

A MELANCOLIA E O INTERNAMENTO COMPULSIVO

MELANCHOLY AND INVOLUNTARY COMMITMENT

João Alcaface Ferreira, António Mesquita Figueiredo, António Ramos Marieiro &
Máximo Fernández Colón

(1) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro –
Aveiro

Resumo

No decurso da sua atividade profissional, o médico psiquiatra defronta-se, repetidamente, com o desejo de morte por parte de um número significativo dos seus pacientes. Se o cumprimento da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) é inequívoco e linear na presença de sintomatologia grave associada a perturbações psíquicas graves como a esquizofrenia e a perturbação afetiva bipolar, o mesmo não se verifica no que concerne às perturbações depressivas unipolares. Assim, na presença de um quadro depressivo melancólico, sem presença de sintomatologia psicótica, estarão ou não reunidos os pressupostos para a aplicação da lei?

Palavras-chave: depressão; lei; saúde mental; compulsivo; internamento; liberdade.

Abstract

In the course of his professional activity the psychiatrist constantly confronts himself with the death wish of a significant number of his patients. If compliance with the Mental Health Act (Law no.º 36/98 of July 24) is unambiguous and linear in the presence of severe symptoms associated with serious mental disorders such as Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder, the same isn't true in what concerns unipolar depressive disorders. Thus, the presence of a depressive melancholy, without the presence of psychotic symptoms, or aren't meeting the requirements for law enforcement?

Keywords: depression; law; mental health; compulsive; hospitalization; freedom.

Introdução

No decurso da sua atividade profissional o médico psiquiatra defronta-se, repetidamente, com o desejo de morte por parte de um número significativo dos seus pacientes, desejo este de intensidades e intencionalidades variáveis.

Se a questão se enraíza em princípios inquestionavelmente filosóficos, a solução deverá não só contemplá-los, mas transcendê-los, quando o suicida ganha forma, movimento e vida. Emerge então a necessidade de excluir determinantes supra-ontológicos inerentes a processos patológicos múltiplos frequentemente envolvidos no limítrofe e nebuloso comportamento de auto-destruição.

Se o cumprimento da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) é inequívoco e linear na presença de descompensação de perturbações psíquicas graves como a Esquizofrenia e a Perturbação Afetiva Bipolar, o mesmo não se verifica no que concerne às perturbações depressivas unipolares. O presente trabalho pretende ser mais uma contribuição para a clarificação na decisão de determinação de internamento compulsivo, quando na presença de um doente deprimido com ideação suicida ativa e risco suicidário. Se a reflexão é multi fatorial, já a conclusão é binária: sim ou não.

Pressupostos

O estudo ontológico e etológico concede um atraso permanente à elaboração de qualquer lei. Esta surge como resultado da necessidade de regular o comportamento humano, e como tal surge (e surgirá?) sempre depois dele.

A lei é, em geral, configurada ou estruturada em função dos comportamentos normalmente previsíveis do homem comum, de um tipo de homem dotado de tais ou quais qualidades que o tornam o destinatário de preceitos de carácter genérico, o que não impede que existam normas complementares que prevejam situações específicas ou particulares, que agravem ou atenuem as consequências contidas na norma principal.

A evolução progressiva do conhecimento permitiu perceber que o comportamento do indivíduo sadio apresenta características distintas do indivíduo enfermo pelo que, e seguindo o mesmo princípio, houve a necessidade da criação de uma Lei de Saúde Mental.

Esta, como outra qualquer lei, assenta em princípios maiores e que a antecedem como o da liberdade, conceito este de execução concreta, limitada e adstrita à própria lei, mas de natureza analógica e portanto filosófica.

Nem mesmo na disciplina da Filosofia a definição do conceito tem vindo a ser consensual. Num primeiro passo, foi proposta uma definição de liberdade, pela *indiferença a estímulos externos*. Ser indiferentemente livre é não ter mais propensão a fazer uma em detrimento de outra, entre duas alternativas. Aristóteles, na sua obra “De Caelo” questiona como um cão diante de duas refeições igualmente tentadoras poderia racionalmente escolher entre elas. Baseando-se nesta premissa, Jean Buridan, em pleno século XIV, defende a relevância do determinismo moral na ação humana, pelo qual, salvo por ignorância ou por impedimento, um ser humano diante de cursos alternativos deve sempre escolher o maior bem. Na sua impossibilidade, Buridan defendia que a escolha devia ser adiada até que se tivesse mais informação sobre o resultado de cada ação possível.

