole M, Moya A, De Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2018;39(21):1883–948.

nal, ortostase prolongada, repouso prolongado no leito, polifarmácia).

Além do diagnóstico, o tratamento do idoso com síncope pode ser outro desafio (Fig. 3), por vezes extremamente difícil, onde nem sempre é possível aumentar o sal e a água da dieta, além da baixa aderência a orientações como dormir com a cabeceira elevada (em casos de hipertensão supina), usar vestimentas compressivas, iniciar e manter exercícios físicos supervisionados e individualizados e aplicar manobras de contração, o que exige algum grau de autonomia motora, sendo mais eficaz quando há pródromos ou estes são reconhecidos pelos pacientes.

Por todo o exposto, a síncope no idoso continua sendo um dos maiores desafios, diagnóstico e terapêutico, para os profissionais de saúde que se dedicam à avaliação de pacientes com síncope. Um alerta importante a todos os profissionais de saúde é a necessidade de praticar a desprescrição nos



Fig. 3 Tratamento da Síncope em Idosos

UM MÉDICO BRASILEIRO EM PARIS: Manoel de Abreu, o inventor da abreugrafia.

PEDRO HENRIQUE MIRANDA FONSECA

Membro fundador da Sociedade Brasileira de História da Medicina

Manoel Dias de Abreu (1892 – 1962) formou-se em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro em 1913 e, no ano seguinte, seguiu para Paris, onde só pode aportar em princípios de 1915, devido a eclosão da Primeira Guerra Mundial. Nesta cidade, fez a sua preparação de radiologista e iniciou sua atividade de pesquisador. De espírito inquieto, observador e com preocupações intelectuais, encontrou na pesquisa objetiva um desaguardo para a sua alma inquiridora. Para a sua ânsia interrogativa a única solução era a Ciência e a pesquisa científica.

Em princípios de 1916, passou a frequentar o Serviço do Professor Nicolas Augustin Gilbert (1858 – 1927) no Hotel Dieu, porém este Serviço com ênfase na clínica não satisfaz plenamente a sua alma inquieta, mas aí

teve oportunidade de verificar em um caso de tuberculose, a discrepância entre os achados clínicos, que se mostraram dentro da normalidade, e os achados radiológicos, que mostraram uma doença pulmonar avançada com pus na cavidade pleural. Este episódio lhe proporcionou uma grande revelação: a Radiologia, com inúmeras e então inexploradas possibilidades, abria novos horizontes à Clínica. O Professor Gilbert o convidou para chefiar o Serviço de Radiologia, que se encontrava vago porque o seu chefe Guillemot estava engajado no Exército francês, mas não permaneceu aí.

Desejando continuar a sua formação em Radiologia, vai em 1917 para o Serviço de Radiologia do Hospital



Manoel Dias de Abreu – Wikipédia

Laennec, um dos mais antigos de Paris e um dos mais conceituados da Europa, tornando-se Assistente do Professor Maingot, chefe do Serviço até 1918. Neste Serviço, ele desenvolve a certeza da importância da Radiologia no diagnóstico precoce da tuberculose, como a grande inovação. Aí, também, teve oportunidade de observar a importância da tonalidade da sombra pulmonar como elemento indispensável na caracterização da imagem radiológica e na avaliação de sua evolução clínica. Vislumbrou na fotografia da radioscopia do tórax o meio exequível de realizar exames em larga escala, em tempo curto e por baixo custo. Concebe, em 1919, a radiofotografia como solução para o problema. Com o re-

sultado de suas observações, escreveu um trabalho ilustrado com toda a documentação conseguida. Com o manuscrito debaixo do braço procurou a Masson & Comp. Editores, a mais conceituada editora de livros médicos de Paris na época. Foi recebido por um certo Casalis, gerente da Firma, que o tratou friamente, certamente pensando: “O que será que um médico sul-americano teria a oferecer à mais prestigiada editora francesa?” e disse que para que o livro fosse publicado era necessário o escrutínio de suas comissões, que no caso da tuberculose, o presidente era o Dr. Édouard Rist (1871 – 1956). Abreu retrucou que o conhecia de vista do Serviço de Radiologia do Hospital Laennec. E aí o tal gerente recomendou que pedisse a ele para prefaciá-lo o livro. Caso ele o fizesse a sua edição estava garantida. Ele então o procurou e o dou-

tor recomendou que deixasse o manuscrito e voltasse em uma semana. Findo o prazo ele voltou e ouviu dele o seguinte: “Seu livro é muito interessante. Se você concordar comigo em modificar alguns pontos assinalados no original, quanto à suposta superioridade da radiologia sobre a estetoscópica e somente neste caso, se concordar com estas modificações, farei o prefácio para o seu livro.” Claro que ele concordou plenamente. E o livro “Radiodiagnóstico dans la tuberculose pleuro-pulmonaire” foi publicado em 1921. Era um médico brasileiro vencendo em Paris por seus próprios méritos.

