

QUESTÕES PRÁTICAS DO INTERNAMENTO COMPULSIVO

https://doi.org/10.47907/livro/2020/anomalia_psiquica/8

Henrique Prata Ribeiro

Médico Psiquiatra no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Assistente Livre na Clínica de Psiquiatria e Psicologia da

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O IC é um internamento feito por ordem judicial. Esse internamento é feito contra a vontade dos doentes, quando estes rejeitam o tratamento que lhes é necessário. Para que se compreenda por que motivo esta modalidade de internamento existe na Psiquiatria, o mais simples será que se comece por mencionar que apenas nesta área da medicina há doenças que, pela sua própria definição, fazem com que os doentes não tenham consciência de delas padecerem; as doenças psicóticas, que implicam uma quebra de contacto de realidade, caracterizada por delírios que, de forma simplista, são crenças inabaláveis, que não cedem a argumentação lógica e que não fazem sentido no contexto cultural dos doentes e alucinações que, também de forma simplista, são perceções sem objeto externo. Para dar um exemplo que seja básico, o mais comum neste tipo de patologia é que os doentes acreditem que estão a ser perseguidos e que, para além disso, “ouçam vozes” que não foram emitidas por ninguém. A Lei, no entanto, não fala do IC de pessoas com doença psicótica e isso tem um motivo – apesar de estes serem os casos que de forma mais fácil se compreende devam ser privados da sua Liberdade em prol da sua Saúde, se se restringisse apenas a estes doentes o

IC, outro tipo de patologias graves e nas quais os doentes se colocam em risco a si ou a terceiros pela falta de discernimento causada pela doença seriam postas de parte – casos como a fase maníaca de uma doença bipolar ou a ideação suicida num estado misto de uma doença bipolar. A utilização do termo anomalia psíquica grave permite que, tanto a autoridade judicial determine a obrigatoriedade de tratamento, como que o médico psiquiatra possa exercer o seu saber científico de forma isenta. Ao fazer isto, a Lei não limita a sua aplicabilidade aos doentes que estão psicóticos nem com diagnósticos específicos, mas a todos os que, por via de uma anomalia psíquica grave de que padeçam, se enquadrem nos pressupostos para que se acione esse internamento.

Não me querendo alongar nesta matéria, visto ser o objetivo mencionar aspetos práticos no concernente a esta modalidade de internamento e não os seus aspetos teóricos, digamos que ela é necessária para proteger os doentes da sua anomalia psíquica grave, dado o nível de alterações do pensamento e da perceção que as doenças psiquiátricas podem acarretar.

Internamento de Perigo vs Internamento Tutelar

O primeiro aspeto prático para o qual quero chamar a atenção é o de quase todos os ICs ocorrerem através da aplicação do artigo 22.º da LSM, que determina os pressupostos para que se acione o internamento de perigo. Os doentes são trazidos maioritariamente pelas famílias, quando estas o conseguem, pelas forças de segurança pública, que na sequência de emissão de mandato de condução por parte do delegado de saúde ou informação de alterações de comportamento que acarretem risco para os doentes ou terceiros os acabam por trazer, ou chegam pelo próprio pé, quase sempre ao serviço de urgência. O que acontece é que o IC tutelar, que se entende menos coercivo para os doentes e por isso preferível, acaba por ficar esquecido. Isto pode acontecer por vários fatores, até de cariz económico – não há em Portugal equipas comunitárias especializadas para lidar com estes doentes na sua área de residência e fazer uma ligação menos coerciva com os serviços de internamento; este tipo de internamento (tutelar) acarreta mais custos ao Estado por ser necessária uma avaliação por dois psiquiatras, eventualmente ser requerida a

presença do médico assistente do doente ou outros profissionais de saúde pela parte do juiz e de para além disso, caso o internado se recuse a comparecer, a presença das forças de segurança tenha de ocorrer de qualquer maneira, o que leva a que se possa questionar a sua exequibilidade, dado o elevado número de ICs em Portugal – os últimos números disponíveis em 2007 apontavam para 10% do total de internamentos, sendo que hoje, apesar de não haver números oficiais divulgados, a impressão clínica é a de que estes rondarão os 25% da totalidade de internamentos. Este número de ICs, com os recursos atualmente alocados à Psiquiatria, seriam mais difíceis de assegurar se a grande maioria deles não fosse executada a partir dos serviços de urgência. Ainda assim, o que se sente que acaba por acontecer é que, aparentemente, todos os intervenientes, desde os psiquiatras assistentes, aos delegados de saúde competentes na área, às forças de segurança, parecem nem ponderar a utilização do IC tutelar, enviando-se os doentes quase exclusivamente para avaliações em serviços de urgência. Portanto, quando olhamos para os pressupostos do Internamento tutelar, dispostos nos números 1 e 2 do artigo 12.º, com especial enfoque no número 2, que lhe é exclusivo, eles encontram-se praticamente excluídos daquilo que é a prática clínica de dia-a-dia, exceto quando erradamente aplicados por psiquiatras no serviço de urgência. A relevância desta diferença é a de que, pelo serviço de urgência, nunca pode um indivíduo que não apresente risco iminente secundário à sua doença ser internado e por isso, a ausência de discernimento para avaliar o sentido e alcance do consentimento ou o facto de a ausência de tratamento deteriorar de forma acentuada o estado de saúde deste nunca pode ser tida em conta. O que acontece é que há alguns casos nos quais se perde uma oportunidade de internar doentes que beneficiariam desse internamento, pelo facto de se os conduzir à urgência quando apenas preenchem pressupostos para um IC tutelar: internamento de perigo vs internamento tutelar.

