

Saúde mental e suicídio em tempos de pandemia da covid-19: anotações sobre a responsabilidade civil de psiquiatras e psicólogos

Vitor Almeida*

*O medo é o perfeito pouso do desassossego.
Bruno Lima Penido*

Os efeitos da pandemia da covid-19 na economia e no sistema de saúde são dramáticos em diversos países, que vivenciam, contudo, em momentos diferentes o ápice da emergência de saúde pública em nível internacional¹. No entanto, à medida em que alguns países começam a debelar o crescimento exponencial dos números de mortos e infectados, descortina-se, para além da crise econômica, a questão da saúde mental². O medo da morte, a perda de familiares e pessoas próximas, o isolamento social, as dificuldades financeiras e o próprio viver em estado pandêmico impactam todas as pessoas, mas, obviamente, atingem com maior intensidade os mais vulnerados, seja porque mais propensos aos efeitos decorrentes do aprofundamento das desigualdades sociais, seja em razão do estado anterior de saúde mental potencialmente já fragilizado.

Na Itália, recente pesquisa revela que oito em cada dez italianos disseram que precisavam de apoio psicológico para superar a pandemia³. Os psicólogos italianos relatam o aumento de um medo contínuo do vírus, o impacto emocional do distanciamento social e a crise econômica como responsáveis pelo crescimento da ansiedade e da depressão durante a pandemia. A flexibilização das medidas de isolamento e a reabertura gradual dos espaços públicos com a consequente oferta de serviços e a liberação das atividades ao ar livre nem sempre resolvem, eis que muitas pessoas decidem permanecer em ambientes fechados porque se sentem mais seguras. E, com a iminência

* Doutor e Mestre em Direito Civil pela UERJ. Discente do Estágio Pós-Doutoral do Programa de Pós-Graduação em Direito da UERJ. Professor do Instituto de Direito da PUC- Rio.

¹ A Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020, declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus. A Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

² Há estudos sobre as alterações psiquiátricas relacionadas à covid-19 e o prognóstico em termos de saúde mental após a pandemia, bem como o possível comprometimento do sistema nervoso central. RAONY, Ícaro *et. al.* Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01170/full>. Acesso em 22 jun. 2020.

³ Disponível em: https://www.theguardian.com/world/2020/may/21/italy-lockdown-mental-health-psychologists-coronavirus?CMP=Share_AndroidApp_WhatsApp. Acesso em 08 jun. 2020.

de uma profunda recessão econômica, há o risco de um “cataclisma em saúde mental” em razão dos impactos econômicos.⁴

Boaventura de Sousa Santos, em sua obra “A cruel pedagogia do vírus”, aborda o agravamento severo da vulnerabilidade em razão da pandemia e afirma que “qualquer quarentena é discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros”. Na verdade, tais grupos já “padecem de uma especial vulnerabilidade que precede a quarentena e se agrava com ela”. Esses grupos compõem o que o autor chama de Sul, que em sua concepção “não designa um espaço geográfico. Designa um espaço-tempo político, social e cultural. É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual”. A lista dos que estão à Sul da quarentena não é exaustiva, mas o autor analisa alguns desses grupos, a saber: (a) as mulheres; (b) os trabalhadores precários, informais, “ditos autônomos”; (c) os trabalhadores da rua; (d) as populações em situação de rua; (e) os moradores nas periferias pobres das cidades, favelas etc; (f) os internados em campos de internamento para refugiados, imigrantes “indocumentados” ou populações deslocadas internamente; (g) os deficientes; (h) os idosos; (i) os presos; (j) as pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente depressão.⁵

É possível que, no Brasil, a questão da saúde mental ainda não tenha chamado a atenção da sociedade em razão do momento de esforços ainda voltados ao enfrentamento do estado de emergência em saúde pública. Ela surge como efeito colateral da própria pandemia e costuma evidenciar a invisibilidade do tema. O silêncio a respeito da depressão, da ansiedade, entre outros transtornos mentais, agrava o sofrimento dos pacientes que padecem de tais males e impede, não raras vezes, a busca por ajuda profissional.