Spinoza realça a relevância da responsabilidade para o exercício da liberdade, que deve considerar a envolvência humana, na qual se inserem as leis físicas, químicas, biológicas e psicológicas, que permitiriam fazer a distinção clara entre liberdade e libertinagem.

Descartes introduz a variável do conhecimento/esclarecimento para a determinação livre do próprio. Este conceito é recuperado por Kant, sublinhando o conhecimento, a intuição intelectual, a autonomia e a consciência da condição da liberdade em si mesma, para o seu exercício claro e pleno.

Numa tentativa sistemática mas insuficiente, Isaiah Berlin propôs duas dimensões para o conceito: Liberdade negativa é “*ausência de coerção*”, isto é, ela qualifica a independência do ser humano; e a *liberdade positiva* é “*possibilidade de agir*”, a autonomia e a espontaneidade de um sujeito racional. Isto é, ela qualifica e constitui a condição dos comportamentos humanos voluntários.

É contudo, Schopenhauer que esclarece a distância entre o conceito de liberdade e a ação humana. Para Schopenhauer, a ação humana não é absolutamente livre pois o homem não é livre para deliberar sobre a sua vontade. Ele não escolhe o que deseja, o

que quer. Logo, não é livre – é absolutamente determinado a agir segundo a sua vontade particular, objetivação da vontade metafísica por trás de todos os eventos naturais.

Para o Direito^(a), liberdade do homem é concretamente liberdade de decisão, não no sentido de eleição de uma entre várias possibilidades de ação, mas no de decisão sobre aquilo que há de ser feito através dele e portanto, em último termo, de ele e sobre ele (Figueiredo Dias, 1983).

Esta definição é porém sùmula e produto das conceções filosóficas clássicas de liberdade, integrando a responsabilidade (Spinoza), o conhecimento (Descartes), a inteligência, autonomia e consciência do próprio e da sua condição (Kant).

A integração da ação conjunta da Psiquiatria, enquanto ciência médica, e do Direito enquanto ciência normativa, centrada no homem enquanto ser livre titular de direitos e de deveres, decorre do reconhecimento das minudências do conceito de doença mental/anomalia psíquica, particularmente quando esta condiciona a expressão da liberdade do mesmo. Esta integração apresenta-se melhor expressa no direito civil, no qual a doutrina atribui a noção de anomalia psíquica a um quadro amplo de perturbações intelectuais ou intelectivas (afetando a inteligência, a percepção ou a memória) ou de perturbações volitivas (relativas à manifestação da vontade), utilizando um critério misto, cujo elemento normativo é o juízo sobre a incapacidade de a pessoa se reger e de reger os próprios bens (Cunha Rodrigues, 2000).

Recupera-se a contribuição de Schopenhauer, a da estrita relação entre a liberdade e a volição, num modelo quase simbiótico, de interdependência: da vontade depende a liberdade e da liberdade depende a vontade.

Admite-se porém, que a doença mental poderá condicionar a vontade, de forma permanente ou transitória e, portanto, a liberdade do próprio em se auto-determinar. O termo presente na lei, de anomalia psíquica, manifestamente lato e inclusivo, remete a avaliação para o doente em si e não só para a doença. O diagnóstico clínico de uma perturbação mental (e.g. esquizofrenia) não é condição suficiente para fundamentar o internamento ou tratamento compulsivo *per si*, mas sim o tipo de anomalia psíquica que o mesmo diagnóstico pode conter (e.g. falta de *insight*).

Interessa, então, reconhecer que nenhuma definição estabelece limites precisos para o conceito de perturbação mental (DSM-IV – TR, 2000), admitindo-se, no entanto,

que a mesma representa uma perda de liberdade do doente sobre si mesmo, demonstrada por alterações da vida psíquica e do comportamento, psicologicamente incompreensíveis em relação à sua biografia até aquele momento, através do aparecimento de estruturas psíquicas qualitativamente diferentes das que ocorrem em indivíduos saudáveis (Fernandez, 1976).

Se a para a ideologia liberal do século XIX o internamento era um imperativo decorrente do instinto de conservação social e apenas se “*institucionalizava um estado de facto pois não era possível privar de liberdade aquele que não a possuía*”, a atual lei prevê o oposto, pelo acesso aos cuidados de saúde mental e a subsequente integração do indivíduo na sociedade, da qual faz parte.

Assim, resultam na Lei de Saúde Mental os seguintes pressupostos:

1 – o portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 – pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

A depressão melancólica

Como referido, se a aplicação da lei é direta, sem reservas, em determinados quadros psiquiátricos, maioritariamente do espectro psicótico, o mesmo não se verifica quando este marcador não se encontra presente.

