

INTERNAMENTO COMPULSIVO

INVOLUNTARY COMMITMENT

Fernando Almeida, Diana Moreira, Vera Silva & Anabela Cardoso (1)

(1) ISMAI – Instituto Superior da Maia

Resumo

O internamento compulsivo (IC) em psiquiatria é uma medida judicial utilizada como último recurso em indivíduos que padecem de uma anomalia psíquica grave e que criem, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, e recusem submeter-se ao necessário tratamento médico ou que não possuam 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 investigação decorreu entre 2008 e 2010, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) – Pólo Hospital Júlio de Matos (HJM), no Hospital de Magalhães Lemos (HML) e no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHGE). A amostra é constituída por cinquenta e nove indivíduos internados compulsivamente.

Apurámos que os doentes internados compulsivamente nos hospitais em estudo são, maioritariamente, portugueses, caucasianos, do sexo masculino, solteiros e estão distribuídos por todas as faixas etárias, com ligeiro predomínio na terceira, quarta e quinta décadas de vida e o 3.º ciclo e o ensino secundário são os níveis de escolaridade mais comuns e provêm, predominantemente, do concelho de Vila Nova de Gaia.

Os IC são operados, sobretudo, no âmbito dos artigos 22.º e seguintes da Lei 36/98, de 24 de julho, referentes ao internamento de urgência.

O diagnóstico de psicose esquizofrénica é o mais frequente nos doentes internados compulsivamente, tanto na admissão, como na alta do IC.

Antecedentes de tratamento psiquiátrico estão presentes em mais de metade dos doentes internados compulsivamente, assim como a prescrição de medicação psiquiátrica previamente ao IC e a administração de antipsicóticos.

As alterações comportamentais encontram-se presentes na maioria da amostra.

Contactos anteriores com o sistema judicial estão presentes na maioria dos doentes internados compulsivamente e ocorrem, sobretudo, no âmbito do internamento compulsivo.

O estudo com o HCR-20 revela que 46,5% da amostra apresenta um risco de perigosidade moderado; 39,7% um risco de perigosidade baixo e 13,8% um risco de perigosidade elevado.

Há ausência de psicopatia na maioria dos doentes internados compulsivamente.

Podemos confirmar com este estudo que a Lei de Saúde Mental é um instrumento essencial que permite o IC daqueles que não possuem o discernimento para avaliar a necessidade de tratamento.

Palavras-chave: internamento; internamento compulsivo; internamento involuntário; psicose esquizofrénica.

Abstract

Involuntary commitment (IC) in psychiatry is a judicial measure used as a last resort for individuals who suffer from a serious mental disorder and who, by reason of it, create a dangerous situation for their own and other's valuable legal properties. These individuals refuse to submit to the necessary medical treatment or do not have the required insight to assess the meaning and scope of consent when the absence of treatment sharply deteriorates their status.

This study ran in various hospitals in the country from 2008 to 2010: Lisbon Psychiatric Hospital Center (CHPL) – Júlio de Matos Hospital (HJM), – Magalhães Lemos Hospital (HML) and the Psychiatry Department of the Vila Nova de Gaia/Espinho Hospital Center (CHGE). The sample consists of fifty-nine individuals hospitalized compulsively.

We found the patients compulsively admitted to the hospitals in study are mostly Portuguese, caucasian, male, single and are spread across all age groups, with a slight predominance in the third, fourth and fifth decades of life. The most common education levels were basic education and high school and patients lived predominantly in the municipality of Vila Nova de Gaia.

The IC is operated mainly under Articles 22.º and following of Law 36/98 of 24 July, concerning the emergency admission.

The diagnosis of schizophrenic psychosis is more common in compulsively hospitalized patients, both at admission, and at discharge of the IC.

Histories of psychiatric treatment are present in over half of patients admitted compulsorily, as well as the prescription of psychiatric medication prior to IC and administration of antipsychotics.

Behavioral changes are present on most of the sample. Previous contacts with the judicial system are present in the majority of patients admitted compulsorily and occur mainly within the involuntary commitment.

The study with the HCR-20 reveals that 46.5% of the sample has a moderate risk of dangerousness and 39.7% a low risk of dangerousness and 13.8% a high risk of dangerousness.

There is absence of psychopathy in most patients admitted compulsorily.

We can confirm this study the Mental Health Act is an essential tool which enables the IC to those who lack the insight to assess the need for treatment.

ISBN: 978-989-97581-4-8

Keywords: admission; involuntary admission; involuntary commitment; schizophrenic psychosis.

Introdução

Em 1997, a Assembleia da República procedeu à revisão da Constituição da República Portuguesa, abrindo caminho à possibilidade de internamento de doentes portadores de doenças mentais sem o seu consentimento, ao aditar às exceções da privação da liberdade consagradas no artigo 27.º “o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” (Talina, 2004).

Um ano depois, foi aprovada em Assembleia da República uma lei que enquadra os internamentos involuntários na legalidade: a Lei 36/98 de 24 de julho, a designada Lei de Saúde Mental (Talina, 2004). Em vigor desde 1999, é composta por dois capítulos: o primeiro enuncia os objetivos, a proteção e a promoção da saúde mental, os princípios gerais da política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental e os direitos e os deveres do utente; o segundo capítulo regulamenta o IC.

Estabelece como princípios gerais (artigo 8.º) que o IC só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram origem. Só pode ser determinado se for proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa e é, sempre que possível, substituído por tratamento em regime de ambulatório. As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do IC são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e à normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

O IC ordinário é regulado pelo artigo 12.º, o qual postula que pode ser internado sem consentimento em estabelecimento adequado: 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” e/ou 2) “o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

Refere Andrade (2000, as cited in Talina, 2004) que o primeiro pressuposto representa o fundamento do “internamento de perigo, uma vez que, por estarem em causa valores comunitários, se pode ultrapassar a falta de acordo do internando” e o segundo configura o “internamento tutelar, já que, independentemente da perigosidade, se pretende defender a saúde de quem, estando em risco de ruína, não esteja em condições de se determinar pelo tratamento”.

Tem legitimidade para requerer o IC (artigo 13.º) “o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público”; todavia, “sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º, pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior” e “se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário tem também legitimidade para requerer o IC o diretor clínico do estabelecimento”.

Além do IC ordinário, é possível também pelo seu artigo 22.º o IC de urgência “sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado”. Neste caso, “o internado é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária (artigo 24.º)”. Dispõe o artigo 25.º que se esta avaliação clínico-psiquiátrica “concluir pela necessidade de internamento e o internado a ele se opuser, o estabelecimento comunica de imediato ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação”, mas caso “a avaliação clínico-psiquiátrica não confirme a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução”.

O internamento pode ser substituído por tratamento compulsivo em regime de ambulatório sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade (artigo 33.º). Esta substituição “depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatório” e “é comunicada ao tribunal competente”. Sempre que “o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento” e se necessário “o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais”. O internamento

finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem e a cessação ocorre por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do Serviço de Saúde onde decorreu o

internamento, ou por decisão judicial”, sendo “a alta imediatamente comunicada ao tribunal competente (artigo 34.º).

Na opinião de Dantas (2002), a preocupação principal desta lei é a necessidade de tratamento médico a quem dele careça, adotando, segundo Andrade (2000, as cited in Talina, 2004), um modelo misto de decisão médica e judicial no sentido de encontrar um consenso entre dois saberes: o saber técnico-científico do psiquiatra e o saber jurídico do juiz. O equilíbrio destes saberes e poderes traduz-se nas normas que obrigam a uma avaliação clínico-psiquiátrica prévia ao internamento, de forma a não ocorrer um IC sem que dois psiquiatras dos serviços oficiais de assistência o considerem adequado. Por outro lado, após a avaliação clínico-psiquiátrica favorável e ouvidos os interessados e o Ministério Público, o juiz decretará o IC se considerar que se verificam os restantes pressupostos legais. Deste modo, procura-se salvaguardar o direito ao tratamento das perturbações mentais e a aplicação correta da lei. Para o autor, “a lei relega a intervenção judiciária para uma função de garantia e de legitimação social das restrições de direitos que o internamento (compulsivo) encerra”.

