

Tratamento de Dependências – Perspectivas Clínica e Jurídica

Breve Reflexão a Propósito de dois Casos Clínicos

Sofia Fonseca*, Mariana Morins**, Manuela Fraga***, José Morgado Pereira****

RESUMO:

O consumo de substâncias psicoactivas, conhecidas vulgarmente por drogas, incluindo o consumo de álcool, de modo esporádico ou crónico, está directamente relacionado com alterações na conduta do consumidor e pode espoletar estados psicopatológicos de evolução subaguda ou crónica.

O consumo excessivo de álcool ou consumo de substâncias ilícitas por indivíduos sem doença mental, são actos praticados de livre vontade, o que os torna criminalmente responsáveis pelos seus actos, mesmo quando optam voluntariamente por um estado de intoxicação e durante esse estado praticam uma acção criminosa.

Da prática clínica reconhece-se que qualquer tipo de tratamento em doentes que sofram destas patologias só é eficaz quando o doente a ele adere voluntariamente e o internamento compulsivo apenas é desencadeado quando o quadro psicopatológico associado justifica os pressupostos do artigo 12.º da Lei de Saúde Mental. Por outro lado, se o tratamento compulsivo tiver um carácter de imposição judicial, o indivíduo é obrigado a tratar-se, independentemente de ser portador ou não de doença mental.

A propósito de 2 casos clínicos, um de toxicodependência e um de alcoolismo, as autoras reflectem sobre as perspectivas, clínica e ju-

rídica, relacionadas com o tratamento destas entidades clínicas.

Palavras-Chave: Álcool; Substâncias Ilícitas; Tratamento Compulsivo.

TREATMENT OF ADDICTION - CLINICAL AND JUDICIAL PERSPECTIVES.

Two Cases Reports

Abstract:

The sporadic or chronic use of drugs and alcohol is directly related to conduct disorders and to the triggering of psychopathological states of sub-acute or chronic course.

The excessive consumption of alcohol and excessive traffic/consumption of illicit drugs by individuals without mental illness or disability are actions of free will; they are therefore criminally responsible for their behaviour, even if they commit a crime during the state of intoxication, which the individual chose voluntarily to experience.

In clinical practice, it is widely accepted that the treatment of these disorders is only effective when the patient accepts it voluntarily and that involuntary commitment (compulsive treatment) is only carried out when the psychopathological state associated jus-

* Assistente Hospitalar: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santo André, EPE.

** Assistente Hospitalar: Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

*** Psiquiatra: CRI - ET de Coimbra.

**** Chefe de Serviço: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

tifies the presuppositions of Article 12 of the Mental Health Law. However, if the compulsive treatment is of a penal character, mandated by a judge, the individual is obligated to accept treatment, independent of whether or not he suffers from mental illness.

The authors present two case studies, one of drug addiction, the other of alcoholism, and discuss the clinical and judicial perspectives on the treatment of these clinical entities.

Key- Words: *Alcohol; Drugs; Compulsive Treatment.*

INTRODUÇÃO

Existem estados psíquicos patológicos (“anomalias psíquicas graves”) que impedem que seja atribuída responsabilidade ao indivíduo quando este viola a lei ou se envolve em actos de que não tem capacidade actual para avaliar a sua natureza lícita ou ilícita, nem as suas consequências. A estes indivíduos a sociedade reconhece que não se justifica culpar ou punir e criou medidas para defender os seus direitos. Muitas vezes impõe-se, no seu interesse e da comunidade, internar ou tratar compulsivamente estes doentes que sem a crítica necessária recusam o tratamento¹.

Casos particulares são os das denominadas “Doenças Psiquiátricas Transitórias”, expressão que pelas suas características corresponde mais a um conceito jurídico do que propriamente psiquiátrico. Do ponto de

vista psiquiátrico, são estados transitórios de “anomalia psíquica”, de intensidade fora do comum, que podem condicionar a capacidade do indivíduo para avaliar correctamente a natureza lícita ou ilícita dos actos praticados e que poderão ser potencialmente recorrentes². O autor do ilícito pode regressar pouco depois a uma condição psíquica normal. Podemos incluir neste conceito os quadros dissociativos, os quadros crepusculares epilépticos, a embriaguez patológica e outras intoxicações agudas. São situações que carecem de seguimento psiquiátrico e, eventualmente, de intervenções terapêuticas específicas.

Sendo assim deverão ser apreciadas para efeitos do artigo 20.º do Código Penal. Foi nomeadamente para estes casos (perante a eventual formulação de um juízo de “perigosidade”) que surgiram as medidas de tratamento alternativas ao internamento no âmbito das medidas de segurança aplicáveis³⁻⁶.

CASO CLÍNICO 1:

“Manuel”, 38 anos, raça caucasiana, solteiro, pintor da construção civil (de momento desempregado), residente em Coimbra. Filho mais velho de uma fratria de dois, cresceu aos cuidados dos avós e tias maternos, após abandono pelos pais aos dois anos de idade. Proveniente de ambiente socio-económico desfavorecido.

Descreve-se como uma pessoa que “gosta de curtir a vida” e que “não gosta de confusões”.

Padrão de relacionamentos afectivos instável devido aos consumos. Actualmente vive sozinho.

Iniciou consumos de haxixe por volta dos 9 anos de idade. Vivia numa zona onde o acesso às substâncias psicoactivas ilegais era fácil e tinha tendência a relacionar-se com indivíduos mais velhos “achavam-me muita piada e davam-me coisas para consumir”. Não gostava de andar na escola e nunca se esforçou por aprender.

Aos 12 anos iniciou consumos de heroína por via endovenosa “um dos indivíduos mais velhos com quem me relacionava dava-me heroína e em troca eu vendia/traficava por conta dele”. Nesta altura foi expulso de casa pelo avô. Começou a viver na rua, em casas abandonadas, mantendo alguns contactos com a avó e tias.

Por volta dos 16 anos o indivíduo que lhe fornecia a heroína foi preso e o “Manuel conheceu as ressacas”. Começou a trabalhar como pintor na construção civil para ter dinheiro para comprar a heroína. Aos consumos de heroína, associou consumos de cocaína, “drunfs”, “speads”... O seu círculo de relacionamentos resumia-se a consumidores e traficantes. Continuava a frequentar a escola, mas sem aproveitamento. Abandonou a escola aos 18 anos, tendo completado apenas o 2.º ano do ciclo.

Fez um 1.º tratamento de desintoxicação de heroína, aos 18 anos, durante 15 dias, no Hospital Sobral Cid. Recaiu pouco tempo depois.

Cumpriu o serviço militar aos 19 anos, mantendo os consumos diários de heroína (1 a 2 g/dia).

Após cumprir o serviço militar teve o 1.º relacionamento afectivo significativo que o motivou para um 2.º tratamento de desabilitação no CAT de Coimbra. Seguiu-se o maior período de abstinência da sua vida, durante a gravidez da namorada e até ao nascimento do filho. Recaiu de seguida.

Deu-se a separação ainda o filho tinha meses. Manteve contactos regulares com o filho até há 3-4 anos, altura em que deixou de conseguir trabalhar e começou a ficar debilitado fisicamente.

Começou a traficar regularmente para ter dinheiro para os consumos.

No ano de 2000 (com 32 anos) foi detido pela 1ª vez pela polícia e foi apresentado no TIC “por tráfico e consumo de drogas”. Foi “obrigado a tratamento” e apresentações periódicas na polícia.

Não cumpriu e em 2002 foi preso no Estabelecimento Prisional de Coimbra, condenado a 14 meses. Só cumpriu 7 meses. Durante o período em que esteve preso parou com os consumos. Saiu em Liberdade Condicional com dever de se apresentar periodicamente no Instituto de Reinserção Social (IRS).

Voltou a contactar com indivíduos ligados ao consumo de “drogas” e recaiu em pouco tempo. Após 3 meses foi chamado pelas autoridades e é-lhe proposto novo tratamento e acompanhamento no CAT de Coimbra. Cumpriu até perfa-

zer os 14 meses da pena. Recaiu de seguida no consumo de heroína

Em Agosto de 2006 foi novamente detido por tráfico e consumo de “drogas”. Foi conduzido a tribunal e condenado a 3 anos e 4 meses de prisão, convertidos em obrigação de tratamento e acompanhamento pelo IRS (de 15 em 15 dias) e pela Comissão para a Dissuasão da Toxicodpendência (1 vez por mês). Integrou programa de substituição de baixo limiar com metadona no CAT de Coimbra, foi orientado para a Associação Sol Nascente e beneficiou de um quarto alugado pago com o Rendimento Mínimo.

CASO CLÍNICO 2:

“João”, 46 anos, raça negra, solteiro, natural de Cabo Verde, servente de Pedreiro; 5.º ano de escolaridade; 3 filhos.

Filho mais velho de uma fratria de nove. Apesar das dificuldades económicas, teve uma infância feliz. Abandonou a escola aos 14 anos, indo trabalhar para “ajudar nas despesas”.

Cumpriu o serviço militar dos 19 aos 21 anos em Cabo Verde, sem intercorrências.

Considera-se uma pessoa alegre, extrovertida, que faz amizades com facilidade e não gosta de estar parado - “tem que ter sempre trabalho”.

Teve vários namoros com duração de meses e anos. Há 14 anos, conheceu a mãe dos seus filhos, com quem viveu 7 anos. Separaram-se por iniciativa dela que o acusava de “ser violento quando bebia álcool”. Ficou a viver sozinho.

Iniciou o consumo de bebidas alcoólicas aos 15 anos de idade. Aos 25 anos passou a consumir álcool diariamente, após o trabalho e ao fim de semana. Nos últimos anos, quando bebia, era frequente ficar exaltado, descontrolado e batia na mulher.

Desde 1999, foi internado 2 vezes num hospital psiquiátrico porque “bebia em excesso, ficava desconfiado, ouvia vozes na cabeça e tinha medo que me fossem matar”.

Após as altas nunca cumpriu a medicação prescrita, faltou às consultas e reiniciava o consumo de álcool em excesso.

Em Março de 2003, é preso por dois crimes de ofensa à integridade física qualificada; dois crimes de injúria agravada; um crime de resistência e coacção sobre funcionário.

Ficou detido preventivamente e foi submetido a perícia psiquiátrica em Outubro de 2003. Da perícia concluiu-se que o “João” era inimputável por ser portador de anomalia psíquica permanente (debilidade mental). Sofria de dependência alcoólica desde há 15 anos, patologia que agravou a sua capacidade de avaliação dos factos. Sendo inimputável mas previsível a repetição dos factos ou outros de igual natureza, devia também ser considerado “perigoso” e ser alvo de tratamento psiquiátrico em instituição adequada para o efeito.

Em Dezembro de 2003, foi aplicada a medida de internamento psiquiátrico em instituição vocacionada para o tratamento de patologias relacionadas com o álcool, pelo período de 18 meses, deduzido o tempo de prisão preventiva.

No entanto, a medida ficou suspensa na sua execução pelo período de 3 anos, condicionando-se a suspensão ao cumprimento, pelo “João”, das seguintes condições:

- Submeter-se aos tratamentos e regimes de cura ambulatoriais em estabelecimento psiquiátrico vocacionado para o tratamento de patologias relacionadas com o álcool;
- Sujeitar-se a observações e exames médicos nos locais que lhe fossem indicados;
- Cumprir as orientações dos técnicos do Instituto de Reinserção Social (IRS).

