

Exma Senhora
Coordenadora do Grupo de Trabalho - Saúde Mental
Deputada Maria Antónia Almeida Santos

Assunto: Parecer sobre Proposta de Lei nº24/XV/1ª

Exma. Sr.ª Deputada,

Em resposta ao pedido de parecer relativo à Proposta de Lei nº24/XV/1ª, que aprova a Lei de Saúde Mental e altera legislação conexas, venho tecer a minha apreciação sobre o documento e no decurso deste exercício sugerir alterações.

Em primeiro lugar, é importante referir que todas as iniciativas que tenham em vista a humanização dos cuidados de saúde mental e a consagração dos direitos das pessoas com doença mental são positivas. Nesse sentido, a redução a texto dos direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, bem como a possibilidade de expressão das decisões da pessoa, não só no momento, mas também antecipadamente, sob a forma de diretivas antecipadas de vontade ou através de procurador de cuidados de saúde ou de mandatário com vista a acompanhamento, é de louvar. Também de elogiar é a consagração do seu tratamento a ambiente o menos restritivo possível, assim como a especificação de critérios para a utilização de medidas coercivas. No entanto, há que dizer que nada disto é novo na prática clínica, uma vez que aos dias de hoje o tratamento já é realizado em ambiente o menos restritivo possível (estando aliás previsto já no Artigo 3º da Lei 39/98) com a utilização das medidas coercivas em último recurso e com respeito pelos direitos e opiniões dos doentes, cujo papel é ativo no desenho do seu plano terapêutico. Esta ressalva é importante porque a comissão que redigiu esta proposta de Lei poderá não ter incluído contributos de médicos psiquiatras com atividade clínica ativa que possam testemunhar acerca das atuais práticas em serviços de internamento de doentes agudos ou em serviços de urgência psiquiátricos, por exemplo, locais de utilização frequente da Lei de Saúde Mental. A ausência desses testemunhos tem feito parecer, como aconteceu na audição parlamentar de 12 de Janeiro de 2023, que a prática psiquiátrica atual corresponde à dos anos 80 do século XX, o que não está de acordo com a realidade.

Passando à análise concreta do articulado da Proposta de Lei, proponho-me apreciar artigos em concreto, e subsequentemente sugerir alterações, pelas implicações diretas que me parecem ter na prática clínica e que talvez não tenham sido consideradas no plano teórico em que se redigiu a Lei.

Artigo 2.º

Definições

"Para efeitos da presente lei, entende-se por: a) «Doença mental», a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde."

Artigo 15.º

Pressupostos e princípios gerais

1 - São 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 n.º 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) ou ii) da alínea c) do número anterior; e*
- 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 o tratamento possa ser retomado em ambulatório.

4 - As restrições aos direitos, vontade e preferências das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental decorrentes do tratamento involuntário são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental, nos termos do respetivo regulamento interno.

A definição de "Doença Mental" é particularmente importante uma vez que é o primeiro critério definido no Artigo 15º para que seja possível a realização de tratamento involuntário. Nesse sentido, parece-me ser relevante realçar que substitui a expressão

“anomalia psíquica grave” vigente na lei anterior, o que é positivo para aproximação da Lei ao critério médico de tratamento. No entanto, essa definição pode trazer um problema, que é contrário ao espírito da Lei, que é o de limitar ao estritamente necessário a utilização de tratamentos involuntários. Ora, definir como critério a existência de “qualquer” doença mental torna a medida aplicável a um leque muito mais abrangente de diagnósticos, como por exemplo as perturbações da personalidade com alterações do comportamento ou as perturbações do uso de substâncias. Talvez a substituição de “doença mental” por “doença mental grave” no número 1-a) do Artigo 15º possa mitigar uma interpretação demasiado abrangente do critério de internamento involuntário, ainda que isso esteja discretamente plasmado na expressão “perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental”, utilizada no Artigo 2º.

Ainda no Artigo 15º, é importante salientar que se define como pressuposto do internamento involuntário para além de ter doença mental, que a pessoa apresente “recusa do tratamento medicamente indicado necessário para prevenir e eliminar o perigo”, assim como “a existência de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento; ou (...) quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”. Há um recuo em relação à Lei anterior, pela supressão do conteúdo do nº 2 do artigo 12º, da Lei 36/98, em que é definido como critério para internamento compulsivo a deterioração do estado do doente. Diz a Lei 36/98: “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.” Dir-se-á que a deterioração do estado do doente se inclui, no texto da nova Lei, no conceito de “perigo para bens jurídicos do próprio”, mas seria útil à limitação de interpretações erróneas da Lei que esse aspecto fosse clarificado, com a alteração da alínea c) do número 2 do Artigo 15º com adição do texto “nomeadamente quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.” Esta alteração colocaria o critério médico para o tratamento no centro da decisão, o que seria importante porque privilegiar o critério “perigo”, pode dar azo à interpretação de que a “eminência” de um prejuízo seja necessária. Por outras palavras, deixa de ser possível tratar involuntariamente os doentes apenas com vista ao seu tratamento médico, pelo facto da doença por si só ser nefasta pelo seu curso (ainda que o doente não tenha consciência dela e por esse motivo não se queira tratar) - o que é contrário ao espírito da Lei enunciado no seu texto introdutório, de respeitar os “enormes avanços” a nível

clínico e científico que se observaram nos últimos vinte anos. Se há conhecimento científico que se tornou claro desde a redação da Lei anterior é a de que estar em fase aguda de uma doença psicótica, como acontece por exemplo num episódio de descompensação de esquizofrenia, resulta em deterioração cerebral (e em particular neuronal) com consequente perda progressiva de capacidades mentais e cognitivas, assim como acrescida resistência aos tratamentos após períodos prolongados de doença ativa (*ver referências 1,2 e 3 abaixo*). Assim sendo, deveria ser considerado critério para tratamento involuntário o próprio curso da doença, na medida em que ele é, por si só, causador de deterioração cerebral e cognitiva, mesmo que não exista um perigo eminente. Adicionalmente, não pode ser desconsiderado o facto da pessoa doente, com ou sem critério de perigosidade, se encontra angustiada e em elevado sofrimento, recusando o tratamento porque considera que o seu problema não é estar doente, mas sim estar a ser perseguido, vigiado ou envenenado. Não ter isso em consideração na nova Lei poderá permitir que o doente permaneça nesse estado angústia.

Poderá ser argumentado que questão da deterioração do estado mental e cognitivo do deonte não tratado está plasmada no Artigo 28º, quando se enuncia os pressupostos para uma das modalidades de tratamento involuntário, ou seja, o internamento de urgência, mas isso não é verdade. Diz o texto: *“Quando o perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiros seja iminente, nomeadamente por deterioração aguda do estado da pessoa com doença mental, pode ter lugar tratamento involuntário em internamento”* Mais uma vez é necessária a “iminência” do perigo e a natureza “aguda” da deterioração, não sendo considerada a possibilidade de tratar uma pessoa que, estando psicótica, tenha uma previsível deterioração do seu estado, mesmo que não “aguda” e “iminente”.

Com referência ao local em que o tratamento involuntário deve ser realizado, é definido - e bem - no número 3 do Artigo 15º que “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 o tratamento possa ser retomado em ambulatório.” No entanto, o tratamento involuntário em ambulatório só pode ser realizado de acordo com o texto desta Lei pela via “ordinária”, ou seja, após solicitação por quem o pode fazer, o tribunal determina realização de avaliação-clínico psiquiátrica no prazo de 15 dias, que deve ser remetida ao tribunal no prazo de 7 dias, tempo ao qual acresce o tempo necessário para agendar a sessão conjunta da qual poderá resultar a decisão de tratamento

involuntário. Por outras palavras, não é aplicável na maior parte dos casos. O sentido de urgência muitas vezes necessário quando um doente está psicótico e é imperioso iniciar o seu tratamento, quando ele o recusa por não ter consciência da doença, não se coaduna com os tempos aqui descritos. Assim, a única solução prevista por esta Lei (como aliás acontecia na Lei de 98) é o internamento involuntário urgente, recorrendo, como não se deseja de acordo com o espírito da Lei, a privação da liberdade. Seria portanto útil, se de facto se pretende privilegiar os cuidados ambulatoriais, que a Lei previsse a possibilidade de iniciar tratamento involuntário urgente em ambulatório.