Para Albergaria (2003), o legislador, ao configurar o IC como um internamento por decisão judicial, optou por um modelo judicial como os casos das leis belga, holandesa e alemã dos distritos de Berlim e Bremen.

O desenvolvimento dos cuidados de saúde mental tem evoluído progressivamente, no sentido de substituir a institucionalização dos doentes por uma integração comunitária.

A aplicação da Lei evidencia números crescentes de IC desde a sua implementação. No ano de 1999 existiam 513 pacientes internados compulsivamente, correspondendo a uma percentagem de 2,8%; em 2000 esse número aumentou para os 618 (3,2%) e, posteriormente, em 2001, para os 874 (4,98%). Embora não existam números fidedignos, estima-se que atualmente os IC correspondam, a nível nacional, a uma percentagem aproximada de 9-10% do total dos doentes psiquiátricos internados (Almeida et al., 2008).

Objetivos do estudo

O presente trabalho resulta de um projeto mais amplo levado a cabo por diferentes investigadores, em diferentes instituições, ao longo de vários anos. Tem como objetivos: o levantamento epidemiológico dos IC, a caracterização

sociodemográfica dos pacientes e o conhecimento das características mais relevantes associadas aos IC tais como, as entidades que os promoveram, a anomalia psíquica grave de que padecem, os artigos da Lei 36/98, de 24 de julho, à luz dos quais foram internados, a eventual presença de tratamento psiquiátrico prévio, alterações comportamentais perpetradas, alterações psicopatológicas apresentadas, índice do risco de violência e índice de psicopatia.

Estudo empírico

O presente estudo é de carácter descritivo e exploratório, dada a escassez de dados acerca dos IC em Portugal.

Participantes

Os 59 doentes internados compulsivamente eram predominantemente do sexo masculino (34), ou seja, 57,6%, e solteiros (31), o que corresponde a uma percentagem de 52,5% da nossa amostra. Em relação à idade, encontravam-se distribuídos por todas as faixas etárias, com uma predominância na terceira, quarta e quinta décadas de vida (43 doentes, perfazendo uma percentagem acumulada de 74,5%). Eram os 3.º ciclo e o ensino secundário os níveis de escolaridade mais comuns (25, ou seja, 42,3% da amostra). Os dados são congruentes com as conclusões do estudo realizado por Almeida et al. (2008), como consequência de um maior grau de escolaridade dos doentes.

Os doentes residentes no concelho de Vila Nova de Gaia eram os mais representados, com 20 doentes (33,9%); a raça era maioritariamente caucasiana (56, o que corresponde a 94,9% da nossa amostra).

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semi-estruturada aos doentes participantes com um questionário previamente elaborado; entrevista aos psiquiatras responsáveis pelos doentes; reuniões com a equipa clínica; estudo dos processos clínicos; estudo do percurso clínico; observação clínica; pedido de informação aos familiares ou acompanhantes dos doentes (apenas quando necessário); questionário de caracterização do IC, elaborado pelos investigadores. Foram também aplicados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

- **PCL-SV** (*Psychopathy Checklist – Screening Version*) – trata-se de uma versão compacta da PCL-R, elaborada por Hart, Cox e Hare, em 1995, e traduzida para o português europeu por Cristina Soeiro e Rui Gonçalves, em 2001. É composta por 12 itens e mostrou-se válida para a previsão da violência institucional e comunitária. A pontuação varia de 0 (zero) a 24 (vinte e quatro). A PCL-SV é composta pelos seguintes elementos: superficialidade, grandiosidade, manipulação, falta de remorso, falta de empatia, falha na assunção de responsabilidade, impulsividade, frágil controlo comportamental, falta de objetivos, irresponsabilidade, comportamento antissocial na adolescência e comportamento antissocial na vida adulta (Abdalla-Filho, 2004).

- **HCR-20** (avaliação do risco de violência) – elaborada por Webster et al., em 1995, é uma *checklist* de fatores de risco de violência, constituída por 20 itens, sendo que 10 se referem a fatores passados, da história de vida do sujeito (“históricos”), 5 correspondem a fatores presentes, do ponto de vista clínico (“clínicos”) e 5 relacionados com fatores do futuro (“manejo do risco”). Cada um dos 20 itens da HCR-20 recebe, na avaliação, uma pontuação que oscila entre 0 (zero) e 2 (dois), da seguinte forma: ausente (0), possivelmente/parcialmente presente (1) ou definitivamente presente (2). Quando a informação não está disponível, o item é omitido e o valor total de pontos é obtido entre o número de itens avaliados. No entanto, não é recomendado que se omita mais de cinco itens no total. Os autores da HCR-20 sugerem que a avaliação final seja estimada em um de três níveis de risco: baixo (que inclui a ausência de risco), moderado ou alto (Abdalla-Filho, 2004).

Procedimentos

De modo a apurar os dados que nos propusemos obter, efetuámos a recolha das bases de dados provenientes das seguintes investigações:

- Moreira, outubro de 2008 a maio de 2009, no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, nos seguintes serviços: Porto, Santo Tirso/Trofa, Psicogeriatría e Matosinhos;
- Pires e Quelhas, fevereiro a julho de 2009, no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;
- Lopes e Couto, último trimestre de 2009 e primeiro de 2010, no Centro Hospitalar de Lisboa – Pólo Hospital Júlio de Matos, nas seis clínicas psiquiátricas aí disponíveis, em que cada uma assegurava tratamento psiquiátrico a um ou a dois concelhos do distrito de Lisboa.

Os investigadores anteriormente citados utilizaram os seguintes instrumentos nos seus estudos, tal como já havia sido mencionado anteriormente:

- entrevista aos doentes participantes;
- entrevista aos psiquiatras responsáveis;
- reuniões com a equipa clínica;
- estudo dos processos clínicos;
- estudo do percurso clínico;
- observação clínica;
- pedidos de informação aos familiares ou acompanhantes dos doentes (apenas quando necessário);
- questionário de caracterização do IC elaborado pelos investigadores;
- PCL-SV;
- HCR-20.

Procedeu-se à análise descritiva das bases de dados recorrendo ao *Statistical Package for the Social Science 17.0* (SPSS 17.0).

Resultados

As admissões dos doentes internados compulsivamente foram quase totalmente (55 casos, 93,2%) sustentadas pelo artigo 22.º da Lei 36/98 de 24 de julho que contempla o internamento de urgência. Esta preponderância dos internamentos de urgência justifica a queda do número de avaliações clínico psiquiátricas efetuadas no âmbito do artigo 17.º, dado que, verificado o IC através do internamento de urgência, deixa de ser necessária, para iniciar o IC, a avaliação clínico-psiquiátrica ao abrigo do artigo 17.º.

Foi possível apurar que mais de metade da nossa amostra (34 doentes, 57,6%) havia contactado anteriormente com o sistema judicial, 28 (82,4%) dos quais no âmbito de processos de IC.

Trinta e dois (54,2%) dos 59 doentes tinham antecedentes de tratamento psiquiátrico há mais de 5 anos e 10 (16,9%) tinham antecedentes há mais de três IC.

Previamente ao atual IC, tinham prescrita medicação psiquiátrica 42 doentes (71,2%), dos quais 38 (90,5%) não mantinham a toma da medicação; a 54,2% dos 59 doentes tinham sido administrados antipsicóticos.

No que diz respeito à data, antes do atual IC, em que os doentes tinham abandonado a medicação psiquiátrica prescrita, dos 20 doentes acerca dos quais foi possível obter esta informação, constatámos que 1 o tinha feito há menos de 15 dias, 5 há 1-2 meses, 4 há 2-3 meses, 2 há 3-6 meses, 4 há 6-12 meses e outros 4 há mais de um ano. Salientamos o facto de 40% da amostra em que estes dados foram fidedignos ter abandonado a toma da medicação psiquiátrica entre 6 meses e mais de um ano. Demasiado tempo para um doente psiquiátrico descompensado, muito frequentemente psicótico, andar sem medicação.

Os diagnósticos atribuídos na admissão no atual IC mostraram uma preponderância da psicose esquizofrénica (20 doentes, 33,9%); esta percentagem elevou-se no diagnóstico à data da alta do IC para 44,1% (26 doentes) (ver Figuras 1 e 2).

