

Novos Tempos, Novas Realidades, Novas Leis: A Continuidade, a Mudança e os Novos-Velhos Desafios em Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal

New Times, New Realities, New Laws: Continuity, Change and the Same-Old Challenges in Psychiatry and Mental Health in Portugal

Fernando VIEIRA¹, Ana CABRAL², Bruno TRANCAS³, Fernando ALMEIDA⁴, Henrique BARRETO⁵, Inês ROBALO⁶, João PIMENTEL⁷, Joaquina CASTELÃO⁸, Manuel José RAMOS DA FONSECA⁹
Acta Med Port 2023 Dec;36(12):773-775 • <https://doi.org/10.20344/amp.20746>

Palavras-chave: Portugal; Psiquiatria/legislação e jurisprudência; Psiquiatria/tendências; Saúde Mental/tendências
Keywords: Mental Health/trends; Portugal; Psychiatry/legislation & jurisprudence; Psychiatry/trends

Quase um quarto de século depois da Lei de Saúde Mental (LSM) ter entrado em vigor, eis que uma nova LSM – Lei 35/2023 de 21 de julho¹ – é publicada em Portugal. Perguntar-se-á, em primeiro lugar, porquê agora? E sobretudo, porquê mudar?

A resposta é fácil. Caso não se mudasse, o internamento compulsivo correria o risco de se extinguir por força da legislação internacional que naturalmente não pode deixar de enfatizar que todos os cidadãos são iguais e têm os mesmos direitos independentemente de sofrerem de doença mental. Quase arriscaríamos poder dizer, ironizando como o célebre pensador italiano Giuseppe Tomasi di Lampedusa (1896-1957), que para se manter o internamento, na lei anterior designado por compulsivo, “Tudo deve mudar para que tudo fique como está...”. Com esta expressão, referimo-nos apenas à possibilidade legal de tratar medicamente cidadãos afetados por doença mental grave que perturbe o seu discernimento, capacidade de julgamento e de decisão em plena liberdade, e implique, simultaneamente, perigo grave. É que – enquanto psiquiatras, médicos de outras especialidades, psicólogos, juristas e outros profissionais, e familiares de doentes mentais – sabemos que em algumas situações a involuntariedade do tratamento, no atual estado da ciência, é tão incontornável quanto a sua imperiosa necessidade, nomeadamente quando cidadãos afetados por doença mental grave se podem colocar, a si e/ou a outros em perigo por motivos de doença mental.

Porém, a mudança de paradigma impunha-se por força da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) adotada entre nós em Resolução da Assembleia

da Assembleia da República, sendo igualmente necessário repensar a organização da prestação de cuidados de saúde mental, adequando-a à legislação que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.^{2,3}

Passados mais de 20 anos da LSM, houve avanços a nível científico (dos quais as formulações ‘medicamentosas de longa duração’ usadas em quadros psicóticos como a esquizofrenia são um exemplo), avanços nos valores sociais (desde logo a necessária primazia dos direitos humanos e seu reconhecimento) e ainda a importância de cuidados comunitários de proximidade a nível de psiquiatria. Havia ainda que mudar o que estava a ser mal interpretado. Por exemplo, impunha-se a clarificação quanto à necessidade de as avaliações clínico-psiquiátricas (ACP) emitidas pelo serviço de urgência serem apresentadas ao Ministério Público na sequência de emissão de mandado de condução pelas autoridades posterior à libertação ou internamento. Por outro lado, era necessário modificar o que estava a correr menos bem (por exemplo, aclarar os procedimentos a ter em consideração aquando da necessidade de utilização de electroconvulsivoterapia e de medidas coercivas), e por último, ter em conta a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.⁴ Outra clarificação relevante desta nova lei é a expressa primazia do tratamento involuntário em regime de ambulatório, em detrimento do regime de internamento, privilegiando-se o meio menos restritivo e a garantia de maior proximidade dos cuidados.

Num artigo desta natureza, justificar-se-á também a alusão às principais mudanças no texto da lei. Não

1. Departamento de Psiquiatria. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa. Portugal.
2. Departamento de Psiquiatria. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal.
3. Departamento de Psiquiatria. Hospital Fernando da Fonseca. Amadora. Portugal.
4. Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento. Universidade da Maia. Maia. Portugal.
5. Departamento de Psicologia. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Lisboa. Portugal.
6. Ministério Público. Lisboa. Portugal.
7. Administração Regional de Saúde Centro. Coimbra. Portugal.
8. FamiliarMente – Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental. Lisboa. Portugal.
9. Tribunal da Relação. Lisboa. Portugal.

✉ **Autor correspondente:** Fernando Vieira. fvieira@chpl.min-saude.pt

Recebido/Received: 27/09/2023 - **Aceite/Accepted:** 23/10/2023 - **Publicado/Published:** 04/12/2023

Copyright © Ordem dos Médicos 2023



cremos, em linha com Soares Albergaria,⁵ que tenha havido alterações conceptuais substanciais. Existem, todavia, mudanças semânticas importantes, nomeadamente a mudança de termos: 'internamento compulsivo', que passa a designar-se por 'tratamento involuntário'; 'anomalia psíquica', designa-se agora por 'doença mental'; a adjetivação da dita anteriormente anomalia, 'grave', passa a 'gravidade' da doença mental. Acrescendo, para poder ser promovido o tratamento involuntário, exige-se que quando estejam em causa bens jurídicos do próprio como a sua integridade física e a vida, e exista cumulativamente incapacidade em consentir, valorando-se a vontade expressa do doente (através da participação no plano de cuidados e de Diretivas Antecipadas de Vontade), e introduzindo-se a possibilidade de, se viável, realizar ACP no domicílio com a colaboração de outros profissionais.

