

Ex.ma Senhora Coordenadora do Grupo de Trabalho – Saúde Mental

Senhora Deputada Maria Antónia Almeida Santos,

Em primeiro lugar, cumpre-me agradecer a solicitação do presente Parecer, circunstância que muito me honra, porquanto reconheço a enorme responsabilidade e a importância da missão que recai sobre V. Ex^{as}, que sendo eleitos pelos portugueses para legislar, têm efectivamente de se debruçar com profundidade sobre matérias tão diversas e de especial complexidade, como é, no caso, a Saúde Mental. Esta Proposta de Lei trata efetivamente de matéria sensível, não só pela sua natureza intrínseca, mas por colocar nos dois pratos da balança o direito à saúde e o direito à liberdade.

Enquanto psiquiatra, tenho de facto nos últimos anos, vindo a refletir sobre uma possível revisão da Lei de Saúde Mental¹. Porém também é verdade que **o meu pensamento actual é conhecido, não só pelos meus pares enquanto psiquiatras, mas também publicamente**, porquanto, tendo integrado o Grupo de Trabalho nomeado em Despacho n^o 6324/2020 de 15 de junho, para elaborar o projeto inicial, os aspetos essenciais **se encontram, desde logo, globalmente vertidas na própria Proposta de Lei n^o 24/XV/1.^a**

Quero com isto dizer, que em bom rigor, temo encontrar-me em situações de conflito de interesses, uma vez que, genuinamente, tenho vindo a afirmar e mantenho, que estou em pleno consenso com o que resulta, no seu todo indivisível, da Proposta de Lei n^o 24/XV/1.^a, o que me dificulta agora a elaboração deste Parecer. Naturalmente que nas discussões tidas, nem sempre imediatisticamente aderi a algumas construções fráscas do texto legal. Todavia, estes aspetos configuram meras questões de pormenor, ou decorrem de necessidades decorrentes de técnica legislativa, matéria que sendo médico me ultrapassa. Não tendo assumido uma concordância acrítica, importa deixar claro que me identifico com o projeto apresentado, que resulta de uma livre, total e absoluta anuência, que emergiu de um consenso, resultante de plena integração e processamento dos argumentos de todos os elementos que constituíram o Grupo de Trabalho.

¹ Antes mesmo de ser ventilada a possibilidade de vir a ser apresentado um projeto legislativo, tive oportunidade de publicar em conjunto com uma Colega e em número da Revista *Julgar* de set/out de 2018, um artigo em que espelhei as minhas ideias da altura, pensamento este que naturalmente foi sendo amadurecido com o tempo, sem deixar a linha de base.

Passado que está mais de um ano sobre a finalização dos trabalhos do Grupo previsto no Despacho nº 6324/2020 de 15/10 e tendo ouvido as várias audições em sede da Comissão Parlamentar de Saúde, naturalmente, não posso afirmar que não tenha, porventura, pessoalmente evoluído nalguns aspetos do meu pensamento original. Mas tal circunstância traduz-se apenas de um amadurecimento e/ou flexibilização, em particular na construção frásica de alguns artigos da proposta de lei, de forma que o texto, em minha opinião, se torne mais compreensível ou acessível na leitura daqueles que não estão habituados a lidar com diplomas legais. Sendo que a interpretação da Lei aos juristas compete, parece-me importante que o texto final consolidado não suscite dúvidas a ninguém, desde logo aos Clínicos, no exercício da sua atividade profissional que possam porventura estar menos vocacionados para estas matérias legais, mas igualmente aos cidadãos comuns e, sobretudo, aos cidadãos doentes cuja patologia torna mais vulneráveis.

Na verdade, diga-se, que não só não existem significativas ou relevantes e novas sugestões de alteração, como reitero, ao escrever este parecer, temo contender ou entrar em conflito de interesses, não apenas com o Grupo de Trabalho que elaborou o projeto inicial da Lei, mas com a Comissão de Acompanhamento para a Execução do Regime do Internamento Compulsivo (CAERIC), ouvida por meio intermédio em audição presencial perante a Comissão Parlamentar, no dia 9 de março. Com efeito, tendo participado ativamente na discussão no seio da CAERIC, encontro-me em sintonia, mais umas vez, com os elementos dessa Comissão e, **nesse sentido, remeto este parecer para os pontos constantes do documento escrito de suporte à audição** (primeiro dos anexos, no caso o designado por “**Contributo-CAERIC-Propostas consensualizadas**”) e **que consta já do Sítio da Assembleia da República**. E não se veja aqui um afastamento da linha de base do pensamento subjacente à Proposta de Lei, porquanto as sugestões consensualizadas feitas pela CAERIC se reduzem a algumas questões semânticas ou de pormenor cautelar, que resultam adicionalmente de um olhar mais clínico-psiquiátrico ou da experiência real e vivenciada do contacto com os cidadãos doentes e com a difícil e trabalhosa realidade hospitalar do quotidiano.