Fonte – SANTOS, Itazil Benício dos – Vida e obra de Manoel de Abreu, Rio de Janeiro, Irmãos Pongetti Editores, sem data.

A Nova Fronteira da Medicina: Construindo a Autoridade Digital Médica

Em um mundo onde a tecnologia e a medicina convergem de forma acelerada, surge uma nova dimensão da prática médica: a Autoridade Digital Médica. Este conceito, cada vez mais relevante, expande o alcance e a influência dos médicos para além dos limites físicos dos consultórios, promovendo uma conexão direta e significativa com a comunidade através das plataformas digitais.

A construção da autoridade digital médica não é apenas uma tendência, mas uma necessidade estratégica para a sustentabilidade do médico no mundo virtual. Estabelecer-se como uma autoridade digital envolve várias etapas cruciais, todas voltadas para aumentar a confiança e a credibilidade do profissional de saúde entre pacientes e pares. Para isso, os médicos devem adotar uma abordagem proativa na criação de conteúdo relevante e informativo, participar ativamente de discussões online, e utilizar ferramentas digitais para educar e engajar seu público.

Os benefícios de se tornar uma autoridade digital médica são vastos. Primeiramente, há o aumento da visibilidade. Com uma presença digital forte, os médicos podem alcançar um público mais amplo e diversificado, superando barreiras geográficas e demográficas. Isso não só facilita a captação de novos pacientes, mas também fortalece a fidelização dos existentes, que passam a confiar mais no profissional que se destaca como uma referência em sua área.

Além disso, a autoridade digital permite que os médicos participem ativamente de discussões importantes sobre saúde, contribuindo com informações precisas e baseadas em evidências. Isso não apenas educa o público, mas também combate a desinformação, um problema crescente no ambiente digital. Com uma presença digital consolidada, os médicos podem influenciar positivamente a opinião pública e as políticas de saúde, promovendo melhores práticas e iniciativas de saúde pública.

Para construir essa autoridade, é essencial que os médicos utilizem estratégias de marketing digital eficazes. Isso inclui a criação de um site profissional bem estruturado, a manutenção de perfis ativos e informativos nas redes sociais, e a publicação regular de artigos e vídeos educacionais. As plataformas digitais, como Google Meu Negócio, canais no YouTube e perfis no Instagram, oferecem oportunidades únicas para os médicos compartilharem seus conhecimentos, demonstrarem sua expertise e interagirem diretamente com seus pacientes e seguidores.

A importância de investir na autoridade digital se reflete na sustentabilidade da prática médica no mundo atual. Em um ambiente onde os pacientes estão cada vez mais informados e exigentes, a presença digital é um diferencial competitivo. Médicos que se destacam online não apenas atraem mais pacientes, mas também

criam um vínculo mais forte e duradouro com eles, resultando em maior satisfação e fidelidade.

Além da criação de conteúdo, a interação com os pacientes nas redes sociais é fundamental. Responder a perguntas, fornecer conselhos práticos e mostrar empatia humaniza a figura do médico, tornando-o mais acessível e confiável. As avaliações online e os depoimentos de pacientes satisfeitos também desempenham um papel crucial na construção da autoridade digital, pois funcionam como prova social de competência e confiança.

Em suma, a construção de uma autoridade digital médica é um processo contínuo que requer dedicação e estratégia. No entanto, os benefícios são inegáveis, proporcionando uma base sólida para o crescimento profissional e a melhoria contínua da prática médica. Ao abraçar a transformação digital, os médicos podem garantir que a essência da medicina – o cuidado humanizado e a dedicação ao bem-estar dos pacientes – seja amplificada pelas infinitas possibilidades que a tecnologia oferece.