É preciso um olhar mais cuidadoso e empático com as pessoas que sofrem com problemas de saúde mental durante o período de pandemia e, sobretudo, enquanto durarem os efeitos decorrentes do coronavírus. Os impactos da pandemia ainda não são de todos conhecidos e, por conseguinte, a saúde mental tende a ser um indicador da indiferença e repugnância aos pacientes terminais, mortos e familiares em luto⁶. A

⁴ Disponível em: https://www.theguardian.com/world/2020/may/21/italy-lockdown-mental-health-psychologists-coronavirus?CMP=Share_AndroidApp_WhatsApp. Acesso em 08 jun. 2020.

⁵ SANTOS, Boaventura de Souza. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020, capítulo 3. Sobre o tema no Brasil cf. ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

⁶ Permita-se remeter a BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor. Mortes invisíveis em tempos insólitos da pandemia da covid-19. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de>

vulnerabilidade acentuada em razão das medidas de isolamento social potencializa, em muitos casos, o risco de suicídio em momento já tão desolador. Por isso, mais do que atitudes de solidariedade individuais, é preciso pensar em medidas efetivas de assistência à essas pessoas de forma estruturada, coordenada e com segurança seja no âmbito privado ou por meio de políticas públicas.

Nessa linha, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) editou a Resolução n. 4, de 26 de março de 2020, que dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação – a chamada *telepsicologia* – durante a pandemia da covid-19. Estabelece como dever fundamental do psicólogo conhecer e cumprir o Código de Ética Profissional⁷ na prestação de serviços psicológicos à distância (art. 2º) e condiciona à sua realização a prévio cadastro na plataforma e-Psi junto ao respectivo Conselho Regional de Psicologia (CRP), cabendo ao psicólogo manter seu cadastro atualizado (art. 3º e § 1º). Tal normativa excepciona parcialmente a Resolução CFP n. 11, de 11 de maio de 2018, que regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação⁸. O art. 4º da Resolução n. 4/2020 suspendeu os arts. 6º, 7º e 8º, todos da Resolução n. 11/2018, que vedavam a prestação de serviços psicológicos por meios de tecnologia da informação e da comunicação em situações específicas, tais como o atendimento de pessoas e grupos em situação de urgência e emergência, desastres e vítimas de violação de direitos ou violência, devendo o serviço ser executado de forma presencial.⁹

Por sua vez, no âmbito da medicina, a Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020, dispõe sobre o uso, em caráter emergencial, da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus, que consiste no “exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde” (arts. 2º e 3º). O incipiente tema da telemedicina já havia sido regulamentado, com severas restrições,

[vulnerabilidade/328012/mortes-invisiveis-em-tempos-insolitos-da-pandemia-da-covid-19](https://www.conselhofederal.org.br/vulnerabilidade/328012/mortes-invisiveis-em-tempos-insolitos-da-pandemia-da-covid-19). Acesso em 10 jun. 2020.

⁷ Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005.

⁸ O art. 4º da Resolução n. 4/2020 suspendeu os arts. 3º e 4º, ambos da Resolução n. 11/2018, que obrigavam o cadastramento prévio no respectivo Conselho Regional de Psicologia e condicionava à sua autorização para a prestação dos serviços psicológicos por meios tecnológicos à distância.

⁹ No caso de atendimento de crianças e adolescentes exigia-se o consentimento expresso de ao menos um dos responsáveis legais e mediante avaliação de viabilidade técnica por parte da psicóloga e do psicólogo para a realização do serviço à distância.

pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução n. 1.643/2002¹⁰. Neste ponto, destaque-se que o CFM publicou o Ofício n.º 1.756/2020, reconhecendo, “em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da COVID-19”, “a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina”, indicando-se três modalidades, a saber: teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta. No campo da medicina psiquiátrica, a Associação Brasileira de Psiquiatria se posicionou favorável ao uso da telemedicina aplicada à especialidade, chamada de telepsiquiatria, com fundamento na Lei n. 10.216/2001 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica) e pela Resolução n. 1.643/2002 do CFM que assegura o melhor tratamento ao doente mental, consentâneo às suas necessidades.¹¹

Tais medidas de natureza deontológica revelam a preocupação das autoridades competentes com o bem-estar psíquico da população durante o momento pandêmico, mas ainda lacônicas na formulação de políticas públicas efetivas no âmbito de público para a assistência às pessoas que precisam de tratamento psiquiátrico ou atenção psicológica. Por outro lado, essas normativas descortinam os desafios do alcance de tais normas em relação à responsabilidade civil dos profissionais da área da saúde e a efetividade dos direitos dos pacientes, especialmente no caso de ideação suicida.