É de primordial importância – matéria que aliás tem abundantemente surgido nos *media* – o cessar de medidas de segurança de duração ilimitada no inimputável com perigosidade, leia-se, aqueles que são sentenciados pelo Tribunal a medida privativa de liberdade em enfermaria de segurança, em razão do facto-crime ser atribuído não aos próprios, mas à doença de que padecem, estando assim sujeitos à detenção por toda a vida numa enfermaria de um hospital ou de uma prisão – e ainda, a eliminação da institucionalização forçada não terapêutica – colocação também por toda a vida numa instituição um doente que porventura sofra de deficiência intelectual ou de síndrome demencial. Destacamos também a preocupação com a regulação da gestão do património das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e a finalidade terapêutica como condição *sine qua non* para aplicação de um tratamento involuntário.

Para terminar, gostaríamos de fazer um exercício de futurologia, antevendo quais os aspetos que porventura podem no futuro vir a originar maior dificuldade de interpretação, e em consequência, problemas na pragmática execução nos hospitais e/ou nos tribunais.

É essencial salientar a importância das ACP relatarmos o acontecido para além de diagnósticos ou jargão técnico, e que não aludam apenas a que o cidadão se encontra gravemente doente e que por isso deve ser internado, de modo a não prejudicar a fundamentação da decisão judicial.

Por outro lado, receamos que nos tribunais se confunda alta médica com libertação, já que o regime involuntário poderá continuar em ambulatório. Finalmente, receia-se, seja do lado da saúde seja do lado da justiça ou segurança, que se confundam mandados de condução para avaliação com mandados de condução para internamento.

Não excluimos, ainda, que a alteração do termo 'anomalia psíquica grave' para 'gravidade' da doença mental

possa provocar dificuldades conceptuais e semânticas, anteriormente ultrapassadas pelo facto de 'anomalia psíquica grave' ser um conceito histórico, ao qual tanto médicos como juristas se tinham ao longo dos anos adaptado enquanto léxico partilhado e entendido.

Concluiremos com os três aspetos cuja aplicação poderá ser mais problemática, nomeadamente numa fase inicial. Desde logo admitimos que em alguns casos possa haver dificuldade em recorrer ao tratamento involuntário, como no caso de inimputáveis internados por medida de segurança – referimo-nos àqueles que na anterior lei podiam ser tratados sem recurso à figura do internamento compulsivo por terem cometido factos-crime em razão expressa da sua patologia e que estavam detidos em enfermarias especiais mediante sentença judicial – tendendo-se, pois, à aplicação por defeito e assim a arriscar beliscar os direitos do cidadão vulnerável em privação de liberdade.

É de notar também que, a possibilidade que existe agora de acesso à informação de saúde e ao processo de tratamento involuntário por parte da 'pessoa de confiança' (figura informal que surge agora na atual lei conferindo poderes a quem seja indicado pelo doente para falar em nome dele e o auxiliar a 'navegar' no contexto médico e legal do tratamento involuntário) possa aumentar a probabilidade de situações de abusos e até de tentativas de manipulação e aproveitamento de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental que estejam especialmente mais vulneráveis.

Por último, pode existir a possibilidade de se exercer pressão para a emissão de mandados de internamento para aquilo que lei designa como delinquentes por tendência, confundindo-se o conceito jurídico de inocuidade (que visa eliminar o risco de violência pelo isolamento ou contenção) com o de finalidade terapêutica enquanto conceito médico.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

FV: Discussão do conteúdo, redação e revisão do manuscrito.

ASC, BT, FA, HB, IR, JP, JC, MJRF: Discussão do conteúdo e revisão do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

FV exerceu atividade pericial no âmbito do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses e esporadicamente em consultório/empresa de outrem.

JC recebeu pagamentos de Janssen-Cilag e Instituto Nacional para a Reabilitação; participou no Conselho Nacional Saúde – Mandato 2017/2021, no Conselho Nacional de Saúde Mental 2016/2023 em representação da federação FamiliarMente; é presidente da direção da federação FamiliarMente, é presidente do conselho de administração

da cooperativa de solidariedade social Polisercoop e presidente da direção das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental.

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Portugal. Lei n.º 35/2023. Diário da República, I Série, n.º 141 (2023/07/21), p.2-23.
2. Portugal. Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009. Diário da República, I Série, n.º 146 (2009/07/30), p.4906-29.
3. Portugal. Decreto-Lei n.º 113/2021. Diário da República, I Série, n.º 240 (2021/12/14), p.104-18.
4. Ministério Público. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, de 04/04/1997 (aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, DR I-A, n.º 2, de 03 de janeiro de 2001) e Protocolos Adicionais, em particular: Additional Protocol

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

5. Soares Albergaria P. A nova Lei de Saúde Mental na Proposta de Lei 24/XV/1.ª: Ruptura ou evolução? JULGAR. [consultado 2023 set 27]. Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf.