



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INTERNAMENTO E TRATAMENTO COMPULSIVOS
EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL
ESTUDO DAS ATITUDES ÉTICAS

Tese apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

Sónia Soraia Dias Azenha

Instituto de Bioética

Janeiro 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INTERNAMENTO E TRATAMENTO COMPULSIVOS
EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL
ESTUDO DAS ATITUDES ÉTICAS

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Sónia Soraia Dias Azenha

Sob orientação do Senhor Professor Doutor Daniel Serrão

Instituto de Bioética

Janeiro 2014

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Serrão quero exprimir o meu sincero agradecimento por ser quem é, por ser fonte de inspiração e exemplo. A sua sabedoria, força, dinamismo e perseverança constituíram uma força motriz para este desafio, permitindo ultrapassar as hesitações, dificuldades e contratempos. Neste percurso foram decisivos a sua permanente disponibilidade, cuidado e amabilidade, o seu sábio conselho, espírito curioso e incentivo ao estudo. Agradeço, ainda, pela orientação no processo de elaboração da tese que se revelou fundamental para ampliar, contextualizar e fundamentar conhecimentos, bem como pelo apoio e contribuição no processo de elaboração e escrita que considero terem sido essenciais para que este trabalho se tenha concretizado.

À Professora Doutora Ana Sofia Carvalho, quero agradecer todo o apoio e incentivo encontrados, desde o início do primeiro curso de doutoramento em bioética, no Instituto de Bioética da Universidade Católica, no Porto. Sem a sua orientação, energia e perspicácia, especialmente nas questões relacionadas com a elaboração do inquérito, do estudo de investigação e do contacto interinstitucional, este trabalho não teria sido possível.

Ao Professor Doutor Armando Teixeira Pinto e aos profissionais do Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, agradeço pelo acolhimento do projeto, aconselhamento e disponibilidade na etapa de elaboração do inquérito e análise de dados.

Ao Dr. Bessa Peixoto, Professor Doutor Fernando Almeida, Dr. Joaquim Duarte, Professor Doutor Rui Coelho, Dr. Sousa Cepa e Dr. Zeferino Venade Ribeiro, agradeço a disponibilidade, colaboração e ajuda prestada, na fase de elaboração do inquérito.

Ao Professor Doutor Walter Osswald agradeço pela presença discreta, firme, delicada, atenta e disponível que, em momentos-chave deste trabalho, foi motivação importante. Ao Professor Doutor Silveira de Brito, quero agradecer pelo estímulo e pelo olhar atento e cuidadoso que incentivou o interesse pela bioética e pela importância do seu estudo.

Aos docentes do curso de Bioética realizado na Escola de Filosofia da Universidade Católica em Braga e aos docentes do curso de Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto, agradeço todos os ensinamentos que considero fundamentais no meu crescimento individual e na prática médica.

Aos médicos do serviço de psiquiatria do Hospital de São Marcos, hoje Hospital de Braga, especialmente aqueles que colaboraram na minha formação, gostaria de agradecer pelos ensinamentos e acompanhamento, numa altura em que a aplicação da Lei de Saúde Mental se encontrava numa fase inicial e sem os quais não teria sido possível o iniciar deste percurso.

A todos os médicos que responderam ao inquérito, agradeço pela colaboração e disponibilidade, sabendo de antemão que, no contexto laboral atual, o tempo disponível para atividades não clínicas é escasso e precioso.

À Professora Doutora Joana Araújo agradeço pela proximidade e companheirismo e ao Professor Doutor António Ferreira a atenção e disponibilidade que, neste meu percurso, me ajudaram a agilizar procedimentos. À D. Palmira Maio, agradeço pela presença constante, pelo acolhimento e paciência, na resolução de problemas. Aos colegas do Instituto de Bioética agradeço pela partilha de experiências tão diversas que constitui fonte de enriquecimento pessoal.