As fraquezas e as inseguranças da condição humana em sessões e consultas – antes presenciais, agora virtuais – entre psiquiatras e psicólogos e seus pacientes são potencializadas em decorrência do coronavírus. No entanto, o desespero e a angústia se revelam comuns às experiências humanas e não se restringem aos decorrentes dos efeitos da pandemia. Por isso, os “flagelos da alma” despertam desde a antiguidade a reflexão, primeiro, de filósofos, e, depois, com o aparecimento a partir do século XIX, da Psiquiatria e da Psicologia, com o reconhecimento e consolidação de seus campos próprios de investigação científica. No decorrer do século XX se assistiu o desmoronamento do discurso exclusivo da internação psiquiátrica para o tratamento dos doentes mentais. No Brasil, o movimento antimanicomial foi iniciado ainda nos anos

¹⁰ TERRA, Aline de Miranda Valverde; LEMOS, Paula Moura Francesconi de. Telemedicina no sistema privado de saúde: quando a realidade se impõe. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-vulnerabilidade/322083/telemedicina-no-sistema-privado-de-saude-quando-a-realidade-se-impoe>. Acesso em 10 jun. 2020.

¹¹ Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_630efc1e966b4c878eb4e440a942913a.pdf. Acesso em 15 jun. 2020. Cabe destacar a Resolução CFM n. 2.057/2013 que consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria, que não deve ser afastada durante a situação de pandemia.

setenta, mas somente se consolidou na legislação nacional com a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.¹²

Diante do contexto apresentado, os profissionais ligados à área da saúde mental foram cada vez mais instados a atuar em prol do bem-estar psíquico das pessoas. Com a proliferação de possíveis diagnósticos de transtornos mentais, é certo que se ampliou consideravelmente o campo e a abrangência da atuação profissional dos médicos-psiquiatras e psicólogos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, pacificou o entendimento mais amplo de saúde, definindo-a como situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. A partir de então, a preocupação com a saúde mental atingiu um novo patamar, com o aumento na destinação de recursos para o desenvolvimento de pesquisas, a criação de cursos de psicologia e o crescimento do quantitativo de profissionais dedicados a área da psiquiatria e psicologia.

A relação destes profissionais com os seus pacientes tem dinâmica especial, principalmente em virtude da agravada vulnerabilidade dos pacientes. Há certas especificidades na relação médicos-psiquiatras, psicólogos e seus pacientes que acarretam a necessidade de um exame mais aprofundado dos seus contornos e conteúdo, de modo a possibilitar um tratamento normativo condizente e idôneo a sua tutela, mormente para fins de responsabilização no campo civil¹³. A responsabilidade dos médicos-psiquiatras e psicólogos¹⁴ se enquadra dentro da categoria da responsabilização civil dos profissionais liberais, ou seja, subjetiva nos termos dos arts. 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor. O conteúdo da relação entre médicos-psiquiatras/psicólogos e seus pacientes se configura dentro de uma zona fronteiriça entre as situações jurídicas existenciais e patrimoniais. A carga patrimonial se deve à relação onerosa empreendida entre os polos da relação e sua natureza, primordialmente, contratual. O caráter existencial se deve por envolver a integridade psicofísica do paciente, enquanto atributo essencial à

¹² Permite-se remeter a ALMEIDA, Vitor. *A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela*. Belo Horizonte: Fórum, 2019, p. 79-87.

¹³ Sobre o assunto, seja consentido remeter à ALMEIDA JUNIOR, Vitor Almeida. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Orgs.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 79-123.

¹⁴ Embora também sejam profissionais ligados à área da saúde mental, os psicólogos recebem um tratamento diferenciado dos médicos-psiquiatras, seja porque possuem uma regulamentação própria e um Código de Ética específico, seja porque a psicologia, de fato, se apresenta como uma ciência autônoma, que possui métodos e princípios próprios. Estes pressupostos são essenciais no encaminhamento das reflexões sobre a definição dos deveres e direitos dos psicólogos, que, por sua vez, delimitam os contornos da responsabilidade pessoal destes profissionais.

sua personalidade, como objeto. As esferas corporal e psíquica da pessoa devem ser preservadas, mas sem aviltar a autodeterminação quanto às escolhas existenciais, em respeito à sua dignidade.