O que considerar “expediente”?

A questão seguinte prende-se já exclusivamente com o IC de perigo – o que é efetuado a partir do serviço de urgência. Tem surgido uma discussão teórica, mas com implicações práticas, porque

há interpretações diferentes por parte de diferentes psiquiatras. Esta discordância parece ter relação com aquilo que é ensinado nos centros de formação médica, visto que a Norte do país, considera-se que o expediente é tão só a documentação na posse da autoridade que conduz o doente ao serviço de urgência e que esse não engloba a avaliação clínico-psiquiátrica que resulta da observação médica que é elaborada. Já em Lisboa, onde eu trabalho, entende-se que o expediente engloba todos os momentos daquele episódio e que por esse motivo, a ACP se encontra incluída neste e que deve ser enviada para Ministério Público (MP). Se por um lado, no Norte, se diz que o MP pode utilizar indevidamente a informação clínica dos doentes para outros processos, em Lisboa é defendido que a informação que é dada pelo médico ao MP permite que se investiguem eventuais conduções abusivas de cidadãos ao serviço de urgência, importante para o caso de estes estarem a ser conduzidos apenas por estarem diagnosticados com uma qualquer patologia psiquiátrica, como tentativa de os internar exclusivamente por esse rótulo.

Da arbitrariedade do acesso ao espaço exterior

Depois, considero importante que se coloque uma questão em relação à real preservação da dignidade e dos Direitos Humanos neste tipo de internamento. Olhamos para o artigo 8.º, com os Princípios Gerais do IC e deparamo-nos com uma Lei garantística; uma lei que defende que as privações de Liberdade sejam limitadas ao mínimo essencial para garantir o direito à Saúde dos doentes, mas que a meu ver peca por, entrando no espírito do legislador, apenas por bom senso, haver deixado a descoberto a frequência de espaço exterior por parte dos doentes – eventualmente este teria de se encontrar explícito em regulamentos internos dos hospitais e não no texto de Lei, mas as implicações práticas são sérias e devem ser tidas em conta. Ao referir, no seu número 4, que as restrições são as adequadas à “normalidade do funcionamento do estabelecimento”, a LSM deixou os doentes nas mãos da boa vontade dos profissionais de saúde – uma vez que estes controlam os aspetos de logística dos serviços e dos doentes – levando a que, na prática, os doentes recebam um grau de privação de Liberdade completamente distinto consoante o serviço no qual são internados. Em serviços nos quais

os doentes têm a felicidade de ter um pátio ou um diretor de serviço que exige, com normas internas, que os doentes sejam levados ao espaço exterior, os doentes saem dos corredores dos serviços por alguns períodos. Nos restantes serviços, o que acontece é que os doentes ficam confinados ao serviço de internamento pelo tempo que este durar. Num internamento em psiquiatria as janelas não abrem, pelo risco de fuga e pelo risco de tentativas de suicídio; não há presença de atividades, visto que poucos são os serviços no país a possuir terapeutas ocupacionais nos internamentos; as infraestruturas são muitas vezes antigas e não há ginásios nem qualquer outro tipo de condições para que os doentes pratiquem atividade física – mesmo nalguns hospitais com algumas atividades, o doente encontrar-se em regime de IC é critério de exclusão para as integrar. Embora reconheça que a Lei pudesse não ser o local indicado para regular estas questões, não deixa de ser uma comparação relevante a de os presos, em Portugal, gozarem (felizmente) de um mínimo de duas horas diárias de contacto com o exterior. Esta questão, a meu ver, é das mais urgentes e também das que apresenta mais difícil resolução na Psiquiatria.