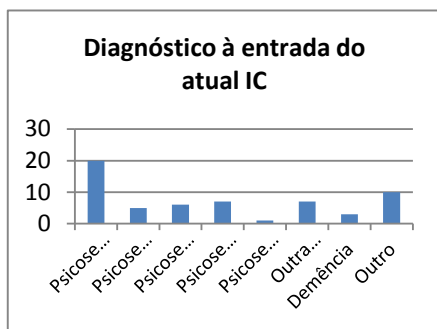


Figura 1. Diagnóstico à entrada no atual IC

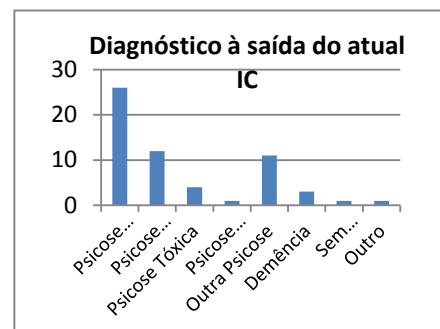


Figura 2. Diagnóstico à saída do atual IC

No que se refere a saber há quanto tempo os doentes internados compulsivamente andavam descompensados (N=33), os resultados apurados demonstraram que 1 (3%) doente andava descompensado há menos de uma semana, 6 doentes (18,2%) entre 1 semana e 1 mês, 7 (21,2%) há 1-2 meses, 7 (21,2%) há 2-4 meses, 2 (6,1%) há 4-6 meses, 3 (9,1%) entre 6 meses e 1 ano e outros 7 (21,2%) há mais de um ano (Figura 3).

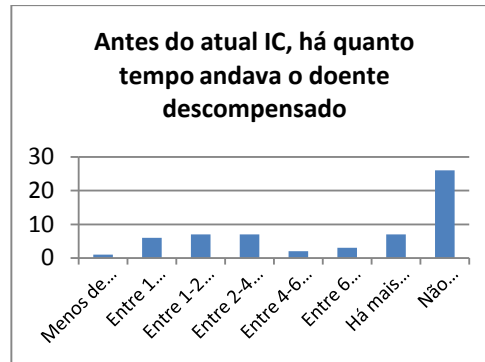


Figura 3. Antes do atual IC, há quanto tempo andava o doente descompensado

Quando procuramos averiguar a sintomatologia que estes doentes apresentavam, verificamos que os resultados são relevantes: dos 59 doentes, 15 (25,4%) apresentavam ideação suicida e 1 (1,7%) apresentava ideação homicida séria. Uma alta percentagem de doentes (45; 76,3%) havia perpetrado alterações de comportamento. Quarenta e oito doentes (81,4%) apresentavam ideação delirante e 13 (22%) apresentavam ideação delirante megalómana.

Mais de metade da amostra (39 doentes; 66,1%) manifestou agressividade, sendo que 33 doentes cometeram agressividade física. Além disso, 4 dos 59 doentes (6,8%) tinham antecedentes de criminalidade.

No que diz respeito ao consumo de álcool (N=55), apurámos que 25 doentes (45,5%) consumiam álcool regularmente, embora mais de metade da amostra, na atualidade, não tivesse hábitos de consumo regulares (30 doentes; 54,5%), enquanto 22 (37%) dos 59 doentes consumiam drogas.

No que se refere à via de administração dos antipsicóticos à entrada no IC e relativamente aos 32 doentes dos quais temos informação, apurámos que a via PO+IM (via oral + via intra muscular) foi a mais utilizada (17 doentes, 53%), seguida da PO (13 doentes, 41%) e, finalmente, da IM (2 doentes, 6%).

O destino dos doentes internados compulsivamente após a alta foi, maioritariamente, a residência (79,7%, o que equivale a 47 doentes), seguida da instituição não hospitalar, com um número mais reduzido de apenas 3 doentes (5,1%) e 2 (3,4%) com transferência para outro local.

O estudo com o HCR-20 (N=58) revelou que 27 doentes (46,5%) apresentavam um risco de perigosidade moderado, 23 (39,7%) um risco de perigosidade baixo e 8 (13,8%) um risco de perigosidade elevado (Figura 4).

O estudo com a PCL-SV evidenciou que a maioria dos doentes da nossa amostra (N=58) apresentava ausência de psicopatia – 74% (43) dos internados compulsivamente, – 19% (11) revelavam possível psicopatia e 7% (4) psicopatia (Figura 5).