Na medida em que se voltam ao diagnóstico e tratamento relativos à promoção do bem-estar mental, médicos-psiquiatras e psicólogos empreendem esforços, na maior parte das vezes conjuntos, para o resultado positivo dos processos médico e psicoterapêutico. Esta característica comum converge na identificação de similaridades no sistema de responsabilização civil de ambos os profissionais liberais. Há uma relação de complementariedade, não só porque se baseiam sob o manto do regime de responsabilidade subjetiva, mas também porque se voltam à mesma finalidade e tem por função a preservação da integridade psicofísica dos pacientes.

Em que pese à relação de proximidade, distanciam-se, contudo, na medida em que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais se adjetiva a partir da identificação dos deveres pertinentes a cada uma das profissões, isto é, da definição dos *standards* de conduta da atuação profissional exigida em cada caso concreto. Estes deveres são extraídos tanto, genericamente, de diplomas legais, quanto de normas éticas específicas, e que, se violados, geram o dever de indenizar. Em tempos em que a prestação dos serviços psiquiátricos e psicológicos são virtuais, é preciso prudência na caracterização dos elementos da responsabilidade civil, eis que o tratamento à distância nem sempre permite a estrita observância dos mesmos parâmetros de atuação. Indispensável, no entanto, compreender que nem todos as situações permitem a telepsiatria ou telepsicologia, ou são restrinidas, tais como as perícias médicas¹⁵ e psicológicas¹⁶ e o tratamento de pacientes com ideação suicida.

¹⁵ Nos termos do Parecer 03/2020, o CFM entendeu que não é admitida a prática da teleperícia ou perícias virtuais, “mesmo em face do estado de Emergência da Saúde Pública de Interesse Internacional em decorrência da Pandemia do covid-19”. Concluiu-se, desse modo, que o “médico Perito Judicial que utiliza recurso tecnológico sem realizar o exame direto no periciando afronta o Código de Ética Médica e demais normativas emanadas do Conselho Federal de Medicina”. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/3>. Acesso em 21 jun. 2020. Por outro lado, a Resolução n. 317 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) dispõe sobre a realização de perícias em meios eletrônicos ou virtuais em ações em que se discutem benefícios previdenciários por incapacidade ou assistenciais, enquanto durarem os efeitos da crise ocasionada pela pandemia do novo Coronavírus, o que contraria o entendimento exarado pelo CFM.

¹⁶ Nos termos do Ofício-Circular nº 63/2020/GTec/CG-CFP, que trata sobre recomendações do CFP sobre a elaboração de documentos psicológicos para o Poder Judiciário no contexto da pandemia do novo coronavírus: “Deve-se considerar, ainda, na opção pelo atendimento psicológico remoto, que grande parte da população atendida pela psicóloga no Sistema de Justiça encontra-se em situação de vulnerabilidade social, o que pode ser fator determinante para a indisponibilidade material de recursos associados a tecnologias da informação (computadores, smartphones, acesso à internet e linha telefônica). Dessa forma, a proposta de avaliação por meio de tecnologias pode violar direitos bem como confrontar padrões éticos no relacionamento com o avaliado, conforme alínea ‘a’, Art. 2º, Código de Ética Profissional da

Na Itália, segundo dados de uma fundação em pesquisa em saúde mental, 37 pessoas cometeram suicídio, sendo que 04 eram enfermeiros da linha de frente e atribuiu-se ao estresse avassalador causado pelo contexto pandêmico. Registra-se que a “última vez que houve um aumento acentuado de suicídios na Itália, principalmente entre os pequenos empresários, foi após a crise financeira de 2007”¹⁷. Ainda são desconhecidas as repercussões da pandemia sobre a taxa de suicídio, em especial em razão das ramificações econômicas, mas é indiscutível o aumento dos números de mortes por suicídio e de tentativas¹⁸. Tal cenário é a “ponta do iceberg” e revela a insólita constatação da quantidade de pessoas que vivem em depressão ou que tiveram sua situação econômica ou psíquica afetada em razão dos efeitos da pandemia do novo coronavírus.

No Brasil, não há dados consolidados sobre suicídios em razão da pandemia da covid-19. No entanto, a FIOCRUZ alerta que como “as estatísticas que apontam o aumento dos casos de tentativas e suicídios após eventos extremos, identifica-se como fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção, visando o bem-estar da população”. Estima-se que “51% dos casos de suicídio acontecem dentro de casa” e que “apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida são bastante incipientes”. Cabe destacar que “fatores situacionais, relacionados à pandemia, também podem potencializar ações suicidas”, e podem relacionar-se a “diferentes fatores como: medo, isolamento, solidão, desesperança, acesso reduzido a suporte comunitário e religioso/espiritual, dificuldade de acesso ao tratamento em saúde mental, doenças e problemas de saúde, suicídios de familiares, conhecidos ou profissionais de saúde”.¹⁹

O suicídio sempre foi um tema silencioso, evitado no meio social²⁰. A história relata que a morte autoinfligida é percebida de diversas formas, a depender da cultura e dos valores compartilhados por determinada sociedade. Assim, os esquimós, nórdicos,

Psicologia – CEPP”. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/05/SEI_CFP-0221879-Of%C3%ADcio-Circular.pdf. Acesso em 21 jun. 2020.

¹⁷ Disponível em: https://www.theguardian.com/world/2020/may/21/italy-lockdown-mental-health-psychologists-coronavirus?CMP=Share_AndroidApp_WhatsApp. Acesso em 08 jun. 2020.

¹⁸ Disponível em: https://www.theguardian.com/world/2020/may/21/italy-lockdown-mental-health-psychologists-coronavirus?CMP=Share_AndroidApp_WhatsApp. Acesso em 08 jun. 2020.

¹⁹ GREFF, Aramita Prates et al. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41420>. Acesso em 21 jun. 2020.

²⁰ Cabe destacar a iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), desde 2014, em organizar nacionalmente o chamado “Setembro Amarelo” como mês de prevenção ao suicídio, sob o slogan: “Combater o estigma é salvar vida”. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em 23 de jun. 2020.

samoanos e os índios *crow*, por exemplo, aceitavam e, eventualmente, estimulavam o auto sacrifício de velhos e doentes²¹. Contudo, a maior parte das culturas ocidentais sempre condenou a prática do suicídio, criando, inclusive, mecanismos de reprimenda e desestímulo²². Na idade antiga, variavam bastante as crenças e sanções ao suicídio. A lei romana, por exemplo, impedia que a herança do suicida fosse transmitida aos seus herdeiros. Em Atenas e Tebas, não era permitido os ritos fúnebres àqueles que se matavam e a mão usada para o procedimento era decepada. A profanação pública dos cadáveres dos suicidas era comum em diferentes locais e culturas. Relata-se que “os corpos daqueles que se matavam eram, em muitos países, enterrados à noite e em encruzilhadas” e estacas eram cravadas no coração dos suicidas. Já se registrou, inclusive, que “na França, o corpo de um suicida era arrastado pelas ruas e depois pendurado em patibulos. O direito penal francês no fim do século XVII também exigia que o corpo fosse jogado numa cloaca ou na lixeira da cidade”.²³

O século XVIII marcou uma ruptura no discurso reinante a respeito do suicídio, haja vista que “nunca se falou ou se escreveu tanto sobre a morte voluntária. Tratados inteiros foram redigidos a favor ou contra esse tipo de morte, e os filósofos não ficaram indiferentes à questão”. Nessa linha, “ao longo do século XVIII, com a ajuda inestimável do pensamento filosófico, o suicídio, que até então era problematizado como um crime contra Deus, contra a sociedade e contra as leis, ato destruidor da família e pátrias, causa de danação eterna e infelicidade, passou a sê-lo a partir de outro viés: a liberdade e a opção individuais”.²⁴

A ascensão do discurso médico a respeito da loucura, a partir do século XIX, desencadeou a associação do suicida à imagem do louco-doente. A partir de então, o suicídio se tornou um tema exclusivo para o campo científico, haja vista a consideração de que somente os médicos “estariam autorizados a explicar suas origens e causas”. O suicídio passou a ser visto somente a partir da perspectiva patológica, ou seja, como um distúrbio mental. Por conseguinte, “os indivíduos que se matavam podiam ser alienados,

²¹ JAMISON, Kay Redfield. *Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio*. Trad. Gilson B. Soares. 2 ed., Rio de Janeiro: Gryphus, p. 16-17.

²² As doutrinas religiosas opõem-se com veemência ao auto sacrifício de seus seguidores. A Igreja Católica, desde seus primórdios, se opunha ao suicídio, e codificou, nos séculos VI e VII, a pena de excomunhão e a proibição de ritos fúnebres, afinal, além de ser considerado um pecado imperdoável, a Deus pertenceria o *tempo de morrer*. A tradição judia proibia as orações aos que cometessesem suicídio e desestimulava a presença nos funerais. Segundo a lei islâmica, “o suicídio é um crime tão grave, ou até mesmo mais grave, do que o homicídio”. *Id. Ibid.*, pp. 17-18.

²³ *Id. Ibid.*, p. 17-19.

²⁴ LOPES, Fabio Henrique. *Do suicídio e dos corpos: histórias e problematizações*. PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Marcia (orgs.). São Paulo: Unesp, 2011, p. 257 e 259.

loucos, não agir de acordo com o livre arbítrio, doentes que apresentavam algum tipo de alteração em suas faculdades mentais”.²⁵

Com o ingresso do suicídio como uma questão de saúde mental, a intervenção de psiquiatras e psicólogos se tornou uma necessidade, tornando-se quase um dever do profissional dissuadi-lo da ideia. Os riscos legais de algum destes profissionais serem responsabilizados no âmbito judicial aumentam se considerarmos que existem duas classes de psiquiatras, os que tiveram pacientes que se suicidaram e os que terão pacientes que irão se suicidar.²⁶ Isto significa dizer que é inevitável que um psiquiatra, e, em muitos casos, um psicólogo, não se deparar com um paciente suicida ao longo de sua atividade profissional. Estima-se nos Estados Unidos que aproximadamente 45% dos psiquiatras tiveram, ao menos, um paciente que cometeu suicídio e configura uma das causas mais frequentes de reclamação judicial em razão de erros diagnósticos e antes das internações compulsórias.²⁷

Se, por um lado, parece ser inevitável no campo da saúde mental um profissional não se deparar com um potencial suicida, por outro, cabe indagar se com o tratamento psiquiátrico ou psicoterápico torna-se possível evitar o suicídio. O tema é assaz polêmico e as questões socioculturais subjacentes à repressão ou incentivo ao suicídio transcendem aos estreitos limites da ciência jurídica. De fato, as reflexões acerca da eventual responsabilidade profissional do psiquiatra e psicólogo nestes casos refletem, em certa medida, os valores socialmente compartilhados e absorvidos pelo ordenamento. No direito brasileiro, o suicídio é, ainda que obliquamente, penalmente e civilmente repreendido. O Código Penal brasileiro, em vigor, criminaliza a conduta do induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio no artigo 122. O Código Civil reserva uma única disposição à hipótese de suicídio que se inscreve na disciplina do contrato de seguro, estabelecendo no art. 798, que “o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso”.²⁸ Um exemplo de repreensão social, que é admitida pelo ordenamento, é a hipótese de autoridades policiais envidarem esforços para

²⁵ *Id. Ibid.*, p. 260-261.

²⁶ Cf. SIMON, Robert. Review of clinical psychiatry and the law. In: *American Psychiatry Press*, t. I, II e II, Washington, 1990 e Suicide risk. In: *American Psychiatry Press*, Washington, 2004.

²⁷ V. SIMON, Robert. Psychiatric malpractice. In: *American Psychiatry Press*, Washington, 1992.

²⁸ Verbete da súmula n. 610 do Superior Tribunal de Justiça: “O suicídio não é coberto nos dois primeiros anos de vigência do contrato de seguro de vida, ressalvado o direito do beneficiário à devolução do montante da reserva técnica formada”.

evitar a prática do suicídio, exatamente por considerarem que estes não estão no pleno exercício de suas faculdades mentais.

Isto se reflete na admissibilidade de eventual responsabilização do psiquiatra ou psicólogo diante do suicídio de um paciente que estava sob seus cuidados. A questão do diagnóstico do paciente potencialmente suicida é complexa, tendo em vista que “é muito difícil ao psiquiatra avaliar e prever o ato suicida”. No entanto, ressalva Miguel Kfouri Neto que “há determinados transtornos psiquiátricos nos quais desde logo o psiquiatra identifica tendência suicida”, como nos casos em que o paciente “já possui histórico de tentativa de suicídio, conduta autodestrutiva e comportamento similares”.²⁹

Nestas circunstâncias, incumbe ao profissional adotar o tratamento mais adequado e idôneo de acordo com os protocolos clínicos, se existentes. De todo modo, como a responsabilidade é de natureza subjetiva, “tem-se de provar a culpa do psiquiatra para que haja a condenação”³⁰. Como não há uma forma de prevenção absoluta da conduta suicida, torna-se relevante apontar alguns dos deveres profissionais, sem pretensão de exaustividade, de modo a estabelecer parâmetros aceitáveis de diagnóstico e tratamento para o paciente e fornecer segurança para os profissionais com o fim de evitar demandas judiciais. Doutrina autorizada indica como deveres profissionais diante do risco suicida: (i) dever de detectar o risco suicida; (ii) dever de custódia e segurança; (iii) dever de assistência; (iv) dever de informação; e, (v) dever de documentar a evolução e o tratamento.³¹

É reconhecida na literatura especializada a complexidade em detectar o risco suicida, assim como a escolha do tratamento a ser adotado. No entanto, esta dificuldade apresentada no diagnóstico do potencial suicida não significa que o profissional nunca possa ser responsabilizado, especialmente diante de um risco objetivamente detectável. Em primeiro lugar, é preciso ressaltar que nem todas as pessoas que cometem suicídio se encontram nos denominados grupos de risco ou mesmo apresentam algum transtorno mental. Nestes casos, o dever de detectar se dilui diante da imprevisibilidade da conduta. No entanto, “em alguns transtornos psiquiátricos onde os índices de suicídio são maiores

²⁹ KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 7. ed., rev., atual. e ampl., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 275.

³⁰ *Id. Ibid.*, p. 275.

³¹ ESPECTOR, Eduardo Mauricio. El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta. In: *Sinopsis*, a. 22, n. 41, abr./2006, p. 22.

que em outros, se incrementa a responsabilidade do profissional tratador e seu dever de cuidado”.³²

O subjetivismo intrínseco aos diagnósticos na área da saúde mental não pode servir como escusa destes profissionais para prever a conduta suicida, cabendo-lhes atuar com maior zelo e aplicar todos os recursos disponíveis para detectar o risco e, assim, adotar as medidas cabíveis para prevenir e evitar o suicídio. É claro que com isto não se impõe um dever de infalibilidade e previsibilidade, mesmo porque a obrigação destes profissionais liberais é de meio. De todo modo, configura-se a responsabilidade profissional nos casos em que restou comprovada a inobservância dos deveres objetivos impostos. De fato, em alguns casos, nos quais a literatura médica reconheça, com certo grau de consensualidade, o risco suicida em determinados transtornos mentais é dever do profissional interventor detectar, de modo a prevenir o ato suicida.

Do dever de detectar o risco suicida surge a obrigação de custódia e segurança, que igualmente é imputada ao profissional da saúde mental, “exigindo extremo cuidado de proteger a vida de seu paciente, a partir da necessidade immediata de vigilância, cuidado, segurança e tratamento”. O dever de cuidado deve ser proporcional ao risco conhecido ou cognoscível a partir do exercício profissional diligente³³. Neste ponto, diante da imposição deste dever ao profissional, surge a questão da internação do paciente potencialmente suicida. No Brasil, a Lei n.º 10.216/2001, que estabeleceu novas diretrizes para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, rompeu com o período manicomial anteriormente vivenciado no país, e estabeleceu a desospitalização e a reinserção social como regras em nosso ordenamento (art. 4º e § 1º).³⁴

Por força de lei, a internação, mesmo que consentida, somente poderá ser “realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º)³⁵. Assim, um risco improvável de conduta suicida não conduz à indicação médica de internação, mas só os casos considerados como de risco razoável e provável, de modo a assegurar os direitos previstos aos portadores de transtornos mentais na referida lei. A internação em momento de pandemia em razão das recomendações das autoridades sanitárias de evitarem os hospitais torna ainda mais dramática e respinga na tênue linha

³² *Id. Ibid.*, p. 22.

³³ *Id. Ibid.*, p. 23.

³⁴ DELGADO, Pedro Gabriel. *As Razões da Tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil*. São Paulo: Te Corá, 1992; CARVALHO, Salo de. *Antimanual de criminologia*. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 274.

³⁵ Para um aprofundamento sobre os requisitos para internação cf. SCHULMAN, Gabriel. *Internação forçada, saúde mental e drogas: é possível internar contra a vontade?* Indaiatuba: Foco, 2020.

que caracteriza a responsabilidade civil dos profissionais da área da saúde mental. Desse modo, cabe destacar que do mesmo jeito que um profissional pode ser responsabilizado pela ausência de recomendação para internação, também o é se indicou desnecessariamente a internação, notadamente se observado o modelo extra-hospitalar adotado pela lei. A lei é expressão do respeito à dignidade dos portadores de transtornos mentais, assim, é preciso sempre ponderar se a internação ou o tratamento ambulatorial é o melhor método para a prevenção do suicídio. As circunstâncias do caso concreto e a avaliação do profissional especialista são aspectos relevantes para a identificação da melhor forma de cuidar e garantir a segurança dos pacientes em risco, o que deve ser levado em conta no momento de pandemia da covid-19.