Paradoxalmente, se na esquizofrenia a presença de sintomatologia psicótica não se relaciona necessariamente com a maior ou menor gravidade do quadro clínico, o mesmo não se poderá dizer quando consideradas as perturbações do espectro afetivo. Numa perspetiva dimensional, a depressão psicótica estará certamente no limiar de gravidade dos quadros depressivos, pela repercussão que representa no funcionamento do doente. A presença de sintomatologia psicótica apazigua a decisão de internamento,

pela incompreensibilidade dos sintomas. O mesmo não se verifica na depressão melancólica, pelo que a caracterização da gravidade assume critérios menos objetivos.

A par com as restantes especialidades médicas, o conceito de gravidade nas doenças psiquiátricas é genericamente atribuído à morbi-mortalidade da condição em si. O conceito de gravidade da anomalia psíquica há de, pois, definir-se em termos técnico-científicos, mas sem ligação com o critério de perigosidade; noutra perspetiva, a noção de gravidade obedece a um plano axiológico em que se fixam pressupostos mínimos e se recusam critérios de seleção e de diagnóstico; se a anomalia psíquica não for grave, não há lugar a internamento compulsivo, ainda que gere situações de perigo (Cunha Rodrigues, 2000).

Assim, na presença de um quadro depressivo melancólico, sem presença de sintomatologia psicótica, estarão ou não reunidos os pressupostos para a aplicação da lei? A gravidade é consequência direta da anomalia psíquica, sendo secundária a gravidade do comportamento a que possa dar causa.

Na perspetiva das consequências da manifestação da doença, poucas dúvidas restarão que a mesma pertence ao grupo das perturbações mentais que representam uma morbidade significativa pela alteração dramática e penosa dos hábitos de vida, bem como pela incidência de uma mortalidade expressiva. A prevalência de depressão em tentativas de suicídio cifra-se entre os 17-24%, sendo que a depressão *major* é associada ao maior número de suicídios consumados; foi diagnosticada depressão *major* a pelo menos metade dos pacientes que cometeram suicídio. Os indivíduos com depressão moderada ou grave têm uma probabilidade noventa e uma vezes maior de risco suicida relativamente aos indivíduos sem depressão ou com depressão ligeira (Alcafache & Mesquita, 2011). Pode, então, concluir-se que a depressão melancólica é em si uma doença mental grave.

A prevalência de ideação suicida em pacientes deprimidos é superior a 30%, sendo que apenas uma percentagem destes tenta o suicídio. Na certeza da incerteza, a identificação dos potenciais suicidas, numa população de doentes deprimidos que verbalizam alguma forma de ideação suicida, conhece alguns fatores de determinação de risco. Não se dedicando este trabalho à escarpelização dos mesmos, admitamos que o doente melancólico verbaliza um desejo concreto de morrer, e este é percebido como de grande risco mas, contudo, rejeita a necessidade de internamento. Estarão presentes os

pressupostos para a aplicação da Lei de Saúde Mental na forma do internamento compulsivo?

Consideramos que o raciocínio deverá seguir os critérios habituais, quando considerados os restantes quadros patológicos aos quais habitualmente se aplica a lei, sem reservas. Se um doente com esquizofrenia (perturbação mental grave) referir que planeia suicidar-se por força de uma alucinação auditiva imperativa e recusa que alguém se oponha à sua missão, esta é considerada como o sintoma que valida a aplicação da lei e, portanto, do internamento compulsivo. Ele estará a ser internado não pela doença, mas pela manifestação sintomática da mesma. Na presença de um quadro depressivo, caracterizado como grave, poderão levantar-se dúvidas quanto à natureza da ideação suicida, se esta se apresenta como um sintoma ou apenas como manifestação concomitante de uma crença pessoal, cultural ou filosófica. À luz dos direitos individuais, a pessoa deveria poder dispor da sua vida e determinar-se perante uma indicação de tratamento.

Porém, considerando esta (ideação suicida) como um sintoma, imposto pela doença mental que condiciona – *“alterações da vida psíquica e do comportamento, psicologicamente incompreensíveis em relação à sua biografia até aquele momento”*, – deverá entender-se que a doença em si compromete a liberdade individual, no sentido em que atenta contra a auto-determinação do próprio perante si mesmo.

Entende-se que a ideação auto-lítica é frequentemente produto de alterações/distorções do padrão cognitivo do doente deprimido, impostas pela doença e com reversão progressiva após resolução do quadro. Aaron Beck (1976), constata este fenómeno e propõe uma Tríade Cognitiva pela qual os pacientes deprimidos tinham uma visão negativa: de si mesmos, do mundo e do futuro. As referidas distorções cognitivas a par com alterações qualitativas e quantitativas da volição decorrentes do estado depressivo condicionam o juízo crítico do indivíduo e a capacidade para se determinar a si próprio.