Autores: Paula Ganimi, sócia fundadora da 2A Consultoria. Hugo Amim, sócio fundadora da 2A Consultoria, Autor do Livro: Tecnologias que Constroem a Autoridade Digital Médica, Consultor e Mentor de Inteligência Artificial na Saúde. www.2aconsultoria.com.br



cemoto
CENTRO MÉDICO
OFTALMOLÓGICO

Rua Camaragibe, nº 19,
Praça Saens Peña, Tijuca, RJ
(21) 2288-1399 | 3449-5937
☎ (21) 98035-0182
www.cemotijuca.com.br
cemoto@cemotijuca.com.br

Consultas, Exames e Cirurgias
Angiografia
Retinografia
Campo Visual Computadorizado
Mapeamento de Retina
Motilidade
Refração Computadorizada
Teste de lente de contato
Tomografia de Coerência Óptica
Ultrassonografia e outros

Bayão: O Homem, O Médico, O Amigo

**Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Presidente da Acamerj**

Nascido em 18/01/1929, em São Gonçalo, faleceu em Niterói, em 18/07/2024, sendo sepultado no Cemitério de São Francisco Xavier, Charitas.

Esta é uma referência necrológica normal e formal para uma figura humana das mais especiais que conheci, desde 1959, quando eu, cursando o segundo ano de medicina, necessitei de seus serviços profissionais no Gabinete Radiológico que mantinha na Avenida Amaral Peixoto-Edifício Dom Bosco, em sociedade com outra notável pessoa, Alberto Belga Vianna, para realizar uma Seriografia do Esôfago, Estômago e Duodeno. Paguei antes de entrar na sala de exame e ele realizou o mesmo. À saída, a Secretária devolveu-me o dinheiro e estranhei o fato, pois nós não nos conhecíamos anteriormente, nem eu havia lhe revelado, durante o exame, o fato de ser acadêmico de Medicina, embora fosse irrelevante. Solicitei à Secretária para voltar a conversar com ele e insisti para que recebesse o valor. Porém ele recusou peremptoriamente.

Curioso, indaguei-lhe como soubera que eu era estudante de medicina. Resposta: - "Um passarinho me contou!".

Desde aquela data passei a admirar esse homem e enquanto convivi com ele, tanto maior foi minha admiração.

Na época já era uma figura destacada da medicina de Niterói, mormente na área da imagem radiológica. Seus exames, contrastados com bário e ar de todo o sistema digestório, eram verdadeiras obras de arte; poderiam ser enquadrados e ornamentar um ambiente sofisticado. Foi um artista da medicina!

E assim fomos seguindo, eu sempre me socorrendo pessoalmente a ele e também lhe encaminhando meus pacientes.

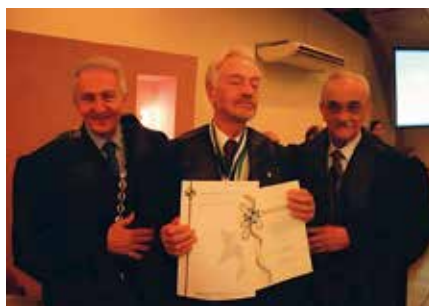
Foi um médico radiologista que buscava conhecimentos em outras plagas, nacionais e internacionais, e se di-

zia um eterno aprendiz. Gostava de perguntar!

Porém, muito mais ensinou... e como ensinou... sem alardes, sem estelismos!

No final da década de 1970, e início de 1980, introduziu o ultrassom abdominal em Niterói utilizando, evidentemente, aparelhos muito menos sofisticados que os de hoje, porém obtendo excelentes imagens - arte e prática!

Costuma-se dizer que "- A prática gera a perfeição", e o segredo da qualidade dos exames realizados por Bayão era exatamente esse: associar o conhecimento teórico inquestionável, com a prática de realizar exames diuturna-



Acad. José Dutra Bayão, ladeado pelos Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e Waldenir de Bragança recebendo homenagem de Acadêmico do Ano de 2016.

mente - "Quem sabe, faz!".

Na Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, foi figura destacada, não só pelo conhecimento, todavia por sua facilidade de convivência, lhanza no trato, respeito aos Confrades e Confeiras, alegria de viver- amava a vida!

Um verdadeiro Cavalheiro, na pureza e grandeza do termo.

No primeiro ano de minha primeira gestão da Acamerj, 2016, foi sagrado o Acadêmico do Ano e ficou muito feliz, não por vaidade, senão que pelo reconhecimento e homenagem de seus pares.

Assíduo frequentador das atividades científicas, culturais e sociais da



Academia, primou sua atuação pela simplicidade, humildade, comprometimento, ação e atitude de congraçamento. Um Acadêmico, na verdadeira acepção da palavra: estudioso, disseminador discreto do conhecimento, afável, ampla cultura geral.

Passou dissabores e dificuldades na senectude, contudo jamais transmitiu qualquer queixa ou ressentimento. Pelas suas virtudes, Deus concedeu-lhe a graça e o prazer de sempre ver-se cercado por pessoas que o amavam.

