

Revisão da Lei de Saúde Mental

Audição da Comissão de Saúde da Assembleia da República

JM Caldas de Almeida
Lisboa, 2 de março 2023

Pinel libertando os loucos das suas correntes (1795, Hôpital de la Salpêtrière, Paris)



Foram precisos mais 150 anos, 2 guerras mundiais e os esforços de pessoas como Franco Basaglia para se perceber que ...



Franco Basaglia

- ❑ Melhorar os asilos não resolve o problema
- ❑ O que é necessário é substituir os asilos por um sistema de serviços baseados na comunidade onde as pessoas vivem
- ❑ Centrar os cuidados nas necessidades das pessoas
- ❑ E respeitar os seus direitos a aceder uma cidadania plena

Levou ainda mais 50 anos e o desenvolvimento de instrumentos internacionais de direitos humanos

- Para se aprovar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD)
- E chegar a um consenso geral da comunidade internacional sobre a necessidade de assegurar o respeito pela integridade, a dignidade e a liberdade individual das pessoas com incapacidades.

Revisão da Lei de saúde mental

- Grande oportunidade para modernizar a nossa legislação de saúde mental, incorporando nela:
 - as novas abordagens sobre os direitos das pessoas com problemas de saúde mental abertas pela CDPD
 - As novas perspetivas sobre organização dos serviços de saúde mental proporcionadas pela nova evidência científica
 - As recomendações das organizações internacionais (OMS, Conselho da Europa)
- Representa ao mesmo tempo um grande desafio: como enfrentar o dilema que uma nova lei inevitavelmente coloca entre “autonomia” e “proteção”.

O grande desafio

- Como reequilibrar as leis de saúde mental de modo a que estas:
 - possam responder melhor aos desejos e preferências das pessoas que sofrem de doenças mentais
 - respeitar melhor os seus direitos
 - e promover, tanto quanto possível, a capacidade destas pessoas de fazer as suas escolhas, mesmo nas circunstâncias em isto parece mais difícil
- Como manter a possibilidade de usar o tratamento involuntário em situações em que este ainda seja imprescindível e, ao mesmo tempo, ter um compromisso total com a transição para uma abordagem mais centrada nos direitos das pessoas, na promoção da sua dignidade e no respeito pelos desejos e preferências por elas expressos.

Como podemos alcançar este reequilíbrio?

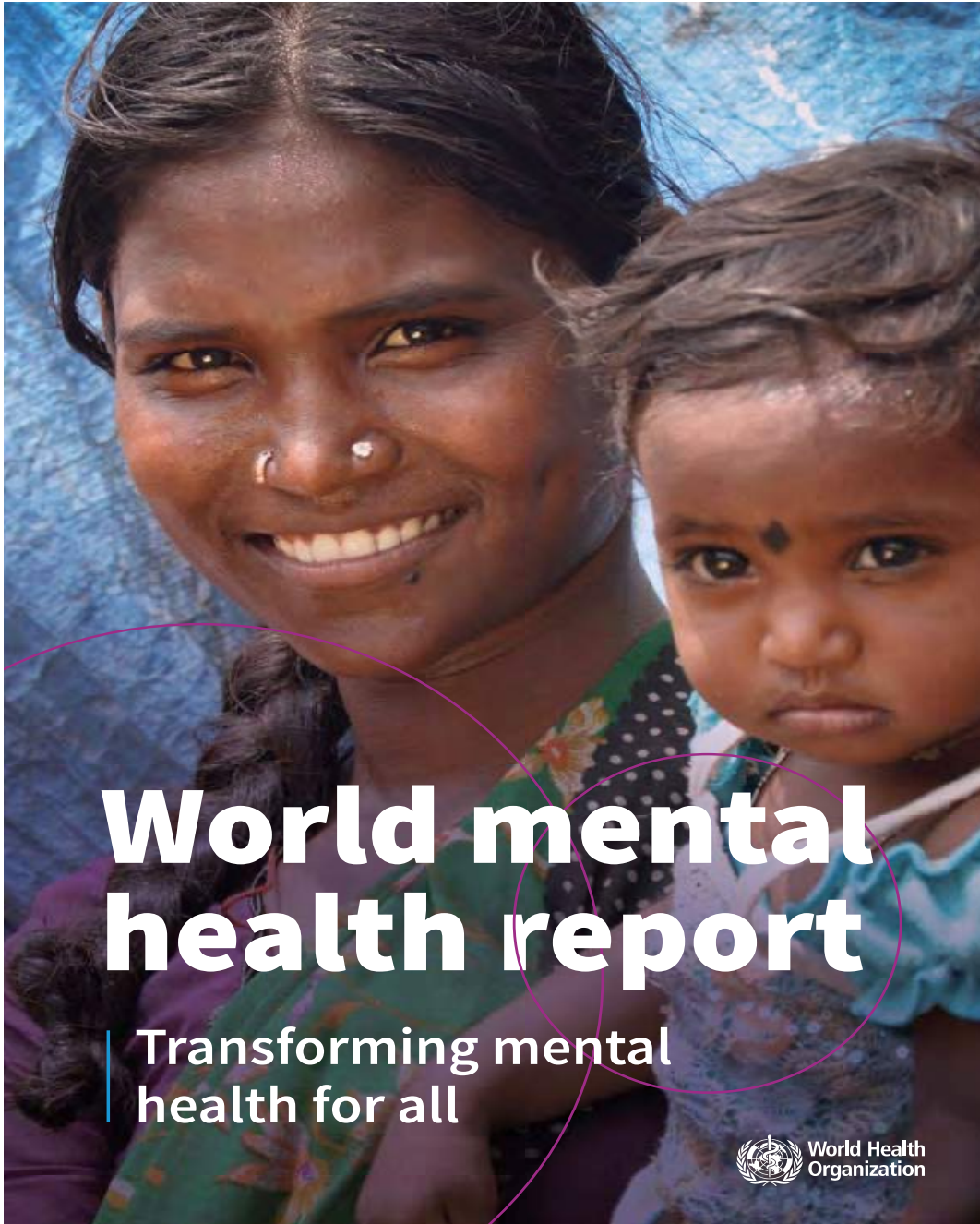
- Prestando mais atenção ao sofrimento e riscos que estão associados ao tratamento involuntário e a todas as outras formas de coerção
- Apostando mais nas estratégias que provaram ser eficazes na prevenção do uso da coerção
- Deixando de centrar a justificação do tratamento involuntário no **diagnóstico de doença mental**, o que é errado e discriminatório, e passando a valorizar antes a **incapacidade para tomar decisões** como critério fundamental.

Como podemos alcançar este reequilíbrio (cont.)?

- Incentivando medidas que apoiem as pessoas com doença mental a expressar e ver respeitadas as suas escolhas, tais como:
 - Diretivas antecipadas de vontade
 - Nomeação de procurador de cuidados ou pessoas da sua confiança que as ajudem em situações de crise
 - Participação na elaboração de planos de tratamento em situações de crise
- Dando prioridade à transição para cuidados comunitários

Pontos da lei a melhorar

- Incluir referência explícita à importância decisiva da **falta de capacidade para tomar decisões (decision-making capacity)** no conjunto dos critérios de tratamento involuntário
- Incluir referência explícita aos critérios de avaliação da capacidade para tomar decisões
- Incluir referência explícita à necessidade de só recorrer ao tratamento involuntário após esgotar todos os meios de suporte à obtenção de consentimento
- Repensar a questão da necessidade de consentimento informado no uso de ECT em pessoas em regime de internamento compulsivo
- Incluir existência obrigatória de plano de tratamento nas situações de tratamento involuntário



World mental health report

Transforming mental health for all

Review

Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence

Corrado Barbui, Marianna Purgato, Jibril Abdulmalik, José Miguel Caldas-de-Almeida, Julian Eaton, Oye Gureje, Charlotte Hanlon, Michela Nosè, Giovanni Ostuzzi, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Federico Tedeschi and Graham Thornicroft

Background

Coercive treatment comprises a broad range of practices, ranging from implicit or explicit pressure to accept certain treatment to the use of forced practices such as involuntary admission, seclusion and restraint. Coercion is common in mental health services.