Estão encontrados os pressupostos do artigo 12.º, da forma em que o doente, por força de anomalia psíquica grave cria uma situação de perigo para si mesmo, podendo considerar-se que a mesma compromete o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, sendo que a ausência de tratamento deteriora de forma acentuada o seu estado.

É então oportuno recordar a pertinência da perspetiva de *Jean Buridan*, claramente expressa num texto de Leibniz “...a nossa vontade não segue sempre precisamente o entendimento prático, pois pode ter ou encontrar razões para suspender sua resolução até uma discussão ulterior”.

Minúcias ético-legais

O papel do Psiquiatra é também determinado pelo regime jurídico presente na Lei de Saúde Mental, não estando este, no entanto, isento de regular a sua atuação pelo cumprimento rigoroso dos deveres ético-deontológicos inerentes à sua atividade no decurso do exercício da medicina. As disposições reguladoras da deontologia médica são aplicáveis a todos os médicos no exercício da sua profissão, independentemente do regime em que esta seja exercida (Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Artigo 2.º, 2008).

Num exercício abstrato de comparação com a prática da eutanásia sabemos que a omissão é genericamente equiparada à ação do Código Penal português. Assim, embora possa beneficiar de uma atenuação especial da pena, a eutanásia por omissão também é punível, desde que o agente do crime tenha o dever de evitar a morte da vítima. De forma análoga, o médico que deteta um risco de morte concreto, por suicídio, e que em consciência opta por não recorrer a todos os meios disponíveis para o evitar, poderia vir a ser condenado?

Talvez nos devamos debruçar sobre o paradigma idiomático entre a letra da lei e o espírito da lei – “*A letra mata e o espírito vivifica*”. Considerando o internamento compulsivo como o resultado da aplicação de uma medida de segurança, pressupõe, segundo o conceito legal de medida de segurança, a inimputabilidade, a prática de um facto ilícito típico e ainda que, por virtude de anomalia psíquica e da gravidade do facto, haja fundado receio de que o agente venha a cometer outros factos da mesma espécie (Cunha Rodrigues, 2000). Ora, esta perspetiva não se enquadra, de todo, na aplicação da lei de saúde mental (através do internamento compulsivo) num quadro depressivo com risco suicidário concreto, não só porque o gesto em si é irrepetível como também pela razão de que o mesmo não se poderá considerar em si um crime, pela impossibilidade da sua punição. Para Roberto Andorno o suicídio não constitui um delito penal não só

pela inaplicabilidade da pena bem como na inoportunidade de sanção de um suicida frustrado.

O espírito da lei de saúde mental será porventura de âmbito profilático, o da proteção e da promoção da saúde mental, de forma a alcançar o “*equilíbrio psíquico da pessoa humana*”. Integram-se desta forma obrigações legais com convicções deontológicas, num exercício simultâneo da prática clínica.

Conclusão

Ainda que com as limitações evidentes de qualquer lei que se destina à regulamentação da ação do homem pelo homem, a presente Lei de Saúde Mental representa um marco incontornável na dignificação do indivíduo portador de doença mental. A sua latitude inclusiva permite, simultaneamente, a sua aplicabilidade com relativo conforto, o qual se desvanece quando a sua abstração subtrai homogeneidade no seu cumprimento. Será, quiçá lícito aceitar que a metodologia deverá reger e orientar a prática médica, sem contudo sonegar a relevância da intuição clínica, que lhe é complementar. Quando na presença de sintomatologia primordialmente não tangível, como a dor ou a ideação auto-lítica, esta equação poderá conhecer uma geometria variável, servindo-se da lei, metódica, para a sustentar.

É nesta perspetiva, de normalização da intuição, em situações limite, que a Lei de Saúde Mental ganha particular relevo. Na presença de um quadro depressivo melancólico, portanto grave, e de sintomatologia que de alguma forma coloque o indivíduo em risco, por provável compromisso do juízo crítico, imposto pela mesma doença, estão reunidos os pressupostos necessários e suficientes para a aplicabilidade da