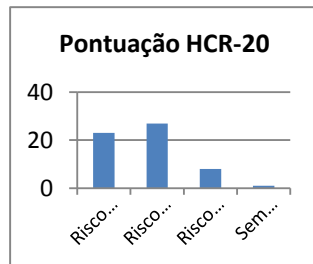


Figura 4. Pontuação HCR-20

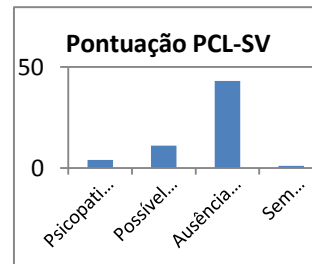


Figura 5. Pontuação PCL-SV

Discussão

- Os doentes internados compulsivamente (N=59) eram, maioritariamente, do sexo masculino, solteiros, caucasianos, encontravam-se distribuídos na terceira, quarta e quinta décadas de vida, tal como o haviam já constatado Almeida et al. (2008) e Talina (2004) e o 3.º ciclo e o ensino secundário eram os níveis de escolaridade mais comuns, o que denota um aumento progressivo do grau de escolaridade ao longo dos anos, tal como já fora verificado por outros investigadores (Almeida et al., 2008).
- A área geográfica de residência mais frequente dos internados compulsivamente era o concelho de Vila Nova de Gaia, o terceiro maior concelho de Portugal, o maior do Grande Porto e o mais populoso da região Norte.
- O IC de doentes com anomalia psíquica grave ocorreu, sobretudo, ao abrigo dos artigos 22.º e seguintes (internamento de urgência) da Lei 36/98 de 24 de julho, confirmando os resultados do estudo de Almeida et al. (2008). Esta circunstância justifica o declínio das avaliações clínico-psiquiátricas efetuadas no âmbito do artigo 17.º, uma vez que o internamento de urgência dispensa a referida avaliação.
- O diagnóstico de psicose esquizofrénica foi o mais frequente nos doentes internados compulsivamente, tanto na admissão, como na alta do IC, facto apoiado pelos estudos de Almeida et al. (2008). Os diagnósticos atribuídos na admissão do atual IC revelam uma preponderância da psicose esquizofrénica. Ainda assim, tal como nos referem Almeida et al. (2008), esta percentagem patenteia uma atitude cautelosa dos psiquiatras

ao subscreverem o diagnóstico de “799.9 – doença não diagnosticada, não especificada”, ou seja, doença em estudo. Posteriormente, este diagnóstico é reformulado e dá lugar a um diagnóstico à data da alta do IC; este último diagnóstico demonstra exatamente a atitude cautelosa dos psiquiatras enunciada anteriormente, pois eleva a percentagem dos doentes que padecem de psicose esquizofrénica, à qual sucede a de pacientes com psicose afetiva.

- Antecedentes de tratamento psiquiátrico estavam presentes em mais de metade dos doentes internados compulsivamente, assim como, a prescrição de medicação psiquiátrica previamente ao IC e a administração de antipsicóticos.

- Não obstante, a descompensação foi uma constante entre os doentes internados compulsivamente. Desta forma, torna-se essencial a implementação de atitudes terapêuticas, integradas no âmbito da Lei n.º 36/98 para prevenir de forma mais eficaz a descompensação dos doentes (Almeida et al., 2008). É importante salientar que 10 doentes (30% da amostra) andavam descompensados há mais de 6 meses o que, segundo Almeida et al. (2008), pode significar aspetos tão distintos como negligência, insensatez, quase heróica capacidade de sofrimento dos familiares dos doentes internados compulsivamente, ignorância relativamente ao facto de poderem internar os doentes compulsivamente, entre outras razões; deve-se salientar, também, o isolamento a que, não raramente, estes doentes estão sujeitos. O período de tempo em que os doentes psicóticos andaram descompensados e sem tratamento foi, em qualquer caso, demasiado extenso.

- Julgamos importante insistir na informação e na formação das pessoas, para que possam identificar sintomas e sinalizar os casos, para que este período de descompensação seja o mais curto possível e se possa proceder ao tratamento dos doentes.

