

Exma. Sr.^a Coordenadora do Grupo de Trabalho – Saúde Mental, Deputada Maria Antónia Almeida Santos,

Espero encontrá-la bem.

Envio este Parecer, que me foi solicitado, para que possa contribuir para a discussão na especialidade da **Proposta de Lei 24/XV/1.^a**, que irá substituir a Lei 36/98, Lei de Saúde Mental. Realço que, uma vez que a minha formação é médica, as opiniões que expresso neste documento estão relacionadas com a minha área técnica – ligada à aplicabilidade do diploma do ponto de vista de um clínico – não pretendendo entrar em discussões técnicas quanto ao concernente à área jurídica.

Começo por referir os pontos positivos que vejo nesta mudança: Destaco o **fim da privação de Liberdade por tempo indeterminado** e o encurtamento da periodicidade da revisão obrigatória da situação do internado inimputável com a revogação do n.º 3 do art.º 92.º - esta medida reforça a responsabilização dos organismos pela recuperação dos doentes, sendo que terá de passar a ser dada resposta às suas necessidades sem que esta seja meramente assente na privação de Liberdade. **As devidas condições para esta resposta terão de ser criadas, visto as estruturas atuais serem claramente insuficientes**; A prioridade que é dada ao Tratamento Involuntário em Regime Ambulatório, que permite aos doentes não ser afastados da sua comunidade para que sejam colocados em tratamento coercivo diretamente a partir do serviço de urgência (nos casos em que é possível optar por esta via de tratamento coercivo sem internamento) é também algo que vejo como tendo um impacto positivo. **O nível de coerção tem de ser sempre o menor que seja possível**; Ainda que possa ser discutível a utilização do ponto ii), da alínea c) do número 3 do art.º 15.º no contexto de urgência (porque não é válido na Lei 36/98), mantendo-se a necessidade da presença de perigo iminente para que o internamento seja acionado neste contexto, essa opção aparenta ser suficientemente garantística e proteger os melhores interesses do doente – ainda que seja questionável por que motivo se numerou estes critérios de forma distinta do que se via na Lei 36/98, na qual a capacidade para avaliar o sentido e alcance do consentimento se encontravam separados dos critérios ligados aos bens jurídicos. **Este detalhe pode levar a que uma Lei que se pretende menos coerciva, acabe por resultar num rácio superior de internamento/condução – isso não é obrigatoriamente negativo, mas é uma eventualidade que deverá ser tida em conta**; É também positivo o facto de se haver dedicado todo um artigo (13.º) à **gestão de património dos doentes**, bem como às **Diretivas antecipadas de vontade** (10.º).

Entramos depois em questões que, chegando à sua transposição para a prática clínica diária, geram alguma reserva. Entende-se a intenção de alterar a Lei e depreende-se pelo seu texto que esta pretende ser ainda menos coerciva do que a sua antecessora, a Lei 36/98. Ainda assim, várias questões merecem esclarecimento e eventual alteração, para que não se corra o risco de que venham a resultar, na prática, naquilo que é uma aplicabilidade contrária ao espírito do Legislador.

Por forma a tornar o documento de mais fácil leitura, vou resumir, em pontos simples, as questões que considero mais pertinentes:

1. A utilização do termo “**doença mental**” tem sido alvo de discórdia. Esta designação substitui o termo da Lei 36/98 “anomalia psíquica grave”. O que tem vindo a ser entendido é que, ainda que uma anomalia psíquica tivesse de ser baseada na Classificação Internacional de Doenças, esta permitia uma maior liberdade no exercício da Medicina aquando da avaliação médica – não se interpretaria de forma tão direta que toda e qualquer doença mental pudesse configurar critérios para um internamento compulsivo. Os exemplos mais clássicos são os dos casos de alcoolismo ou toxicod dependência, que apenas em circunstâncias excepcionais são considerados critérios para internamento compulsivo e quando o são, nunca o são com o intuito de tratar a dependência da substância, mas antes de solucionar alguma alteração aguda que a anomalia psíquica grave dos doentes possa estar a causar. É óbvio que se mantém presente no artigo 15.º o critério de gravidade – ainda assim, **podemos questionar se é absolutamente igual considerar que uma pessoa com uma doença mental pode ser internada involuntariamente se isso for proporcionado à gravidade da sua doença, ou que uma pessoa com uma doença mental grave pode ser internada involuntariamente se isso for proporcionado à gravidade da sua doença.** Não pela questão do texto jurídico em si, mas pelas questões ligadas à aplicabilidade e livre exercício da avaliação médica, considero a segunda opção mais favorável – assume à partida que apenas as doenças graves podem ser internadas e ainda que este seja um conceito ambíguo e dependente do avaliador, assumir de base que qualquer doença pode constituir critério para internamento involuntário desde que depois exista proporcionalidade com a sua gravidade, poderá transmitir uma ideia mais permissiva face ao internamento involuntário. Exponho as preocupações ligadas a esta questão:

- O espírito de Legislador poderá ser entendido como **mais permissivo** nos casos a carecer de internamento involuntário;
- Poderá haver uma maior tendência, eventualmente por receio de que esse passe a ser o *modus operandi* adequado, ou até mesmo por medo de processos judiciais contra os médicos que não enviem avaliações nesse sentido aos Tribunais, **para o internamento involuntário de pessoas com perturbações de personalidade ou com qualquer tipo de dependências** – listadas como doenças mentais na Classificação Internacional de Doenças;
- No limite, de uma forma puramente académica, a substituição do termo “anomalia psíquica grave” por “doença mental”, torna o juiz mais dependente do médico na sua decisão, porque em termos práticos se poderá dizer que terá de assentar mais ainda na avaliação clínico-psiquiátrica elaborada pelo psiquiatra: **se anomalia psíquica é um conceito de limite entre o Direito e a Medicina, o mesmo não se poderá dizer da doença mental, que requer formação médica para diagnosticar/identificar;**