Em Janeiro de 2005, o “João” deixou de cumprir as condições impostas, foi trabalhar para Beja e só voltou a ser acompanhado pela equipa do IRS de Beja em Abril de 2005. Em Novembro de 2005, foi internado compulsivamente por heteroagressividade, com alterações graves de comportamento consequentes ao consumo excessivo de álcool.

Em Maio de 2006, foi determinado o internamento do arguido no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de Caxias, pelo tempo que lhe restava cumprir devido à evolução negativa da sua situação, resultante do abandono dos tratamentos e da manutenção do consumo excessivo de álcool. A sua permanência em meio livre foi também considerada um factor de “perigosidade social”.

Desde Outubro de 2006, está internado no Serviço de Psiquiatria Forense - Hospital Sobral Cid para cumprimento da medida judicial imposta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As Patologias Aditivas constituem actualmente, à escala mundial, um problema gravíssimo com importantes repercussões sanitárias, familiares, sociais, económicas, e criminais.

A ingestão de bebidas alcoólicas não conduz a actos criminosos na maioria dos indivíduos, nem a maioria dos alcoólicos se envolve em crimes. O álcool pode estar relacionado com algumas categorias de crimes, mas somente sob a influência de determinantes sociais, culturais, emocionais e situacionais. O álcool altera as funções cognitivas (percepção, raciocínio, coordenação motora) promovendo a imprevisibilidade dos comportamentos e afectos que podem ligar-se a um acto criminoso. De um modo particular, o estado de alcoolismo agudo pode estar significativamente associado à prática de crimes violentos (o que não é tão frequente com os consumos crónicos do álcool) e associado a perigosidade eminente, quando já existe uma alteração marcada da personalidade, com alterações cognitivas e comportamentais.

O alcoolismo agudo ou crónico por si só não é uma transgressão/delito.

Um indivíduo tem a liberdade de consumir bebidas com álcool continuamente se o desejar. Assim se afirma no risco de adoecer por alguma doença provocada pelo álcool, incluindo a dependência de álcool. São excepções os casos em que a ingestão de álcool é acompanhada

por uma conduta que infrinja a lei, o que o torna criminalmente responsável pelos seus actos e mesmo que o acto ilícito seja praticado durante um estado de intoxicação alcoólica, esta apenas poderá servir como atenuação da sua imputabilidade.

O fenómeno do abuso de substâncias psicoactivas/droga tem vindo a constituir em Portugal, com particular incidência desde a década de 80, um verdadeiro problema da sociedade e tem exigido, pela consciencialização das suas graves implicações, a tomada de medidas tendentes a contrariar a progressiva difusão do consumo. Estas medidas reflectem-se quer ao nível da Prevenção (primária, secundária e terciária), quer através da ratificação de diferentes protocolos, directivas ou convenções internacionais, de âmbito médico e não médico, acompanhada das necessárias medidas legislativas para a sua aplicação prática.

É neste contexto que se tem verificado uma cada vez maior sensibilização do Direito, que pelas sucessivas reformas judiciais se vem adaptando, a um ritmo rápido, às novas realidades sociais. Já no artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 15/93 (Legislação de combate à droga) se previa, nos termos da Lei, a suspensão da pena e obrigação de tratamento aos indivíduos considerados toxicodependentes e condenados pela prática do crime previsto no artigo 40.º do mesmo decreto (consumo de drogas)³. Mais recentemente, no artigo 5.º da Lei n.º 30/2000 (que define o regime jurídico aplicável ao

consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas e revoga o artigo 40.º e 41.º do Decreto-Lei atrás mencionado) assistimos à criação de uma Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência com a finalidade de processar as contra-ordenações e aplicar as respectivas sanções aos indivíduos considerados toxicodependentes^{3,4,7}. Esta comissão tem poder para suspender a determinação da sanção se o consumidor toxicodependente aceitar sujeitar-se, voluntariamente, a tratamento em serviço público ou privado devidamente habilitado. O período de suspensão pode ir até três anos.