Não posso terminar este artigo sem falar do Amigo, da Amizade.

Nos últimos 24 anos, quase Jubileu de Prata, tive a Graça de uma convivência muito próxima com o Amigo de outros tempos, José Dutra Bayão. E sinto haver sido algo muito prazeroso para ambos. Muitos momentos a recordar: Solenidades, reuniões, assembleias, caronas, cursos, solicitações para opinar sobre sua saúde, conversas proveitosas, visitas, aniversários, Natais. Tudo isso ancorado no Porto da Vida - A Amizade.

Talvez essa homenagem a um querido Amigo possa parecer piegas para um necrológico, como disse de início. Porém, dadas as circunstâncias, foi o melhor que consegui fazer, conjugando Razão e Emoção, conforme externei a seus familiares no dia do sepultamento. Nessas ocasiões muito se fala em perda, pesar e descanso. Quem conviveu com Bayão deve também agradecer pelo ganho de sua presença, se parabenizar por participar de sua vida e acreditar que, na eternidade, ele continuará a praticar suas benfazejas qualidades junto ao Criador.

BEATRIZ RODRIGUES ABREU DA COSTA



Formação: Me formei pela Universidade Gama Filho em 2007, fiz residência em ginecologia e obstetrícia na maternidade Leila Diniz e Hospital Raphael de Paula Souza, onde tive a honra de ter nosso presidente Walter Palis como preceptor dentre outros preceptores brilhantes. Antes, iria fazer coloproctologia, cursei pós graduação de cirurgia geral, na Unirio no serviço do Prof. Agostinho Ascensão, porém, resolvi seguir os passos de minha mãe. Meus pais são médicos; pai cirurgião geral e mãe ginecologista e obstetra. Acho que nunca pensei em ter outra profissão na vida.

Fatos marcantes na minha profissão: A primeira vez que eu liberei um paciente numa emergência; o primeiro parto; a primeira cirurgia de trauma; a primeira vida salva; o primeiro "obrigada, doutora!"; a alegria de um nascimento de um bebê desejado; a criação da família AMERERJ (Associação dos Médicos Residentes do

Estado do Rio de Janeiro) e da ANMR (Associação Nacional dos Médicos Residentes), com a maior greve dos médicos residente da história do Brasil; a minha primeira posse como presidente da ANMR; vitória da eleição do CREMERJ em 2018 e 2023; as realizações pelos médicos jovens que conseguimos ao longo do tempo.

O que representa a AMF: A AMF representa tradição, união dos médicos e força. Representa que somente mantendo o associativismo vivo conseguiremos lutar por uma medicina de qualidade, ética e união entre os colegas.

Hobby: minha família

Livro preferido: qualquer um, desde romance, espiritismo, história e um bom suspense.

Inspiração na medicina: meus pais, a dedicação e o carinho que os mesmos têm para com seus pacientes.

Programa imperdível: Cozinhar para os amigos e familiares, com um com bate-papo.

Música preferida: Adoro música... desde um bom samba de raiz. Rock, MPB e Blues.

Mensagens aos jovens médicos: Escolha o tipo de médico que você quer ser: celebridade ou autoridade? Estude, invista na sua carreira. Tenha seu título de especialista. Um bom médico alia ciência, humanidade, técnica, habilidade, gestão e saúde física e emocional.

Boa sorte aos novos colegas e bem vindos à nossa profissão!

Artigo

A Corrida de rua no cenário nacional

A corrida de rua, um dos esportes mais democráticos no mundo, vem a cada dia surpreendendo mais e mais pessoas.

O maior número de adeptos hoje vem buscando qualidade de vida. A geração Z principalmente após a pandemia da COVID-19 percebeu a necessidade de investir em sua saúde, principalmente relacionado a prevenção de doenças psíquicas como a depressão, ansiedade e outras que vieram como efeitos colaterais da pandemia.

O praticante tem a oportunidade de lidar com diversos tipos de melhora à sua saúde, controle da ansiedade, redução do estresse, diminuição de peso, melhora da qualidade do sono, melhora do condicionamento físico, proteção contra doenças cardiovasculares, combate à depressão e tantos outros...

Pensando em incentivar a prática esportiva, estimular o cuidado com a saúde da população e da classe médica a Associação Médica Fluminense irá comemorar o Dia do Médico de 2024 com uma Corrida de rua. Uma corrida inédita que terá como nome "Corrida do Médico".