Sugestão: repor “anomalia psíquica grave”, que se encontra em linha com o restante ordenamento jurídico, ou mesmo apenas “anomalia psíquica” (porque

a sua maior margem de interpretação salvaguarda o exercício médico). **Substituindo o termo, alterá-lo para “doença mental grave”,** ainda que o critério de gravidade venha posteriormente repetido na alínea c) do nr. 2 do art. 15.º;

2. A alínea g) do art.º 7.º menciona, entre outros direitos dos doentes, a **permanência a céu aberto**. Temo que a inclusão desta preocupação apenas nesta parte do texto de Lei não produza a devida perceção de necessidade nos serviços de Psiquiatria. Em Portugal, para os doentes internados compulsivamente, **não há obrigatoriedade de condições de permanência a céu aberto**. Isto faz com que os doentes internados compulsivamente – modalidade apenas existente para os doentes psiquiátricos – se encontrem na arbitrariedade de o serviço das suas áreas de residência possuir ou não um pátio. É um atropelo de **Direitos Humanos** flagrante e que apenas não é mais vezes discutido em público por falta de voz dos doentes que sofrem com esta questão. Ainda que seja um grande passo para os doentes a menção concreta deste Direito, o acesso a este deveria ser obrigatório, exceto quando em circunstâncias nas quais medicamente não fosse possível (nas quais deveria o médico deixar registo). Para comparação, o Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais determina que exista um período mínimo de 2h diárias em pátio, que pode passar a 1h diária em casos de mau comportamento, nunca podendo ser nulo. Segundo o espírito do Legislador, a permanência a céu aberto passa a estar assegurada, mas a realidade dos serviços pode levar a que se considere que não estão reunidas condições para tal, condenando os doentes a manterem o confinamento arbitrário.

Sugestão: Incluir na Lei a obrigatoriedade de frequência de espaço exterior por parte dos doentes. Serviços qualificados para internar doentes de forma involuntária terão de ter um acesso ao exterior – estes pátios devem ser criados em todos os serviços, não se podendo aceitar que apenas os serviços que já possuam pátios possam receber estes doentes, porque isso desvirtuaria todo o trabalho levado a cabo na procura de cuidados de proximidade e geraria serviços de “doentes graves”, que seriam prejudiciais à recuperação dos próprios. Outra solução, por se compreender que este vínculo de obrigatoriedade não deveria constar de texto de Lei, mas antes de um Regulamento, seria a de a **Assembleia da República emitir uma recomendação para a Direção Executiva do SNS**, a solicitar que esta emita um documento que esclareça os serviços de forma definitiva quanto a esta questão – determinando que os doentes terão sempre que ver este Direito assegurado;

3. É difícil de compreender o que se pretende quando, na Exposição de Motivos da Proposta de Lei em análise se menciona *“a avaliação clínico-psiquiátrica, relativamente à qual se prevê a colaboração da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental ao qual é deferida”*. **A avaliação clínico-psiquiátrica é um ato médico**, levantando-se muitas vezes questões em relação à legitimidade, por exemplo, de médicos internos as poderem assinar de forma independente de um especialista. Se para elaborar uma avaliação clínico-psiquiátrica é necessário

ter uma formação médica e, eventualmente, uma especialidade (ou grau equiparado a especialista) em psiquiatria, não fará sentido que se altere a natureza e **responsabilidade técnica** associadas ao documento.

Sugestão: Manter a avaliação clínico-psiquiátrica como um ato médico e não como um ato colaborativo de uma equipa multidisciplinar. Poderá vir expresso no documento que tem o médico a responsabilidade de colher toda a informação necessária junto da equipa multidisciplinar, mas nunca criar uma diluição da responsabilidade e menorização do grau de formação médica especializada exigida para redação do documento;

4. Não há qualquer questão prática ligada à utilização da expressão “perigo previsto” ao longo do documento, uma vez que é sempre utilizado para referir que esse perigo é o que está previsto nos artigos que determinam o internamento involuntário. Ainda assim, deixo nota de algum receio de que esta expressão possa gerar interpretações erradas do espírito da Lei, que tenham em vista um exercício de ponderação do internamento involuntário com base em perigo que possa ser antecipado pelo avaliador e não com base em perigo iminente/presente.

Sugestão: Repensar a utilização da conjugação de palavras “perigo previsto”.

Termino este Parecer com um agradecimento ao Grupo de Trabalho por se ter preocupado em ouvir a sociedade civil quanto a este tema e por convidar especialistas a enriquecer a Proposta de Lei nesta fase. Acrescento ainda que, a meu ver, em termos práticos as maiores mudanças desta Lei estarão relacionadas com o tratamento involuntário em ambulatório a ser possível sem necessidade de um internamento compulsivo prévio; o fim das medidas privativas de Liberdade por tempo indeterminado; a agregação dos pressupostos, terminando a grande diferença entre o internamento compulsivo tutelar e de urgência, uniformizando ambas as vias de tratamento involuntário. Na prática clínica direta, as questões que levanto são meras preocupações e em nada constituem um juízo técnico da vertente jurídica do texto de Lei. Conhecendo o espírito do Legislador, espero que as diferenças reais – para além das que aqui enumerei – sejam reduzidas, visto que a prática clínica é feita com o máximo respeito pelo doente psiquiátrico e pela sua Liberdade.

Despeço-me com os melhores cumprimentos e esperando que este contributo possa ser útil para enriquecer a necessária discussão do documento,

Henrique Prata Ribeiro

Lisboa, 30.01.2023