(a) As sugestões que poderia apresentar, muito breves e que passo a fazer, têm a ver em primeiro lugar com o interesse na invocação do conceito de liberdade tal como a prevê e defende a Constituição da República no seu art. 27.º, pois que é um preceito nuclear nesta matéria, liberdade que é posta em causa com o internamento compulsivo previsto pela lei de saúde mental, a Lei n.º 36/98, de 24.07, quer ainda pela imposição de uma medida de segurança prevista pelo art. 91.º e seguintes do Código Penal. A segunda sugestão tem a ver com os pressupostos da aplicação do internamento e do seu sentido, porquanto no domínio de uma ou outra das disposições citadas exige-se como pressuposto da aplicação do internamento o perigo de lesão de bens jurídicos, próprios ou alheios, sendo que apenas na segunda se refere a inimputabilidade, e isto porque neste caso houve já um julgamento anterior que permitiu determinar da impossibilidade de ser feita uma censura ético-jurídica ao arguido por este não ter a possibilidade de avaliar o carácter ilícito de uma conduta e determinar-se de acordo com essa avaliação (art. 20.º do Código Penal). Ainda no primeiro diploma, a lei de saúde mental, temos o internamento compulsivo e o internamento voluntário, sendo que este tem a ver tão só com a relação médico/doente, não ultrapassa esse domínio, não percorre portanto qualquer outro circuito nem tem outros intervenientes. Por último e a meu ver, a lei de saúde mental tem como fim precípuo, obviar e afastar a possibilidade de ocorrência de lesão de bens jurídicos, e só neste caso há portanto fundamento para que seja invocada e utilizada o mecanismo de internamento compulsivo, pois que não havendo tal perigo não há lugar a qualquer intervenção administrativa, policial ou judicial para que se submeta coercitivamente o doente a um tratamento. É claro que há o médico e os seus deveres legais, éticos e deontológicos, mas no domínio da lei de saúde mental tem de posicionar-se de acordo com o sentido e o alcance desse diploma, procurando sempre o aplicador a melhor interpretação, tarefa para a qual temos desde logo as regras traçadas pelo art. 9.º e seguintes do Código Civil, sem esquecer ainda as importantes restrições impostas no âmbito do Direito Penal (Comentário do Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito *Paulo Neto da Silveira Brandão*, a propósito do tema em análise e).

lei, neste caso na forma de internamento compulsivo, como figura que visa o restabelecimento do estado de saúde do indivíduo e, conseqüentemente, a sua liberdade.

Bibliografia

- Alcafache, J., Figueiredo, M. & Oliveira, S. (2010). *Caracterização da população com comportamentos suicidários*. 8^{as} Jornadas sobre comportamentos suicidários, Luso.
- Alonso-Fernández. (1976). *Fundamentos de la Psiquiatria Actual*. 1, 492. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Carvalho, A. et al.. (2000). *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Andorno, R. (2004). Bioética y dignidad de la persona. 172. Editorial Tecnos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beckenkamp, J. (2006). *O Lugar sistemático do conceito de liberdade na filosofia*. Campinas, Série 2, 1(1), 31-56. Kant e-prints.
- Cordeiro, D. (2008). *Psiquiatria Forense*. (2^a ed.). Edição Calouste Gulbenkian.
- Cunha, S. & Palha, A. (2007). Internamento Compulsivo – Perspectivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1.
- Danowski, D. (2002). *Indiferença, Simetria e Perfeição segundo Leibniz*. Cad., Série 3, 12(1-2), 149-170. Campina: Hist. Fil. Ci..
- Hegel & Friedrich, G. (1997). *Princípios da Filosofia do Direito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Kaplan & Sadock's. (2004). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8^a ed.). 2.^a Edição Lippincott Williams & Wilkins.
- Michael, G., López-Ibor, J. & Andreasen, N. (2004). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, (1^a ed.). 2. USA: Oxford University Press.
- Montesquieu, C. (1995). *O Espírito das Leis*. 437. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- National Center for Health Statistics for the year 2007 – Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Edward J. Sondik, Ph.D.

- Peixoto, B., Saraiva, B. & Sampaio, D. (2006). Comportamentos Suicidários em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Suicidiologia*.
- Pereira, A. (1986). A institucionalização da loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21.
- Perelman, C. (1996). *Ética e Direito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Ruiloba, J. (2006). *Tratado de Psiquiatria - 2 Volumenes* (Spanish Edition). Ars Medica.
- Schopenhauer, A. (1950). *O Livre arbítrio*. (Tradução de Lohengrin de Oliveira). 29. São Paulo: Edições e publicações Brasil.
- Silva, D. (2004). *Hermenêutica advocatícia: A letra mata e o espírito vivifica!*. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, 294.
- Soreff, S. (2011). Suicide Introduction and Definitions. *Drugs, Diseases and Procedures*, 11.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (December 21, 2010). The NSDUH Report: Suicidal Thoughts and Behaviors among Adults: 2008 and 2009. Rockville, MD.