Artigo 20.º

Avaliação clínico-psiquiátrica

1 - A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida ao serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência do requerido, podendo ser deferida, excecionalmente e mediante fundamentação, ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses da respetiva circunscrição.

2 - 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.

3 - O juiz ordena a emissão de mandado de condução quando tal seja necessário para assegurar a presença do requerido na data designada para a avaliação clínico-psiquiátrica e for de concluir que esta não pode ter lugar no domicílio do requerido.

4 - O relatório de avaliação clínico-psiquiátrica contém, obrigatoriamente, o juízo técnico-científico inerente à avaliação, bem como a descrição dos factos que fundamentam: a) A recusa do tratamento necessário para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) ou ii) da alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º; b) A necessidade de tratamento involuntário para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) ou ii) da alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º; c) A insuficiência do tratamento involuntário em ambulatório para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) ou ii) da alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º.

5 - Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.

6 - O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

No que se refere à definição da avaliação clínico-psiquiátrica pelo Artigo 20º, há dois aspetos problemáticos que merecem correção.

Em primeiro lugar, o número 2 define que a avaliação é realizada “por dois psiquiatras, com a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental”. Ora, sendo esta avaliação um juízo técnico-científico, como definido no número 4 do mesmo artigo, é uma função exclusiva do médico, pelo que onde se lê “com a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar” deve antes ler-se “com a informação prestada por outros profissionais da equipa multidisciplinar”.

Em segundo lugar, é problemática a possibilidade prevista nesta Lei da realização da avaliação clínico-psiquiátrica ser feita em domicílio, por dois motivos. Por um lado, tem pouca aplicabilidade prática atendendo à alocação do tempo de recursos médicos, que é já tão difícil no SNS hoje em dia atendendo à sua escassez. Por outro lado, e mais importante do que isso, põe previsivelmente em causa a segurança dos médicos. No caso de estar a ser ponderado um tratamento involuntário que faça desencadear a realização de uma avaliação clínico-psiquiátrica, significa que além de grave, a doença retira a consciência da necessidade de tratamento. Assim sendo, será elementar concluir que tal pessoa não está na disposição de receber no espaço íntimo da sua casa os psiquiatras que poderão confirmar que está doente e precisa de se tratar. Para quem tem experiência prática na relação com estes doentes é óbvio que esta “interferência e violação do meu espaço privado” terá uma probabilidade elevada de resultar em comportamento agressivo que põe em causa a segurança dos médicos. Por esse motivo, a possibilidade de realizar a avaliação clínico-psiquiátrica em domicílio deve ser retirada da lei.

Encontro-me ao dispor.

Os meus melhores cumprimentos,

Gustavo Jesus

2-02-2023

Referências:

1 - Chang WC, Hui CL, Tang JY, Wong GH, Chan SK, Lee EH, Chen EY Impacts of duration of untreated psychosis on cognition and negative symptoms in first-episode schizophrenia: a 3-year prospective follow-up study; Psychol Med. 2013 Sep;43(9):1883-93.

2 - Malla AK, Bodnar M, Joober R, Lepage M. Duration of untreated psychosis is associated with orbital-frontal grey matter volume reductions in first episode psychosis.; Schizophr Res. 2011 Jan;125(1):13-20.

3 - Wang MY, Ho NF, Sum MY, Collinson SL, Sim K.; Impact of duration of untreated psychosis and premorbid intelligence on cognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia. Schizophr Res. 2016 Aug;175(1-3):97-102.