Na hipótese de paciente com risco suicida, mas que não quer ser internado, indispensável que o especialista informe verbalmente e por escrito dos riscos e, se possível, reduza a termo as informações em documento para que o paciente assine a recusa no consentimento para internação psiquiátrica, o que em caso de prestação de serviços por ferramentas virtuais não deve ser afastado e pode ser comprovado por meio de recursos tecnológicos. Deve, ainda, informar a situação aos familiares mais próximos e relatar adequadamente na história clínica do paciente³⁶. Com efeito, não é possível estabelecer um itinerário fechado para a atuação médica nestas hipóteses, pois dependerá sempre das circunstâncias do caso apresentado para a aferição da culpa, que nestes exemplos pode se dar por omissão. Assim, para que o profissional não seja responsabilizado deve restar claro que tomou todas as medidas necessárias e possíveis para prevenir o suicídio e assegurar a integridade física do paciente.

Cabe lembrar que a responsabilidade do profissional pode surgir indistintamente se paciente estiver internado ou se o tratamento for unicamente ambulatorial. Salienta, contudo, que se o paciente não estiver internado “a possibilidade de controle é muito mais limitada”. Diante disso, entende que “enquanto o dever de prevenir o suicídio é maior no paciente internado do que no ambulatório, a responsabilidade com relação a este último surgirá se este risco era previsível e o profissional não tomou as obrigatórias medidas preventivas razoáveis de cuidado para evitar que este risco se concretize, entre elas, a internação em local especializado”.³⁷

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), “o suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação

³⁶ *Id. Ibid.*, p. 28.

³⁷ *Id. Ibid.*, p. 23.

complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos”. O “suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio”. A OMS encara o suicídio como uma questão de saúde pública³⁸. Por isso, é preciso que o profissional compreenda seu importante papel na prevenção do suicídio, posto que por mais que seja impossível o controle absoluto dos impulsos suicidas, sabe-se que o aconselhamento profissional é eficaz, principalmente nos casos em que o paciente é portador de transtorno mental. Neste cenário é que médicos e psicólogos são convocados a agirem com a diligência necessária, envidando todos os esforços possíveis diante do quadro de risco suicida, de maneira a garantir à integridade e a vida do paciente. Tal questão tende a se agravar em razão dos efeitos da pandemia da covid-19 e as restrições de atendimento presencial.

O filósofo francês Albert Camus, no ensaio *O Mito de Sísifo*³⁹, afirma que o suicídio é o único problema filosófico sério. É com seriedade, portanto, que médicos e psicólogos devem pautar suas ações, com base principalmente em seus Códigos de Ética e no papel social de suas profissões. Por sua vez, o Judiciário deve agir com cautela nos casos de responsabilidade civil do profissional liberal em razão do suicídio do paciente, visto que a complexidade da natureza humana foge, não raras vezes, do possível controle por parte de profissionais, o que se agrava com o contexto pandêmico que vivenciamos.

A pandemia e a incerteza do futuro com o “novo normal” exacerbaram a ansiedade e a depressão naqueles que já sofrem, enquanto outros estão lidando com problemas de saúde mental pela primeira vez. O possível aumento no número de suicídios evidencia os nefastos efeitos da pandemia sobre a integridade psíquica das pessoas, para além da crise respiratória, e a urgência em conter uma epidemia que se avizinha em questões de saúde mental. Em nome da solidariedade social, imprescindível a formulação de políticas públicas de assistência à saúde mental no período pandêmico e a prudência no exame dos casos de responsabilidade civil dos profissionais ligados à área em razão do peculiar contexto deflagrado pela pandemia da covid-19.

³⁸ Segundo as estatísticas da OMS do ano de 2000, “aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos”. Estudos apontam que “aproximadamente metade dos psiquiatras e 20% dos psicólogos perdem algum paciente, em tratamento, por suicídio”. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso, Genebra, 2006.

³⁹ CAMUS, Albert. *O mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.