A Corrida do Médico irá acontecer dia 29 de setembro de 2024 com largada às 07h, e com trajetos de 5 e 10km de corrida, e 4km de caminhada na Praia de Icaraí. Um evento que contará com uma arena destinada a oferecer uma experiência única, com atrações musicais, barracas de alimentação e conscientização do cuidado com a saúde, além de todo o suporte e carinho com a classe médica. Será um evento para toda a família.

Aberto ao público geral também, os interessados poderão se ins-

crever a partir do dia 20/07/2024 no site www.corridadomedico.com.br e escolher além da modalidade o tipo de kit que poderá utilizar. Terá as opções de Kit completo (composto por camisa alusiva ao evento, chip de cronometragem, número de identificação, medalha finisher, hidratação, frutas e possíveis brindes), ou o Kit básico (composto por chip de cronometragem, número de identificação, medalha finisher, hidratação, frutas e possíveis brindes).

A classe médica terá descontos especiais para participar desse maravilhoso evento, e comemorar conosco o Dia do Médico 2024.

E aí, vamos participar?

Inscreva-se em:
www.corridadomedico.com.br

Livro: "BEM-VINDOS À LIVRARIA HYUNAM-DONG"

Autora: HWANG BO-REUM
Tradução: JAE HYUNG WOO
Editora: INTRÍNSECA
Wellington Bruno,
cardiologista, associado
AMF

Eu tenho uma grande paixão por livros e livrarias. Quando viajo internamente ou a outros países, meu prazer é entrar e explorar livrarias grandes e pequenas e encontrar bons livros. Sinto prazer em encontrar uma boa livraria de rua ou de shopping center. No município de Valença, no interior do Estado do Rio de Janeiro, há uma livraria com uma cafeteria ao lado. Que maravilha encontrar uma livraria com café numa cidade do interior. Já na cosmopolita Londres, há inúmeras livrarias de todos os tamanhos nas suas ruas. Há até uma inacreditável rua só de livrarias: uma maravilha.

Visitando uma livraria, descobri este "Bem-vindos à Livraria Hyunam-Dong" entre outros títulos de livros ambientados em livrarias do mundo. O título da obra e o nome da autora sul-coreana Hwang Bo-Reum me diziam que eu teria dificuldades para guardar os nomes de suas personagens. Fato que aconteceu de



verdade. Mas em nada prejudicou meu prazer e admiração pela obra e pela autora.

Não é, simplesmente, como possa parecer, pela capa e pelo título, uma leitura superficial de entretenimento sobre uma pessoa que resolve abrir uma livraria com serviço de café num bairro de uma cidade sul-coreana. É um romance que aborda com profundidade temas muito relevantes, como nossa relação com o trabalho, a aceleração da vida contemporânea, nosso lugar no mundo, nossas relações afetivas, amizade e relacionamentos interpessoais nos locais de trabalho.

A julgar pelos comentários lá de casa e das ruas das cidades brasileiras, as séries sul-coreanas exibidas em canais de streaming têm feito grande sucesso no Brasil. O volume de livros de autores sul-coreanos nas livrarias vem aumentando também. Este "Bem-vindos à Livraria Hyunam-Dong" é uma excelente leitura para reflexão sobre a vida que levamos e uma ótima dica de leitura para aquele ou aquela pessoa que maratona nas séries

coreanas de TV. Todos irão gostar.

Vale a pena a leitura. Até a próxima, pessoal!

Clínica Ortopédica Sérgio Cordeiro



Cirurgias Ortopédicas em geral
Videartroscopias das Articulações



Rua São José, 90 / s. 706 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Tels: (021) 2533-1084 / 2533-8048 / 2295-3245 / 97665-3713
www.clincordeiro.com.br - clincordeiro@hotmail.com



**PRONTO ATENDIMENTO
EM CLÍNICA MÉDICA
ORTOPEDIA E PEDIATRIA
24 HORAS**

**CENTRO CIRÚRGICO, INTERNAÇÕES CLÍNICAS,
UTI ADULTO, UTI PEDIÁTRICO, UTI NEONATAL e MATERNIDADE**



HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência
 **(21) 3578-3636**

Alameda São Boaventura, 321 - Fonseca - Niterói - RJ
www.hospitalalameda.com.br

Onde tem **Unimed**, tem

presença que transforma

Promoção do cuidado e incentivo a práticas saudáveis de **mais de 20 milhões de pessoas por meio do Movimento Mude1Hábito.**

O **maior sistema de cooperativas médicas do mundo** trabalha para transformar a vida de cada pessoa, por isso investimos em tecnologias, programas e linhas de cuidado.

Acesse mude1habito.com.br

AQUI TEM

Unimed 
Leste Fluminense

unimed.coop.br