Aims

To evaluate the strength and credibility of evidence on the efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services. Protocol registration: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/S76T3>.

Method

Systematic literature searches were conducted in MEDLINE, Cochrane Central, PsycINFO, CINAHL, Campbell Collaboration, and Epistemonikos from January 2010 to January 2020 for meta-analyses of randomised studies. Summary effects were recalculated using a common metric and random-effects models. We assessed between-study heterogeneity, predictive intervals, publication bias, small-study effects and whether the results of the observed positive studies were more than expected by chance. On the basis of these calculations, strength of associations was classified using quantitative umbrella review criteria, and credibility of evidence was assessed using the GRADE approach.

Results

A total of 23 primary studies (19 conducted in European countries and 4 in the USA) enrolling 8554 participants were included.

The evidence on the efficacy of staff training to reduce use of restraint was supported by the most robust evidence (relative risk RR = 0.74, 95% CI 0.62–0.87; suggestive association, GRADE: moderate), followed by evidence on the efficacy of shared decision-making interventions to reduce involuntary admissions of adults with severe mental illness (RR = 0.75, 95% CI 0.60–0.92; weak association, GRADE: moderate) and by the evidence on integrated care interventions (RR = 0.66, 95% CI 0.46–0.95; weak association, GRADE: low). By contrast, community treatment orders and adherence therapy had no effect on involuntary admission rates.

Conclusions

Different levels of evidence indicate the benefit of staff training, shared decision-making interventions and integrated care interventions to reduce coercive treatment in mental health services. These different levels of evidence should be considered in the development of policy, clinical and implementation initiatives to reduce coercive practices in mental healthcare, and should lead to further studies in both high- and low-income countries to improve the strength and credibility of the evidence base.

Keywords

Coercive treatment; involuntary admissions; restraint use; meta-analysis; community treatment order.

Copyright and usage

© The Authors 2020. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists.

The use of coercion is common in formal and non-formal settings,^{1,2} including mental health services.³ Coercive treatment comprises a broad range of practices, ranging from implicit or explicit pressure to accept certain treatment to the use of forced practices such as involuntary admission, seclusion and different forms of restraint.⁴ Available epidemiological data suggest wide variations in the rates of involuntary admissions across countries, local areas and services,⁵ with rates increasing over time in some countries.⁶ In England, for example, the rate of involuntary psychiatric hospital admission has increased by more than one-third in the past 6 years, and in Scotland the number of detentions has increased by 19% in the past 5 years.⁷ In The Netherlands, in the period 2003–2017 the rate of treated requests for court-ordered involuntary admissions increased from 44 to 64 per 100 000 population.^{8,9} Involuntarily admitted people may also be exposed to further coercive measures during hospital admissions, such as seclusion, administration of medication against their will and restraint, but the frequency and severity of these multiple forms of coercion are still poorly understood.^{1–4}

Coercive treatment conflicts with the principle of autonomy, a central guiding principle of the Convention on the Rights of

Persons with Disabilities (CRPD), which aims to empower mental health patients in making their own decisions about treatment.^{10,11} In addition to human rights considerations, empirical data suggest that coercive practices may be a traumatising experience leading to profound loss of trust in the therapeutic relationship and to physical health problems such as skin injuries, neurological problems,^{12,13} pulmonary disease, deep vein thrombosis and even death.¹⁴ Coercion can also have long-term adverse consequences in terms of service avoidance, with reduced access to mental healthcare.¹⁴

Against this background, during recent decades strategies and interventions have been developed to reduce the use of coercion, simultaneously attempting to preserve the right of people with mental health conditions to receive effective treatments, including when they may be less able to express their own will and preferences.^{4,15} However, the efficacy of these interventions is controversial, and the evidence fragmented into several reviews focusing on different populations, interventions and outcomes, leading some to conclude that there is very little research in this area.³ Consequently, most evidence-based guidelines for mental health conditions do not consider measures to reduce coercion.

Evidence of benefits of:

- staff training
- Shared decision-making interventions
- integrated care interventions.

Muito obrigado!