A questão do Tratamento Compulsivo em Regime Ambulatório

Avanço para uma outra questão que é geradora de discórdia no meio da psiquiatria, que é a do Tratamento Compulsivo em Regime Ambulatório (TCA). A sua aplicação efetiva é quase ausente. Na verdade, é uma minoria dos doentes que é colocada neste regime de tratamento e essa tendência parece depender mais da opinião dos médicos assistentes em relação a esta modalidade do que de sintomatologia, gravidade de doença ou risco de abandono da medicação. Segundo a Lei, a substituição do IC pelo TCA deveria ocorrer sempre que possível, terminando, da mesma forma que o IC, assim que cessassem os pressupostos que originaram a necessidade desse internamento. Para além disto, há outro dado interessante que não conheço com base em nenhum estudo formal desta população, mas sim por discussões inter pares, que é o facto de parecer haver um número relevante de doentes inimputáveis a sofrer múltiplos ICs prévios ao ilícito típico não culposos que praticaram, quase todos a transitar do IC diretamente para a alta hospitalar, sem qualquer

período de TCA. Resta compreender se a utilização mais regular do regime de TCA poderia prevenir a ocorrência dos crimes em causa. A verdade é que não sabemos e um artigo no qual tive o prazer de participar e no qual foi feita uma revisão da literatura referente aos TCA, chega à conclusão de que não possuímos dados científicos que apontem para uma especial eficácia desta modalidade. Ainda assim, é preciso ter em atenção que os resultados do artigo não podem ser considerados vinculativos por diversos fatores: o TCA varia de país para país consoante a sua legislação e em alguns países determina-se que o doente seja observado por profissionais de saúde, mas não há obrigatoriedade de toma de medicação; a maior parte dos estudos são *Randomized Controlled Trials*, o que quer dizer que os doentes que não se encontram em TCA são bastante acompanhados ao longo do estudo, criando nesses doentes voluntários um grande viés, que não contabiliza de forma adequada os abandonos da terapêutica nem o seguimento menos regular que nos serviços de saúde acabam por ocorrer.

Do financiamento da medicação

Ainda em relação ao TCA, gostaria de discutir o financiamento da medicação administrada aos doentes. Em Portugal, doentes colocados nesta modalidade de tratamento são obrigados a tomar e a pagar medicação da qual, na maioria dos casos, nem sequer reconhecem a necessidade. O Estado não deve ser paternalista, nem deve garantir mais regalias a um tipo de doentes do que a outros, mas poder-se-á considerar moralmente discutível que, para além da medida coerciva da administração da medicação, se imponha também aos doentes que assegurem os seus custos. Isto porque, se o TCA é um prolongamento do IC na comunidade, para todos os efeitos, dever-se-ia considerar que estes doentes eram medicados de acordo com as normas do regime de internamento, no qual os doentes não pagam a medicação que lhes é prescrita. Também aqui se gera disparidade na qualidade de cuidados de saúde prestados à população, com alguns hospitais a optar por financiar a medicação dos doentes neste regime de tratamento e outros hospitais a considerarem que não é sua responsabilidade, mas sim do governo assumir esses custos.

Entre os psiquiatras comenta-se também que deveria existir a possibilidade de colocar um doente diretamente sob TCA sem que fosse necessário proceder-se ao seu internamento antes disso. Apesar de essa questão não ter tradução prática, penso que é relevante mencioná-la, podendo gerar um interessante ponto de discussão mais tarde.

Liberdade clínica ou uniformização?

Finalmente chegámos à última questão que queria colocar hoje, que é relacionada com a padronização das avaliações por parte dos psiquiatras – Seria vantajoso criar uniformização nas avaliações ou seria nefasto pelo risco de se simplificar avaliações numa área tão sensível como é a privação de Liberdade dos cidadãos? Tive oportunidade de participar num estudo liderado pelos Dr.s Sofia Brissos e Fernando Vieira para a criação e desenvolvimento de uma *checklist* para avaliação de doentes para eventual IC. Há dois lados para esta questão: se por um lado uma *checklist* pode ser perigosa para pessoas com uma formação como a da área médica, em que muito se procuram algoritmos que simplifiquem o raciocínio clínico e justifiquem decisões, pode da mesma forma ser uma *checklist* uma forma não vinculativa de o médico percorrer todos os campos que é necessário avaliar, podendo socorrer-se dela, especialmente em casos de dúvida quanto à sua decisão, para verificar que todas as áreas necessárias estão devidamente avaliadas.

Postas as minhas questões, que reconheço são de difícil resposta e para as quais eu não consegui encontrar soluções completamente satisfatórias ou exequíveis, convido todos a participar numa discussão que possa enriquecer as perspetivas e ajudar os agentes envolvidos no processo do IC a encontrar consensos que mais bem sirvam os doentes.