Porém, sendo agora interpelado por V. Ex^{as} para um novo Parecer, desta feita “*na qualidade de psiquiatra*”, **acresce expressar a relevância de alguns aspetos tidos de importância clínica, que estão inegavelmente, a meu ver, plasmados na Proposta de Lei nº 24/XV/1.^a** São eles:

- A substituição do conceito indeterminado “*anomalia psíquica*”, surgindo antes “*doença mental*”, cujas várias audições públicas nessa Comissão de Saúde têm aludido à vantagem de qualificar como grave. De facto, pese embora a designação de *doença mental* deva ser lida simultaneamente com os restantes pressupostos, nomeadamente aqueles a que se reporta a “**gravidade**” mencionada na alínea c) do nº 2 do artigo 15º, a imediata adjetivação como «grave» afastaria qualquer dúvida, mesmo numa leitura menos atenta. **Clinicamente, as patologias graves**, aquelas ilegíveis para tratamento involuntário, remetem para **ausência de consciência do patológico aliada à disfuncionalidade**, e assim a desadaptação.

- Autonomização e clara preferência pela figura do tratamento ambulatorio ainda que involuntário, constituindo este o meio menos restritivo possível. Em outras especialidades médicas, ouve-se mesmo falar da figura de «internamento de ambulatorio». Este aspeto é importante, pois constitui um **reforço da importância clínica da autonomia e minimiza a restrição de direitos da pessoa doente (nºs 3 e 4 do artigo 15º)**

- **Finalidade terapêutica como condição sine qua non** para aplicação de um tratamento involuntário previsto na alínea d) do nº 1 do artigo 15º.

- Participação do Doente no seu plano de cuidados e nas decisões terapêuticas, sempre que mantenha capacidade para tal, conforme densificado no artigo 7º

- O texto legal dissipa todas as dúvidas quanto à possibilidade legal de **um doente beneficiar de tratamento de electroconvulsivoterapia quando esta modalidade terapêutica seja a melhor alternativa**, mesmo que a pessoa doente esteja internada involuntariamente e careça de capacidade para consentir (**artigo 12º**)

- Possibilidade de, quer **o médico, quer o doente, serem ouvidos à distância (nº 2 do artigo 22º)**, possibilitando maior comodidade para o paciente e maior disponibilidade do clínico para outras tarefas no hospital

- O fim da previsão de uma institucionalização forçada não terapêutica, revogando-se, na alínea d) do artigo 54º, uma pretensa medida de internamento (médico) que surgia no artigo 148º do Código Civil. No meu dia-a-dia de exercício de atividade pericial, tenho constatado que, por vezes, se confunde internamento com colocação

institucional, podendo porventura em abstrato afastar-se o cidadão vulnerável do exercício dos seus direitos pessoais com base apenas num diagnóstico.

- Por último, a **evicção da prorrogação sucessiva das medidas de segurança de internamento de inimputável**, com a revogação do n° 3 do artigo 92° do Código Penal decorrente da alínea e) do artigo 54° da Proposta de Lei. Esta é uma realidade que enquanto psiquiatra conheço bem, por exercer clinicamente desde 1998 numa Enfermaria de Segurança e Tratamento e constatar, que por **razões sociais e não clínicas, um cidadão vulnerável arrisca permanecer, durante anos, num espaço físico** que, não deixando de ser hospitalar, é de privação de liberdade.

Naturalmente que, independentemente da redação da Lei, sempre importará atender a que sejam satisfeitas necessidades de recursos humanos, conducentes ao exercício da atividade clínica multidisciplinar, com respeito pela dignidade da pessoa humana do cidadão afetado por problemas de saúde mental. Neste sentido e mais uma vez enquanto psiquiatra, acredito que a presente proposta de lei, uma vez aprovada, possa mesmo constituir um fundamento claro que facilite um sereno mas assertivo pedido de recursos por parte dos profissionais.

17/03/2023

Fernando Vieira

(Psiquiatra)