Independentemente do prazo estabelecido para a medida de segurança aplicável, para os médicos, é a dimensão essencial do tratamento que está sempre presente, pois é de doentes que estamos a falar. O projecto terapêutico no âmbito da aplicação das medidas de tratamento por imposição judicial recorre-se das intervenções hoje disponíveis (psicofarmacológicas, psicoterapêuticas, socio-familiares e de integração profissional) adequadas à situação em causa e atendendo à evolução do quadro clínico presente, reconhecendo-se naturalmente que a eventual ineficácia da intervenção possa justificar a aplicação de medidas de pura segurança.

Muitas vezes as diferenças de linguagens e de preocupações entre o Direito e a Psiquiatria impede um verdadeiro intercâmbio promotor de um conhecimento mútuo aprofundado quer no plano teórico quer na prática.

Talvez a Psiquiatria não tenha sido ainda capaz de influenciar e dar respostas às preocupações do Direito e talvez o Direito ainda não tenha compreendido a verdadeira dimensão destas doenças e a complexidade do seu tratamento, que em princípio não deverá ser imposto, mas ser sim uma opção voluntária do doente, com vista ao tratamento plenamente assumido, e com maior probabilidade de sucesso terapêutico. Apesar de tudo, importa que os psiquiatras, enquanto médicos-peritos, repensem a sua colaboração, fornecendo aos juizes os elementos indispensáveis a uma mais perfeita administração da Justiça.

Daí a necessidade de um diálogo permanente para continuar a discutir e desenvolver projectos e propostas capazes de acompanhar o Direito, que vem avançando a um ritmo célere, nomeadamente em matéria de ressocialização e salvaguarda dos direitos dos doentes sujeitos a estas medidas de tratamento. Por seu lado, os serviços de saúde dispõem actualmente de meios de tratamento mais completos e eficazes.

Atendendo à evolução destas doenças pontuadas por recaídas frequentes e reincidências dos danos associados ao consumo, será de ponderar a que tipo de intervenção a longo prazo devemos submeter os doentes.

A quem devemos atribuir essa competência? Essas medidas deverão ser aplicadas em contexto clínico ou por imposição judicial?

Que formas de colaboração são possíveis e desejáveis?

Até que ponto a obrigatoriedade restringe a liberdade de escolha individual?

Como compaginar direitos individuais, graves riscos para a saúde individual e protecção da sociedade?

Esperamos ter trazido para a reflexão alguns dos elementos mais pertinentes na perspectiva clínica e um contributo para fomentar a discussão de um assunto que suscita apreensão e a todos diz respeito.

BIBLIOGRAFIA

1. Cordeiro, J.C.D.: *Psiquiatria Forense*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2003.
2. Santos-Costa, F.; Cunha-Oliveira, J.A.: *Da “Doença Psiquiátrica Transitória” à Inimputabilidade*. Psiquiatria e Justiça. Associação Portuguesa de Estudos Psiquiátricos.
3. Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro de 1993, Diário da República – I Série-A, n.º 18: 234-252.
4. Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro de 2000, Diário da República – I Série-A, n.º 276: 6829-6832.
5. Santos-Costa, F.; Morgado Pereira, J.: *Intervenção Terapêutica em Psiquiatria Forense versus Medidas de Segurança*. Psiquiatria e Justiça. Associação Portuguesa de Estudos Psiquiátricos, 1997.

6. Santos-Costa, E.: *Perigosidade e Medidas de Segurança. Reflexões a propósito de um caso de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica*. Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental. Ano I n.º 1: 57-66, Coimbra, Junho 1996.
7. Santos-Costa, E.: *A Nova Lei de Combate à Droga e a Perícia Psiquiátrica Médico-Legal em Sede de Direito Penal*. Droga e Sociedade. Lisboa, 1994.