- No que concerne ao consumo de álcool (N=55) e de drogas (N=59), a amostra refletiu uma maioria (54,5%) que não consome atualmente álcool e 63% que não consomem drogas.

- As alterações comportamentais encontravam-se presentes em 76,3% da amostra, um resultado que vai ao encontro dos vários estudos comparativos, onde quase todos os doentes incluídos na amostra dos respetivos estudos apresentavam alterações de comportamento.

- Contactos anteriores com o sistema judicial estavam presentes na maioria dos doentes internados compulsivamente e ocorreram, sobretudo, no âmbito do IC. Este resultado

permite constatar que a taxa de reincidência dos internados compulsivamente é, de facto, muito alta, e que merece atenção por parte dos profissionais de saúde, no sentido de tomarem medidas que previnam a reincidência e evitem a “porta-giratória” em IC.

- Após a alta do internamento, a maioria dos doentes (79,7%) foi para a sua residência.
- O estudo com o HCR-20 revelou que 46,5% da amostra apresentava um risco de perigosidade moderado; 39,7% um risco de perigosidade baixo e 13,8% um risco de perigosidade elevado.
- Havia ausência de psicopatia na maioria dos doentes internados compulsivamente, conclusão unânime com as investigações desenvolvidas ao longo dos recentes anos, pelos autores supramencionados. Apenas 4 doentes (7%) apresentavam um valor na PCL-SV compatível com o diagnóstico de psicopatia.

Conclusão

À entrada no IC os doentes apresentam sofrimento psicopatológico, alterações comportamentais e um potencial de perigosidade, para eles próprios e para outrem, o que justifica um cuidado mais apurado na sua supervisão e no seu acompanhamento em ambulatório, com o objetivo de prevenir descompensações e, conseqüentemente, evitar internamentos involuntários.

Os longos períodos em que muitos doentes que padecem de uma anomalia psíquica grave se encontram sem adequada terapêutica psiquiátrica são injustificáveis, dado haver suporte legislativo que impede essa ocorrência.

O internamento compulsivo constitui-se como uma ferramenta de extrema importância na compensação de doentes com anomalia psíquica grave, designadamente, dos doentes que padecem de psicose esquizofrénica.

É necessária e urgente a implementação de medidas terapêuticas, integradas no âmbito da Lei 36/98, que previnam mais eficazmente a descompensação dos doentes, como o parece indicar a presente investigação.

Referências

- Albergaria, P. (2003). *A Lei da Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de Julho. Anotada)*.
Livraria Almedina. Coimbra.

- Almeida, F. et al.. (2008). Internamentos compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 87-102.
- Cardoso, A. (2011). *Internamento Compulsivo*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Carvalho, A. et al.. (2000). *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Couto, T. (2010). *Internamentos Compulsivos. Lei de Saúde Mental na Europa: Portugal, Espanha, Itália e Inglaterra*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Dantas, A. (2002). O processo de internamento na Lei da Saúde Mental. *Separata da Revista do Ministério Público*, N.º 90. Lisboa.
- Gonçalves, R. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. (3.ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Hegendorfer, G., Glockner, M. & Kallert, T. (2006). Legal Report – Germany. In T. W. Kallert. & F. Torres González (Eds.), *Legislation on Coersive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt: Peter Lang.
- Lopes, C. (2010). *Internamentos Compulsivos. A Lei da Saúde Mental na Europa: Portugal e Suécia*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Moreira, D. (2009). *Internamento Compulsivo: Internamento Compulsivo em Portugal e na Suíça*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Pires, A. (2009). *Internamentos Compulsivos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Quelhas, M. (2010). *Internamento Compulsivo no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Silva, A. (2010). *Internamento Compulsivo*. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50105/2/Internamento%20Compulsivo.pdf>.
Faculdade de Medicina do Porto.

Silva, V. (2011). *Internamento Compulsivo*. (Dissertação de Mestrado não publicada).
Maia: Instituto Superior da Maia.

Talina, A. (2004). *Internamento Compulsivo em Psiquiatria – Estudo Comparativo de Doentes com Internamento Compulsivo Versus Voluntário na Grande Lisboa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas.