

## **Pedido de Parecer sobre a Proposta de Lei de Saúde Mental**

*Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM)*

### **ÍNDICE**

<b>Preâmbulo</b>	<b>2</b>
<b>Proposta de alterações</b>	<b>2</b>
<b>Pressupostos teóricos à revisão da Lei de Saúde Mental</b>	<b>3</b>
<b>Sobre a exposição de motivos</b>	<b>6</b>
<b>Sobre as disposições gerais e a política de saúde mental</b>	<b>9</b>
<b>Considerações sobre direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental</b>	<b>11</b>
<b>Tratamento Involuntário</b>	<b>13</b>
<b>Alteração ao Código da Execução das Penas e das Medidas Privativas da Liberdade</b>	<b>20</b>
<b>Conclusões</b>	<b>22</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>27</b>

## Preâmbulo

Sendo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) uma sociedade científica, contempla igualmente, nos seus estatutos, no artigo 4º a) **Promover o desenvolvimento da Psiquiatria e da Saúde Mental** ao serviço da saúde da população portuguesa e h) **Defender os direitos dos doentes** ao melhor tratamento e assistência.

Neste sentido, e em resposta ao pedido de Parecer, à SPPSM, da parte da Senhora Coordenadora do Grupo de Trabalho – Saúde Mental, Deputada Maria Antónia Almeida Santos, relativamente à “Proposta de Lei n.º 24/XV/1.ª - Aprova a Lei de Saúde Mental e altera legislação conexas”, foi elaborado este Parecer que teve essencialmente como base **contributos da Direção, Conselho Consultivo da SPPSM e de Sócios**, como também de outros médicos psiquiatras que se foram manifestando e expressando através de publicações, *webinars* (e.g., Fórum – O novo projeto-lei de saúde mental, em 19 de outubro de 2022, <https://ordemdosmedicos.pt/forum-o-novo-projeto-lei-de-saude-mental-19-de-outubro-de-2022-as-21h/> organizado pela Direção do Colégio da Especialidade de Psiquiatria, em sintonia com a Secção da Subespecialidade de Psiquiatria Forense e no qual a SPPSM esteve representada), dos *media* e redes sociais.

## Proposta de alterações

**[internamento voluntário] [art.º 2.º alínea b]** – considerar como voluntário apenas o tratamento aceite pelo próprio ou pelo representante legal de menor de 16 anos (remover diretivas antecipadas de vontade e procurador de cuidados).

**[pessoa de confiança] [art.º 9, nº 5]** – alterar com vista a requerer ratificação da pessoa de confiança pelo tribunal e que seja através deste que seja feita a consulta de informação clínica / judicial.

**[diretivas antecipadas de vontade] [art.º 10]** – não permitir a modificação das diretivas antecipadas de vontade em cuidados de saúde mental, na presença de agudização da doença, quando tal resulte em impossibilidade de tratamento.

**[pressupostos de doença mental] [art.º 15.º, nº1]** – “São pressupostos do tratamento involuntário:”, alterar para “Na presença dos seguintes pressupostos, pode haver lugar a tratamento involuntário:”

**[pressupostos de doença mental] [art.º 15, nº1, alínea a]** – alterar para “A existência de doença mental grave” (e não apenas “doença mental”).

**[perigo] [art.º 15.º, nº1, alínea b]** – substituir “prevenir e eliminar o perigo” por “afastar o perigo”.

**[avaliação clínico-psiquiátrica] [art.º 20, nº2]** – “A avaliação clínico-psiquiátrica é realizada, no prazo de 15 dias, por dois psiquiatras, com a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental, no serviço ou no domicílio do requerido”. Não especifica que “colaboração” é essa de “outros profissionais”. Sem colocar em causa a relevância da equipa multidisciplinar na abordagem à pessoa com doença mental, dada a especificidade da avaliação em causa, propõe-se alterar para: “A avaliação clínico-psiquiátrica é realizada, no prazo de 15 dias, por dois psiquiatras, no serviço ou no domicílio do requerido”.

## **Pressupostos teóricos à revisão da Lei de Saúde Mental**

O tratamento involuntário de pessoas com incapacidades psicossociais, particularmente quando estas incapacidades resultam de Perturbação Mental, é um problema de natureza médica, social e legal. Sob a égide da Saúde Pública e das Políticas de Saúde tem existido uma intensa pesquisa de soluções legais que visam resolver, por um lado, a necessidade de tratamento involuntário das pessoas com Perturbação Mental que, por várias razões, não reconhecem a doença que as afeta (ou recusam intervenções terapêuticas) e, por outro, a proteção dos seus direitos, liberdades e garantias. No paradigma atual de um novo legalismo, procuramos harmonizar as garantias processuais para a prestação de cuidados de saúde adequados e tratamento de pessoas com deficiências psicossociais em condições menos restritivas.

O Conselho da Europa (CE) e o seu Comité de Bioética, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (CEDH) promoveram várias revisões das legislações em matéria de saúde mental. Primeiro, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e Biomedicina (CEDHB),

também conhecida como Convenção de Oviedo, em 1997, que promoveu a proteção das pessoas que não demonstravam capacidade de consentimento para tratamento (incluindo menores e adultos com capacidade diminuída sem representantes), particularmente aqueles com perturbações mentais. Segundo, um novo tratado internacional de direitos humanos foi redigido em dezembro de 2006 e abriu para assinaturas em março de 2007 – a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência/Incapacidade, UN-CRPD. Ela representa o primeiro tratado abrangente de direitos humanos do século XXI, em vigor desde 2008, e é ratificada por 181 países. Foram desenvolvidos vários outros documentos centrados na proteção da autonomia, agência e dignidade das pessoas com deficiência psicossocial, dos quais o Relatório Anual do Alto-Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos A/HRC/34/32 é um exemplo.

As disposições dos documentos mais recentes são especialmente claras em propor que a Doença Mental não deveria, em caso algum, justificar a privação de liberdade e que a competência possível deveria ser sempre considerada – sendo que terceiros apoiariam a organização e a comunicação da sua vontade. Este entendimento significa que as decisões tomadas no melhor interesse do próprio por terceiros não se aplicariam à Doença Mental Grave. A interpretação literal destes ideais determinaria a interrupção imediata do uso de medidas coercivas na psiquiatria, particularmente tratamento involuntário (CT) pois são uma violação dos direitos dos doentes. Dentro da prática clínica da Psiquiatria parece evidente, através de vários exemplos, que proporcionar plena autonomia aos doentes com Doença mental pode ser problemático - por exemplo, doentes com demência (ex. incapazes de se controlarem a si próprios ou aos seus bens), com episódios depressivos (ex. com ideação e risco suicida) e episódios psicóticos (ex. recusando-se a alimentar-se porque acreditam que estão a ser envenenados). É possível conceber situações nas quais formas de coerção internas (do doente para si mesmo no seu processo de doença) só possam ser corrigidas por intervenção externa direta, isto é, em que um terceiro garanta que este não se prejudique intervindo contra a sua vontade. Também, qualquer decisão que preveja impedir a coerção externa de pessoas que podem escolher por si mesmas (desrespeitando a sua autonomia) merece ser medida contra a obrigação de fazer com que quem é incapaz de escolher por si mesmo

seja forçado a fazê-lo (desrespeitando a vulnerabilidade). De fato, um dos argumentos mais convincentes contra as provisões da CRPD, centradas na autonomia, é o fato de serem silenciosas sobre como então ser efetivo a exercer o dever de proteger as pessoas com Doença Mental Grave articulando um cuidado de saúde adequado para a sua doença.

**Portugal foi um dos países que ratificou a CRPD e o seu protocolo adicional e com isso assumiria um compromisso de rever os procedimentos legais em vigor organizados na Lei de Saúde Mental de 1998.** A nova proposta de Lei de Saúde Mental prevê garantir a titularidade dos direitos do doente quando este pode fazer uso deles, mas também garantir o tratamento em situações em que não existe capacidade de decidir.

A nova lei de saúde mental teve como grupo de trabalho vários especialistas que parecem apoiar-se, também, na experiência recolhida ao longo de mais de 20 anos de aplicação da lei de 1998.

Considerando que quatro fatores podem determinar a decisão de tratamento involuntário – o perigo para bens jurídicos, a doença mental, a falta de capacidade e a garantia da eficácia das medidas – a nova lei procura garantir que o tónus recai sobre o primeiro. **Distanciar-se da relação com a doença – compreendendo que não deve ser esta em si mesma a justificar – não deve descuar que o pressuposto do internamento involuntário é tratar.** O peso sobre o risco deve, igualmente, compreender que a “redução de perigo” em Psiquiatria é complexa uma vez que frequentemente exige uma avaliação qualitativa e inclui risco de danos a si próprio, danos a outras pessoas, de maior adversidade social, de sofrer mais ou de comprometer um plano de tratamento. Mais, não podemos ignorar que a principal crítica ao internamento involuntário é o perigo de se tornar uma medida abusiva pura de controlo de risco em indivíduos cuja eficácia no projeto de tratamento possa não estar assegurada. Assim, seria interessante **fortalecer a que o preceito do internamento involuntário é o valor beneficente do tratamento – valor que, paradoxalmente, existe mesmo antes de existir perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais.** Em sequência, as medidas coercivas deste novo articulado aparecem também apenas como promotoras da segurança física do doente, de bens ou de terceiros. Ao reforçar a utilização para reduzir o perigo desvirtua a natureza da sua utilização para tratar – algo que deveria ser o cerne da razão pela qual

o tratamento é instituído em primeiro lugar. **Este movimento pode, aliás, agravar o estigma da doença mental (e do tratamento da mesma) promovendo a ideia de que a razão da intervenção médica é para garantir a segurança em sede de saúde pública não por motivos estritamente médicos – como tratamento da sua doença.**

Na terminologia, a nova lei de saúde mental procurou usar o termo “involuntário” em detrimento do “compulsivo” usado anteriormente, bem como mudar “anomalia psíquica grave” para “doença mental” que parecem atualizações de conceitos relevantes. Primeiro, **o termo involuntário reveste-se de um significado diferente – menos focado numa intervenção que é forçada contra a pessoa promovendo, ao invés, a ideia de intervenção que o próprio não o pôde decidir para si.** Segundo, se o termo “anomalia psíquica grave” carecia de uma operacionalização pelo que, sem esta, dificultava a compreensão pela comunidade de Psiquiatras, **a escolha do termo Doença Mental, que, verdade, parece ter um entendimento mais coerente, pode ser um alargamento desproporcionado que merece cuidado.** Este alargamento e centrando, **pode permitir, por exemplo, que utentes com Perturbações de Personalidade e Perturbações do Uso de Substâncias, que causem distúrbios ou representem risco para si mesmos, não antes abrangidos pela Lei de Saúde mental de 1998, possam ser tratados ao abrigo da figura de tratamento involuntário.** Este movimento arrisca desvirtuar em espírito da CRPD que seria restringir o uso e, principalmente, garantir que quem pode decidir decida. Contudo, a crítica que foi feita à Lei 36/98 de 24/07, que era não uma lei de Saúde Mental, mas antes uma lei de internamento compulsivo, poderá agora ser ultrapassada, pois esta proposta é de uma Lei de Saúde Mental, abrangendo muito mais do que o tratamento involuntário.

### **Sobre a exposição de motivos**

Na exposição de motivos da nova lei afirma-se que “apesar dos progressos realizados, decorridos mais de 20 anos”, depois da aprovação da legislação subsequente à da Lei de Saúde Mental, visando a organização dos serviços de saúde mental (DL nº 35/99), definindo o modelo de organização da prestação (Despacho nº 11411/2006), instituindo a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável

pelo Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), e ainda com uma Resolução do Conselho de Ministros (n.º 49/2008), “era clara a necessidade de repensar a organização da prestação de cuidados de saúde mental”.

Aliás, a profícua produção legislativa não teve paragem, com sucessivos decretos, acrescentados aos acima citados, mas cuja execução foi ficando aquém dos propósitos. Isto é, a abundância de letras de lei não teve a esperada execução prática, sendo mais notória a impotência na concretização do Plano de Saúde Mental, sucessivamente adiado. No entanto, a Lei de Saúde Mental, n.º 36/98, cuja parte mais destacada e regulamentada define as normas do Internamento Compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, foi, de facto, posta em prática.

E quais os motivos para repensar, em Portugal, a “organização dos cuidados de saúde mental”? No texto da proposta de lei, a justificação é a seguinte: “(...) por um lado, os enormes avanços registados nesta área, a nível clínico, e, por outro, os compromissos assumidos por Portugal, relativamente a esta matéria, no âmbito da OMS, do Conselho da Europa, da União Europeia e de outras instâncias internacionais”. Não nos parece que tenha havido nenhuma grande evolução na psiquiatria, e também não se notou nenhuma grande revolução na elaboração de políticas de saúde mental ou no enunciado de novos direitos para os doentes mentais.

Enquanto na antiga Lei de Saúde Mental se enunciam, num Capítulo I, as normas para a próxima reorganização dos serviços de saúde mental, que viriam a ser objeto de decreto-lei 35/99, **a nova Lei de Saúde Mental já foi antecedida pelo decreto-lei 113/2021, de 14 de dezembro, que “estabelece os princípios gerais e as regras de funcionamento dos serviços de saúde mental.” Ordem inversa que terá tido, porventura, as suas razões.**

No parágrafo seguinte transparece, o que se afigura uma razão de peso, a conclusão, até 2026, da Reforma da Saúde Mental até agora retardada. Vai contar, para isso, com o financiamento do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

No entanto, a exposição de motivos, que se detém em referências consensuais sobre os direitos humanos das pessoas com deficiências e com “problemas de saúde mental”, é omissa na avaliação concreta de como foi cumprida a lei 36/98, na parte do internamento compulsivo. **Seria do maior interesse saber que avaliação foi feita pela**

**Comissão de Acompanhamento, ao longo de duas décadas.** Por exemplo, qual a percentagem de internamentos compulsivos, comparando com a hospitalização voluntária, nas diferentes regiões do país, qual a duração média da hospitalização nesse regime, que aplicação foi feita, em termos percentuais, da passagem a tratamento compulsivo ambulatório? Quais as carências de meios e recursos de profissionais para garantir as melhores práticas na assistência médica psiquiátrica e psicológica aos doentes? Qual a opinião dos “utentes”, os “portadores de anomalia psíquica”, e qual a opinião dos seus familiares sobre a aplicação da lei? O que consideram sobre a condução dos doentes, por mandado do Ministério Público ou do Delegado de Saúde, para o internamento de urgência? E sobre a condução do internando pela polícia, com acompanhamento, sempre que possível, nos serviços de urgência psiquiátrica? E que uso prático correspondeu ao modelo mais judicial do Internamento, não urgente, da Secção III da lei 36/98? E sobre as condições de espaço, de vagas, em que decorre a hospitalização (internamento) nos «Serviços de Saúde Mental»? E qual a opinião colhida nos profissionais da saúde mental, médicos psiquiatras, enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, psicólogos, assistentes sociais e outros? Uma sinopse destes factos iria instruir e fundamentar as alterações a introduzir na nova lei, no que é a sua matéria mais importante, que agora se designa por “Tratamento Involuntário”, em vez do título anterior de “Internamento Compulsivo”.

**O tratamento involuntário é uma intervenção de exceção, para casos em que falhou a assistência médico-psiquiátrica normal, eticamente recomendável, condição de base para a relação terapêutica.** Aliás, no tratamento involuntário, deve ser feito todo o esforço, durante a hospitalização e nas consultas, para que o doente, ao melhorar clinicamente, possa aceitar a necessidade e vantagem para a sua pessoa do tratamento, que visa libertá-lo do sofrimento mental e da “alienação” em que a doença o deixou. É um trabalho persistente, muito personalizado, dos técnicos e profissionais de saúde mental. E o sucesso resulta, em muitos casos, das boas práticas e do respeito pela pessoa do doente. O grande psiquiatra francês Henri Ey dizia bem, que a doença mental é muitas vezes uma “patologia da liberdade”. **A libertação da doença, com os meios terapêuticos que a psiquiatria dispõe, se bem apropriados, é uma recuperação da liberdade, perdida pelo grave transtorno da mente.**



O tratamento não voluntário está em contradição com o que deve ser a prática saudável no exercício das profissões, que intervêm no tratamento e na ajuda na recuperação da grande maioria dos doentes, mentais ou psiquiátricos, como se quiser designar. A necessidade ocasional, de exceção, do tratamento involuntário, dá ao mesmo tempo a dimensão da necessidade inadiável do tratamento de doentes graves, cuja conduta anómala, resultante da patologia, leva a perigos para terceiros e para o próprio, tanto em aspetos pessoais, como materiais. A perceção da perturbação e da desadaptação foi designada, nos primórdios da assistência aos doentes, como alienação mental ou loucura, medindo a sua gravidade. O paradoxo está no facto de a gravidade máxima da perturbação mental ser acompanhada pela negação da doença pelo próprio, por incapacidade de ajuizar, e pela recusa e oposição em ser tratado. E o não tratamento pode conduzir a um agravamento progressivo da doença, tornando irreversível o processo psicopatológico e a deterioração da personalidade. Para além do risco para terceiros, em linguagem jurídica, para os bens pessoais e patrimoniais.

A “má” saúde mental (*mental ill health*) é um problema de todas as sociedades e de todas as pessoas, crianças, jovens, adultos e dos mais velhos. Inclui-se no âmbito amplo da saúde pública, como parte importante da saúde e da doença em geral, tanto do indivíduo, como da coletividade.

### **Sobre as disposições gerais e a política de saúde mental**

No Capítulo I da lei define-se o “Objeto” (Artigo 1º) e “Definições” (Artigo 2º). No Artigo 1º, que define o conteúdo genérico da lei, pretende-se abranger a totalidade da problemática da saúde mental, como “política de saúde mental”, pressupondo uma distinção em relação à política de saúde em geral. A lei, citamos, “*consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regula as restrições destes direitos e as garantias de proteção da liberdade e da autonomia das pessoas.*”

Transparece numa leitura atenta do conteúdo deste artigo que o núcleo do *Objeto* da lei é, de facto, a regulação das restrições desses direitos. Pois que **os direitos das pessoas com “necessidade de cuidados de saúde mental” não podem, nem devem ser diferentes dos das pessoas com outras doenças.**

A prova desta interpretação é feita na análise do conteúdo da primeira alínea do Artigo 2º, que motivou alguma discussão no Fórum, promovido pelo Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, referido no Preâmbulo deste documento, com uma grande presença de médicos psiquiatras. A controvérsia incidiu na comparação da designação aplicada na lei anterior, *“anomalia psíquica grave”*, com a designação inserida na lei atual, *«Doença Mental»*, especificada como *“condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da CID da OMS.”*

É óbvio que o que se pretende nesta definição, para efeitos da lei, restringe-se à doença mental, sem aspas, cuja gravidade pode levar à necessidade de aplicação das medidas previstas no tratamento involuntário. A lei não visa o grande leque de doenças e doentes que são tratados *“voluntariamente”*, como é regra, na prática da assistência médica e na prestação de cuidados de saúde à grande maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas. **A especificação “perturbação significativa” deve ser entendida, para melhor compreensão, como “grave”, ou “muito grave”, em vários domínios, nomeadamente na conduta da pessoa.** As questões semânticas têm alguma importância. O termo *“anomalia psíquica grave”* era inapropriado, pouco ou nada inserido na psiquiatria, de conotação mais judicial, podendo ser entendido no âmbito das *“personalidades anormais”*.

O Capítulo III da Lei de Saúde Mental é *“Política de Saúde Mental”*, e nele constam apenas 4 artigos (3º, 4º, 5º e 6º). Começamos pelo último, o mais representativo, pois tem o título, *“Serviços de Saúde Mental”*: *“Os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental são definidos em diploma próprio, considerando-se, para efeitos da presente lei, serviços locais ou regionais. E reporta-se ao decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro.*

## **Considerações sobre direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental**

Ao reler a lei 36/98, na parte que se refere a esta matéria, poderá verificar-se uma arrumação mais cuidada, na forma como é sistematizada a problemática dos direitos e deveres. Assim, no artigo 5º do Capítulo I, estão seriados os «Direitos e deveres do utente» em saúde mental, “sem prejuízo da lei de Bases da Saúde”, com três números, correspondendo nove alíneas ao n.º 1. Ainda não se faz menção ao consentimento escrito para a Estimulação Magnética Transcraniana.

Na secção do Capítulo II (Do internamento Compulsivo), Secção II, inserem-se dois artigos, o artigo 10.º, «Dos deveres e direitos do internando», correspondentes a direitos processuais, e o artigo 11.º, «Direitos e deveres do Internado», onde se explicita que “O internado mantém os direitos reconhecidos nos hospitais gerais”.

A formulação é clara e bem ordenada. Já o mesmo não se poderá dizer da nova lei, que substitui a anterior.

Na nova Lei de Saúde Mental, Capítulo III, Secção I, repartem-se os direitos e deveres, em dois artigos, «Direitos e deveres em geral» (artigo 7.º) e «Direitos e deveres em especial» (artigo 8.º). Se se percorrer cada um dos artigos ficará perceptível uma classificação menos precisa, que pode resultar em confusão, imprópria para uma lei desta relevância.

No artigo 7º, n.º. 1, inclui-se despropositadamente uma alínea j), cujo conteúdo é “Não ser sujeito a medidas privativas ou restritivas da liberdade de duração ilimitada ou indefinida”, que destoa de toda a série, cuja designação é “Direitos e deveres em geral”. Na alínea b), no mesmo artigo e número, estabelece-se como direito “Escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, tendo em vista o tratamento de proximidade indispensável à continuidade do plano integrado de cuidados, na medida dos recursos existentes”. Fica por saber a que diversidade se reporta “livremente”, e quais os recursos. Ainda no mesmo artigo, n.º 1, alínea g), a redação é a seguinte: “Usufruir de condições de habitabilidade, higiene, alimentação, permanência a céu aberto, segurança, respeito e privacidade em unidades de internamento dos

serviços locais ou regionais de saúde mental, estabelecimentos de internamento ou estruturas residenciais;” As unidades de internamento hospitalar dos serviços de saúde mental têm a mesma designação que outros estabelecimentos de internamento não definidos?

Os “Direitos e deveres em especial” (Artigo 8º.) são, aproximadamente, o que consta nos direitos do internando e do internado da anterior lei, com alguns aditamentos. No mesmo lote inserem-se procedimentos que requerem consentimento escrito e outras condicionantes, mas que deveriam estar na rubrica de direitos gerais.

**A originalidade está na Secção II, em Casos especiais (artigo 10º), “Diretivas antecipadas de vontade e procurador de cuidados de saúde”, alínea 2:**

«Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, em matéria de cuidados de saúde mental, nomeadamente no que diz respeito a: a) “Tratamento em internamento, b) medidas coercivas de contenção, c) a ECT e a EMT e d) a medicação psicotrópica.»

Perpassa, neste articulado, uma nuvem de antipsiquiatria, com uma amálgama típica para depreciar e estigmatizar os meios terapêuticos da psiquiatria. Note-se que “psicotrópica” está no lugar de “psicofarmacológica”.

No artigo 11º, “Medidas Coercivas”, estabelece que essas medidas, “incluindo isolamento, e meios de contenção físicos ou químicos”, “só podem ser utilizadas como último recurso e por um período limitado à sua estrita necessidade. Um catálogo de boas práticas, como recomendação aos serviços hospitalares de psiquiatria, para médicos e enfermeiros, apenas com o reparo de pôr na mesma balança a química e a física, isto é, a antiga camisa de força e a medicação tranquilizante, antipsicótica e sedativa. Que exige uma medida certa, mas que merece um respeito que não transparece na redação do artigo.

A possibilidade de, no tratamento involuntário, serem prescritas, segundo certas condições, a Eletroconvulsivoterapia e a Estimulação magnética transcraniana, é consentânea com a sua finalidade terapêutica (Artigo 12.º).

Para a **Gestão do património**, Secção III, arruma-se o assunto com um artigo, o 13º. Em tempos, no ano de 1998, quando foi aprovada a Lei de Saúde Mental pretérita,

prometeu-se, nas Disposições Finais, Artigo 46º, que “A gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei.” Hoje, depois do enunciado de tantos direitos, a questão resolveu-se num único artigo.

### **Tratamento Involuntário**

A questão que aqui se pretende apreciar incide sobre o agora designado “*Tratamento involuntário*”, matéria que está inserida na lei, do artigo 14º ao artigo 46º. É o tema fundamental da nova Lei de Saúde Mental.

Na discussão que decorreu, aquando da aprovação da Lei de Saúde Mental 36/98, houve quem considerasse, nomeadamente o Colégio de Psiquiatria de então, que o processo escolhido poderia determinar uma judicialização excessiva dos procedimentos de “internamento compulsivo” dos “portadores de anomalia psíquica”. Com efeito, desde logo, a própria alteração da Constituição, em sede de *privação da liberdade*, pelo aditamento da alínea h) ao artigo 27º, antecedeu e condicionou a futura lei de internamento compulsivo. Sabe-se que o modelo escolhido resulta de uma tendência geral das legislações de muitos países, para reforço de garantias judiciais nos procedimentos de tratamento involuntário, em pessoas com doenças mentais graves. Mas convém não esquecer que a medida de “internamento em estabelecimento terapêutico adequado” (artigo 27º, alínea h da CRP), pode, sem ferir sensibilidades, merecer a designação de “hospitalização”, em vez de “internamento” (que pode ocorrer, para outros fins também), pois decorre em hospitais públicos, destina-se ao tratamento médico, não é uma “medida de segurança”, nem tem como razão fundamental a prevenção criminal. É sim, uma medida terapêutica instituída por necessidade imperiosa, em casos de doença mental grave, quando a recusa do tratamento voluntário, por ausência de juízo crítico da pessoa doente, pode ter repercussões graves para o próprio e terceiros, tanto para bens pessoais como patrimoniais. Sendo um dos bens a própria saúde da pessoa.

Nessas situações de exceção, a hospitalização involuntária é um bem. Seria um mal, se fosse desnecessária, sem diagnóstico médico psiquiátrico e, também, caso houvesse uma forma voluntária de assegurar o tratamento. Se se aprofundar a questão, torna-se

visível que, de facto, a “privação da liberdade” para estes casos deve ser entendida como cingida à limitação, para o doente, da “liberdade de não se tratar”, isto é, à coação de ser obrigado a tratar-se medicamente. Por isso, é óbvio que este procedimento se insere no foro do direito civil e não criminal. De facto, na sua essência é um processo de interdição parcial da autonomia da pessoa doente, de limitação da liberdade de não se tratar. Por isso, entende-se a designação, por exemplo, na lei americana, como “Civil Commitment”.

A que vêm estas considerações? A inovação mais destacada da nova Lei de Saúde Mental incide sobre a problemática acima abordada. Em vez do título “Do internamento compulsivo”, no Capítulo II da Lei 36/98, a nova Lei de Saúde Mental, já aprovada na generalidade, tem no seu Capítulo IV, o título “Tratamento involuntário”. E na Secção I, artigo 14.º, define-se assim, a «Noção e fim do tratamento involuntário»:

*«1- Diz-se involuntário o tratamento em ambulatório ou em internamento que seja decretado ou confirmado por autoridade judicial.*

*2- O tratamento involuntário é orientado para a recuperação integral da pessoa mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial.»*

Um pequeno reparo na redação. **Teria sido mais acertado dizer «finalidade» em vez de «fim» do tratamento involuntário.** Na mudança de conceção neste artigo, está tacitamente reconhecido que a problemática da “privação da liberdade” não é, na nova formulação, o cerne da questão jurídica. A lei incide, com maior nitidez, sobre a compulsividade do tratamento e não do internamento. O internamento ocorre como necessidade de hospitalização, dada a gravidade inicial da perturbação, tal como acontece com outros doentes, que são hospitalizados voluntariamente. **A ideia de “privação da liberdade” continua, no entanto, subjacente a todo o processo,** e tal evidencia-se inequivocamente pelo grau de judicialização, que se configura num excesso de procedimentos burocrático-jurídicos, como salvaguarda contra hipotéticos malefícios em prejuízo do cidadão. Não más práticas, na prestação de cuidados, mas atos deliberadamente lesivos de direitos da pessoa, da sua autonomia.

A Secção II do mesmo capítulo, do Artigo 15º ao Artigo 27º, explicita os passos do «Processo Comum» do tratamento involuntário. O artigo 15º, que contém matéria inovadora, é citado na íntegra, pela sua importância, com a finalidade de fazer uma apreciação concreta do seu teor.

#### «1- Pressupostos do tratamento involuntário

«a) A existência de doença mental; b) A recusa do tratamento medicamente indicado necessário para prevenir e eliminar o **perigo** previsto na alínea seguinte; c) A existência de : i) **Perigo** para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento; ou ii) **Perigo** para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento; d) O fim terapêutico do tratamento, conforme previsto no nº 2 do artigo anterior.

#### «2- O tratamento involuntário só pode ter lugar se for:

«a) A única forma de garantir o tratamento medicamente indicado; b) Adequado para prevenir e eliminar o **perigo** previsto na subalínea i) e ii) da alínea c) do número anterior; c) proporcionado à gravidade da doença mental, ao grau do **perigo** e à relevância do bem jurídico.

«3- O tratamento involuntário tem lugar em ambulatório, assegurado pelas equipas comunitárias de saúde mental, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente indicado, findando logo que possa ser retomado em ambulatório.

#### «4- (...)

Os destaques são nossos e visam salientar que é o termo perigo, que tem maior expressão semântica, denotando o risco para os *bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros e do próprio*. A redação jurídica, certamente apropriada, não tem uma clara legibilidade para leigos, suscitando dúvidas quanto ao significado de “bens jurídicos”, que estão fora da linguagem comum, numa lei que deve ser acessível no seu conteúdo. O termo “perigo”, repetido, pode induzir erradamente, por uma leitura menos atenta, que a essência dos casos é a perigosidade, com uma possível analogia com condutas criminosas. Se assim fosse, o procedimento poderia ser entendido como uma *medida de segurança* pré-delitual.

Por outro lado, **verifica-se um claro recuo, negativo para as finalidades preconizadas, em relação à lei anterior, pela supressão do conteúdo do nº 2 do artigo 12º, da Lei 36/98, que diz o seguinte:**

*«Pode ainda ser internado 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.»*

**Na nova lei, menciona-se, nos “Pressupostos” do Internamento de Urgência (Artigo 28º), “o perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiros, nomeadamente por deterioração aguda do estado da pessoa com doença mental” (...). Mas esta referência à deterioração está condicionada pelo efeito comportamental, não resulta da própria necessidade imprescindível do tratamento da doença.**

A alínea 2) do artigo 12.º da Lei 36/98, põe a tónica no tratamento médico psiquiátrico indispensável em casos de doença mental grave, cujo não tratamento atempado leva a grave deterioração, mesmo que não se verifique o que genericamente se inclui dentro da noção de “perigo”.

Um dos pressupostos errados de algumas tendências das práticas assistenciais na área da saúde mental consiste na minimização da assistência prestada no serviço hospitalar, onde a especialidade médica fundamental é a psiquiatria, como num serviço de neurologia é a neurologia, de medicina interna é a medicina interna, etc. Perdoe-se a tautologia. Sem prejuízo da multidisciplinaridade, **a especialidade médica de psiquiatria está e continua no centro da assistência a doentes mentais, e contém os fundamentos básicos para o diagnóstico das doenças e para o seu tratamento. E tal decorre a nível hospitalar, como a nível comunitário e ambulatório.** A linguagem reflete preconceitos e ideologias. Tenha-se em atenção a redação do artigo 16º (Legitimidade), onde se designam os requerentes com legitimidade para promover o tratamento involuntário. Na redação da alínea f), atribui-se legitimidade para requerer o tratamento involuntário ao “responsável clínico da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental ou do estabelecimento de internamento, conforme os casos (...)”. E por



que não, ao médico psiquiatra responsável do Serviço de Saúde Mental local ou regional ou do serviço de saúde mental hospitalar?

Sendo a saúde dos doentes mentais, com a sua diversidade clínica complexa, com evoluções por fases ou crónica, muito singularizada na sua expressão pessoal, exigindo abordagens terapêuticas diversificadas, a prestação de cuidados de saúde mental, *lato sensu*, inclui obrigatoriamente profissionais especializados, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, e outros terapeutas especializados, que trabalham individualmente e em equipa. No nosso país, os serviços públicos de saúde mental, tanto hospitalares (internamento), como hospitais de dia, como a nível comunitário, em Centros de Saúde, em apoio domiciliário ou em residências protegidas, são manifestamente insuficientes, mais atrasados em todos os domínios do que outras áreas dos serviços de saúde. **E a abundância de legislações sobre «saúde mental», produzidas pelos governos, ao longo de vários quinquênios, enfermam de um mal, que está por resolver. Não têm tido o financiamento necessário para os projetos concebidos verem a luz do dia.**

A necessidade do tratamento ambulatorio para doentes com patologia psicótica crónica ou muito recidivante, pouco aderentes a tratamento oral, gerou a investigação de fórmulas injetáveis de longa duração, para a prevenção de recaídas. Essa possibilidade já tem algumas décadas, desde os anos 80 do século passado. E registaram-se progressos significativos no aperfeiçoamento de fármacos de longa duração com menos efeitos adversos e maior eficácia. **São os progressos da psicofarmacologia, que enriqueceram as possibilidades de terapêuticas psiquiátricas, mais afinadas e eficientes.** Mas estas possibilidades não devem ser causa de um procedimento de controlo remoto, empobrecendo a relação terapêutica com médicos e outros profissionais da saúde mental. **A remissão clínica e estabilização da doença abre as portas ao progresso da pessoa, à sua capacitação e integração social. As equipas comunitárias de saúde mental, quando existirem em todo o país, em número e capacidade, terão muito trabalho pela frente.**

Estas considerações aplicam-se também aos doentes em **tratamento involuntário ambulatorio**. Se o procedimento for tão só esse controlo remoto, com uma injeção

periódica do antipsicótico, fica aquém do objetivo de reabilitar a pessoa, de contribuir para que se integre socialmente, que possa recuperar a consciência do benefício que o tratamento lhe traz, libertando-o, se possível, do procedimento “involuntário”. **O controlo judicial, com o recurso à polícia, para reconduzir o faltoso ao cumprimento da terapêutica, pode ser altamente estigmatizante, sendo da conveniência máxima o acompanhamento das forças da ordem por elementos das equipas de saúde mental comunitárias ou hospitalares, conhecedoras da pessoa do doente.** A pobreza de recursos em profissionais da saúde mental não se resolve com a polícia ou a GNR, cuja intervenção pode ser necessária, mas que conota o procedimento com uma forte carga estigmatizante e repressiva, para o “louco perigoso”. Mais a mais, na «comunidade», à vista dos vizinhos, dos outros, contrariando em ações todos os direitos humanos enunciados em bem-intencionados formulários legais.

De forma abreviada, o que a lei estatui, e nisso é semelhante à anterior, são duas modalidades de tratamento compulsivo, o Processo Comum (Secção II) e o Internamento de Urgência (Secção III). No Processo Comum definem-se vários passos até à decisão final, decretada pelo juiz: o Requerimento a quem é conferida legitimidade (Artigo 16.º), os Atos instrutórios, a “Avaliação clínico-psiquiátrica”, por dois médicos, os Atos Preparatórios da “Sessão Conjunta”, a Sessão Conjunta, a Decisão do juiz e o Cumprimento da decisão. É neste procedimento que sobressai a judicialização, com maior expressão e clareza. Deste processo pode resultar a aceitação do tratamento voluntário, ou, desde logo, uma medida de “Tratamento Ambulatório Involuntário” ou o Internamento involuntário (hospitalização num serviço de psiquiatria e saúde mental). De notar que o “juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação pelo juiz” (Artigo 2º., alínea 6). É um procedimento com alguma demora, cauteloso, que se contrapõe ao “Internamento de Urgência”, da Secção III, em que a hospitalização de emergência antecede a “confirmação” pelo juiz.

Em que medida este «processo comum» é comum? Nas circunstâncias habituais do tratamento involuntário, o *internamento de urgência* é a prática corrente, dada a evidência, muito frequente, da emergente necessidade do recurso a um serviço de urgência psiquiátrica. A confirmação judicial é posterior, com prazos definidos. O juiz

intervém discretamente, não se desloca ao serviço hospitalar, onde está internado o doente.

A presença do magistrado judicial, ocorre na chamada «sessão conjunta», realizada no Tribunal. São audiências de diferentes intervenientes no processo (requerente, defensor oficioso, Ministério Público, médico psiquiatra, acompanhantes e outros, indicados na lei, artigos 16.º, 22.º e 26º) alguns por teleconferência, incluem o “requerido”, na fase de primeira avaliação em *processo comum*. No procedimento de *urgência*, após a confirmação do internamento pelo juiz, segundo os trâmites iguais aos da lei 36/98, é agendada uma “sessão conjunta” também. As sessões conjuntas de *revisão* realizam-se, obrigatoriamente, de 2 em 2 meses, e destinam-se a fundamentar as deliberações do juiz, ao longo do processo do tratamento involuntário.

As “sessões conjuntas”, realizadas em tribunal, têm uma composição plural, judicial, médica e do doente em tratamento involuntário e seus representantes, com a intenção de melhor avaliar e julgar, conferindo ao juiz o poder de decidir. As exigências de tempo a que obriga, com intervalos relativamente curtos de revisão, pode produzir incómodos, particularmente para os médicos. **Para alguns doentes, afetados por doenças que perturbam severamente a capacidade de ajuizar e as emoções, a exposição a várias pessoas, em sessão conjunta, pode não ser benéfica para a sua saúde mental.**

Há casos em que o *processo comum* pode estar indicado, em situações em que não há uma necessidade de intervenção urgente. Mas este procedimento é pouco praticado. A nova lei, no Artigo 20º, alínea 2), abre a possibilidade de as avaliações clínico-psiquiátricas serem feitas no domicílio do *requerido*. **O exame medico-psiquiátrico, realizado por dois psiquiatras, requer algum distanciamento e formalidade, mais aceitável num consultório médico, e não se adequa à realização no domicílio do presumível doente, podendo a intromissão na sua intimidade ser fonte de maior suspeição e mal-estar.**

A formatação judicial tem, na figura do “Defensor Oficioso”, a expressão menos defensável da intervenção jurídica, pois que está suportada na argumentação contraditória, com o pressuposto de que o procedimento de Tratamento Involuntário possa ser uma inculpação e “condenação arbitrária” da pessoa. Só com um grande

esforço, para superar o senso comum e o bom senso médico-psicológico, se acata essa intervenção, insólita para muitos doentes, alguns com sintomas paranóides graves, outros melancólicos e propensos a ver em todo o processo a confirmação dos seus delírios de culpa. **O defensor, que se presume não ter formação em psicopatologia, vê-se condenado a uma função, as mais das vezes, extravagante.**

Outro aspeto que não tem sido muito comentado, mas que merece consideração. Na **Secção IV (Disposições processuais comuns)**, o Artigo 34.º estabelece as Regras de Competências, onde no nº 1, alínea a), se verte o seguinte:

*1- Sem prejuízo dos números seguintes, para efeitos do disposto no presente capítulo, é competente:*

*a) O juízo local criminal com competência na área da residência do requerido, ou o juízo de competência genérica, se a área referida não for abrangida por juízo local criminal.»*

É matéria que deve ser questionada. **Dado que não estamos em face de um procedimento que decorre do direito criminal, porque é que se atribui ao Tribunal Criminal a função?** Por insuficiência de meios? Porque agiliza os procedimentos? Porque envolve as forças da ordem, para o cumprimento de mandados? A verdade é que alguns doentes, ou outras pessoas envolvidas, podem ver nesse procedimento uma punição, mesmo ao lerem nos ofícios o papel timbrado com a designação «Tribunal Criminal». Ou no local onde vão ter a «sessão conjunta», a par dos processos criminais. **É uma situação estigmatizante, prejudicial sob o ponto de vista de saúde mental, e que contrasta com a moldura de direitos humanos que se defende e promove.**

## **Alteração ao Código da Execução das Penas e das Medidas Privativas da Liberdade**

Terminar com o internamento de duração ilimitada para inimputáveis em hospitais psiquiátricos é, seguramente, uma medida adequada, na perspetiva de que estes doentes não devem ser discriminados em relação a outros, nem podem estar privados de liberdade. Fazendo um paralelismo, não há prisão perpétua em Portugal.

No entanto, para isso, têm de se verificar alguns pressupostos que, não se verificando, podem impedir ou atrasar a saída das pessoas com doença mental, que tenham sido consideradas inimputáveis. Esses pressupostos incluem circunstâncias sociais várias, estigma social, questões inerentes à personalidade e ao comportamento que dificultem a readaptação, crenças e padrões cognitivos que possam ser obstáculos à reintegração familiar e comunitária.

Quando um indivíduo tem algum tipo de deficiência intelectual, sobretudo grave, o que presentemente representa um grupo considerável nos inimputáveis, isto poderá ser mais um obstáculo à reabilitação criminal e reintegração social e laboral.

Já nos anos 90, com o Decreto-Lei 127/92 de 3 de julho, as camas e as respostas em psiquiatria e saúde mental foram integradas em hospitais gerais, ou em hospitais especializados na saúde mental infantil e juvenil.

Progressivamente, as respostas de alguns hospitais psiquiátricos que iam sendo encerrados transitaram também para hospitais gerais e os doentes residentes naqueles hospitais foram, na sua maioria, transinstitucionalizados para casas de saúde do setor social e IPSS. **Para se promover uma desinstitucionalização adequada, é indispensável desenvolver um conjunto de respostas, nomeadamente no âmbito da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) de saúde mental.**

Atualmente, há uma quase ausência de respostas e falta de vagas na RNCCI de saúde mental, em particular nas residências de apoio máximo, para o processo de reabilitação e manutenção de competências na doença mental grave, o que pode vir a comprometer e adiar o processo de encerramento dos hospitais psiquiátricos, assim como comprometer o previsto no ponto 6 do Artigo 128º do Código da Execução das Penas e das Medidas Privativas da Liberdade, aprovado em anexo à Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, passando a citar: *“Ao inimputável e ao imputável internado em*

*estabelecimento destinado a inimputáveis é aplicável o disposto na Lei de Saúde Mental relativamente aos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”.*

## **Conclusões**

Não podemos falar unicamente da “reforma” da lei, mas sim da reforma da saúde mental no contexto mais lato da Saúde. Há um conjunto de diplomas legais relevantes, entre eles, o Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Ao contrário do que sucedeu nos anos 90, em que o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro, que estabelecia a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, foi **posterior** à Lei de Saúde Mental nº 36/98 de 24 de julho, o DL publicado em 2021 surge **antes** da publicação da nova Lei de Saúde Mental, seguramente terá havido razões válidas para tal.

**A alteração de uma Lei não tem, por si só, o poder de resolver certos problemas**, nomeadamente, o número de pessoas com doença mental, internadas, ou aquelas que, tendo sido consideradas inimputáveis, estejam “detidas” e privadas da liberdade em serviços regionais de psiquiatria forense. A maior atenção para a doença mental que pode levar a um aumento na deteção de casos, a hipervalorização dos sintomas que porventura possa indiciar uma doença mais grave, a pressão para maior celeridade na resposta aos pedidos de perícias, com aumento do número de respostas num tempo reduzido o que não é necessariamente positivo, poderão estar na base do aumento do número de inimputáveis.

Fora do contexto forense, progressivamente estamos a assistir à expansão e formação de equipas de saúde mental comunitária, para um maior apoio no domicílio do próprio ou na família, e na comunidade, o que é positivo.

No entanto, atualmente, quando um doente com doença mental grave e elevada dependência está num hospital geral num internamento para doentes agudos, e se

pretende dar alta, na ausência de apoio familiar, as escassas respostas disponíveis são nas casas de saúde dos Institutos Religiosos e, por vezes, nas Misericórdias.

Por outro lado, a permanência destes doentes nos internamentos de agudos, já com “alta clínica”, a aguardar vaga nas Unidades do setor social da saúde, dificulta muito o internamento de novos doentes que ficam nos serviços de urgência mais tempo do que o desejável.

**Há, pois, um número considerável de pessoas com doença mental e incapacidades mais graves, alguns deles jovens, sem respostas,** que necessitariam de residências de apoio máximo, praticamente inexistentes ao nível da RNCCI de saúde mental.

**É absolutamente essencial e prioritário investir em recursos humanos multidisciplinares, combater a distribuição heterogénea** desses recursos, desenvolver **respostas e estruturas suficientes, comunitárias e hospitalares,** e criar **novos modelos de financiamento** para fazer face às necessidades das populações, em psiquiatria e saúde mental.

**Infelizmente, a reiterada enunciação de direitos e deveres é muitas vezes uma compensação sublimada para as insuficiências crónicas nos serviços prestadores de cuidados, hospitalares, comunitários e sociais.** A título de exemplo, muitíssimo pouco se fez para o apoio residencial consentâneo com as necessidades de cada pessoa desprotegida com doença mental crónica. Mas proclamou-se a palavra de ordem “desinstitucionalização”, quase sem objeto. Não se viu nada até hoje que possa corresponder a um verdadeiro direito praticado a trabalho protegido ou apoiado, na área da saúde mental. Mesmo o que corresponde à prática de “terapia ocupacional” é de uma notória insuficiência.

**Os eufemismos não extinguem o estigma.** A psiquiatria, que noutros tempos era desvalorizada pela “antipsiquiatria”, agora é muitas vezes minimizada pelo evitamento do uso do termo. Um exemplo extrai-se na leitura sintomática da exposição de motivos da nova lei, onde se diz: “Como novas inovações do regime proposto, assinala-se a

revisão e atualização dos direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, em linha com os progressos das ciências médicas e da farmacologia.” (p.3). Nem “psiquiatria”, nem “psicofarmacologia” ...

É óbvio que o que se pretende nesta definição, para efeitos da lei, restringe-se à doença mental, sem aspas, cuja gravidade pode levar à necessidade de aplicação das medidas previstas no tratamento involuntário. **A lei não visa o grande leque de doenças e doentes que são tratados “voluntariamente”, como é regra, na prática da assistência médica e na prestação de cuidados de saúde à grande maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas.** A especificação “perturbação significativa” deve ser entendida, para melhor compreensão, como “grave”, ou “muito grave”, em vários domínios, nomeadamente na conduta da pessoa. As questões semânticas têm alguma importância. O termo “anomalia psíquica grave” era inapropriado, pouco ou nada inserido na psiquiatria, de conotação mais judicial, podendo ser entendido no âmbito das “personalidades anormais”.

Não fica claro como será feita a **formação de todos os intervenientes ativos no processo de aplicação desta lei** – formação que é o pilar da dignificação daqueles que dela possam vir a beneficiar. Em particular em competências não clínicas (incluindo bioéticas) que possam garantir, em toda a extensão possível, a **tomada de decisão suportada remetendo o tratamento involuntário apenas para as exceções.**

Não fica claro – apelando ao princípio da subsidiariedade, o tratamento hospitalar aparece como sendo apenas pensado quando todas e quaisquer outras alternativas foram esgotadas ou “de último recurso” – porém, **o internamento é uma medida que merece um entendimento não subsidiário de outros**, mas concorrendo como estratégia sensata em diferentes fases da doença mental grave – pode aliás, paradoxalmente, ser o recurso mais razoável precocemente.

Não fica claro qual será o **papel dos profissionais de saúde mental** uma vez que é omissa a estas profissões (psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, entre outros). O psiquiatra aparece apenas no artigo 20º no qual parece ter funções de perito no internamento involuntário – porém todos



os outros agentes no processo beneficiariam de uma clarificação de um papel nesta nova lei.

Não fica claro **como se divulgará a nova lei de saúde mental** que, no caso concreto, deveria ser do conhecimento de todos – circunstâncias em que pode ter lugar, objetivos e procedimentos legais – uma vez que regula a privação possível da liberdade.

Não fica claro, na defesa do propósito do tratamento involuntário, como irá o estado proporcionar os meios adequados para que o tratamento decorra sem reveses – isto é, **como podem ser garantidos ambientes ambulatoriais seguros e avaliações comunitárias** (para que seja possível, de facto, cumprir algo diferente de um internamento hospitalar como já assegurado pela anterior lei).

Não fica claro como – criando a figura de Tratamento Involuntário no serviço local ou regional de saúde mental – **em que local acontecerá e como será garantida a qualidade da intervenção**. Ao contrário do internamento involuntário hospitalar onde o controlo da qualidade da intervenção é levado a cabo por equipas e pelos pares (também sob tratamento) o *setting* ambulatorial pode condicionar situações de risco para o doente com intervenções feitas *ad-hoc*.

Não fica claro como – considerando a importância da prevenção em Saúde Mental e de que forma na doença mental grave se fará a mesma – **a lei é vazia sobre formas de reduzir o tratamento involuntário** através de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Não fica claro como – colocando fim às medidas de segurança perpétuas e a institucionalização vitalícia – se irá proceder à **reintegração social** daqueles em que aquelas tinham valor ético beneficente por não existirem recursos (físicos ou humanos) para cuidar de qualquer outro modo do doente. De facto, **este movimento promotor da autonomia não deve entregar o doente a si mesmo** – antes integrá-lo nas necessárias intervenções comunitárias, hospitalares, em urgência, na reabilitação e/ou de proteção e inserção social.

Posteriormente à publicação da Lei, é importante que sejam criados **grupos de trabalho** com o envolvimento da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, da Secção de Comportamentos Aditivos do Colégio de Psiquiatria/Competência em Comportamentos Aditivos, e da Secção da Subespecialidade de Psiquiatria Forense da Ordem dos Médicos, além de outras entidades, para **elaboração e emissão de recomendações e orientações técnicas, visando uniformizar práticas e clarificar certos aspetos da Lei**. Isso irá permitir, entre outros aspetos, ajudar a definir indicações de quando é (ou não é) adequado e necessário promover tratamento involuntário em ambulatório e em internamento; orientar os psiquiatras na fundamentação de uma avaliação clínico-psiquiátrica que conclua pela presença (ou ausência) de pressupostos para tratamento involuntário, nomeadamente, quanto à **adequação (ou não adequação) terapêutica no caso das Perturbações de Uso de Substâncias e em Perturbações de Personalidade**.

Finalmente, destacam-se **dois aspetos positivos**, a título ilustrativo nesta proposta de Lei:

- 1) Um aspeto muito importante na proposta da nova lei de saúde mental é o de refletir uma nova era na proteção dos direitos humanos e na garantia de proteção da liberdade e da autonomia, embora mundialmente a defesa destes direitos nem sempre se traduza plenamente quer nas políticas públicas quer nas práticas dirigidas às pessoas com incapacidades mentais.
- 2) Outro aspeto é que poderá ser implementado o tratamento involuntário em ambulatório sem ser necessária a passagem pelo internamento, ao contrário da Lei 36/98.

No nosso entendimento, e apenas para realçar **dois exemplos de limitações**:

- 1) A proposta de lei tem pontos que dificilmente serão aplicáveis na prática clínica diária, nomeadamente, a possibilidade de se efetuar a avaliação clínico-psiquiátrica, em segurança e com qualidade, no domicílio do requerido.

2) No processo de revisão não houve lugar a uma plena discussão pública, apenas numa fase mais tardia ocorreu a auscultação e pedido de pareceres a determinadas entidades, entre as quais se inclui a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).

## **Agradecimentos**

A SPPSM agradece os contributos da Direção e do Conselho Consultivo, assim como de Sócios e outros médicos psiquiatras.

Agradece, em particular, ao Dr. José Manuel Jara que disponibilizou a sua “Apreciação da nova Lei de Saúde Mental”, ao Prof. Doutor Luís Madeira, ao Dr. Bruno Trancas e ao Dr. Fernando Vieira pelos contributos que foram divulgando e também disponibilizaram.

Agradece aos Colegas e demais elementos que integraram o Grupo de Trabalho para apresentar uma proposta de revisão da Lei de Saúde Mental (Despacho n.º 6324/2020, de 15 de junho).