Aos meus amigos, sempre vigilantes e ao meu lado, lhes agradeço por oportunamente, como se espera dos amigos, me terem ajudado e apoiado neste percurso.

Finalmente, à minha família, aos meus pais, ao meu irmão, ao meu marido e às minhas duas filhas, quero exprimir o meu maior agradecimento. Aos meus pais agradeço pelo estímulo e incentivo constante, pelo apoio que me deram e sem o qual dificilmente seria viável todo este percurso. Ao meu irmão agradeço a sua tenacidade, os seus conselhos e todo o apoio na elaboração deste trabalho. Ao meu marido agradeço pelo apoio incondicional que me dá, pelas críticas oportunas com que foi pontuando as diferentes etapas passadas e por “todas as pedras que retirou” deste meu caminho percorrido. Às minhas filhas agradeço por serem amorosas e dedicadas, porque vê-las felizes e a crescer é um estímulo e inspiração inestimáveis em todo o meu percurso.

Para os que me incentivaram, ajudaram e apoiaram

Resumo

As medidas compulsivas em saúde mental levantam várias questões éticas, em particular ao médico que se depara com o dever de cuidar, numa sociedade que está, cada vez mais, consciente da autonomia e dos direitos da pessoa doente. Ao longo dos tempos, a forma de encarar a doença mental e o internamento sofreram mudanças profundas. Atualmente, as medidas compulsivas requerem critérios de aplicação específicos, regulados por documentos internacionais e pela lei interna, para restringir o seu uso e assegurar que os direitos dos doentes e exigências éticas sejam respeitados. Consta-se a importância dos critérios de aplicação, dos procedimentos, da monitorização da prática, do exercício dos direitos do doente e da formação dos profissionais em assuntos bioéticos. De forma a assegurar que, a nível nacional, estes objetivos se concretizem é fundamental promover o entendimento destes temas e conhecer a opinião dos profissionais.

O objetivo deste trabalho é contribuir para a concretização das orientações relacionadas com as medidas compulsivas, aplicada à realidade nacional, de duas formas: a) contextualização do internamento compulsivo (IC), análise de vários documentos internacionais na área da saúde mental, IC e bioética e comparação com a Lei de Saúde Mental (LSM) portuguesa; b) realização de um estudo transversal, quantitativo, sobre medidas compulsivas, através de um inquérito de opinião elaborado pela investigadora, aos médicos portugueses.

O estudo das 99 respostas obtidas (75 especialistas e 24 internos de especialidade de Psiquiatria) foi realizado através da análise descritiva e da comparação entre grupos. Foram estudados: o propósito terapêutico, o risco e a perda de competência para tomar decisões, o direito à informação e a recusar tratamento, a organização e monitorização de procedimentos, no âmbito do IC, a opinião relativa à regulamentação, benefício, utilização e eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo e a opinião relativa a casos clínicos considerados de difícil decisão.

Este trabalho verifica diferenças entre a opinião dos médicos, as disposições internacionais e a lei de saúde mental, bem como a incompleta aplicação das mesmas e a necessidade de desenvolver ações de informação e formação. Foi elaborado um plano de ação/divulgação através da criação de dois folhetos informativos, um para utentes e outro para profissionais, no âmbito dos aspetos legais e bioéticos do IC. De salientar, ainda, a identificação da necessidade de debate acerca de questões éticas e de medidas a implementar, no âmbito do IC.

Palavras-chave: Internamento compulsivo; tratamento ambulatorio compulsivo, bioética; saúde mental, médicos.

Abstract

Compulsory measures in mental health raise several ethical issues, as physicians have the duty of care, in a society that is increasingly aware of the autonomy and rights of the patient. Throughout time, the ways of facing mental illness and hospitalization have deeply evolved. Currently, compulsory measures require specific application criteria, which are regulated by international documents and the national law, as to restrain their use and ensure that the rights of the patients and ethical demands are respected. In concern to bioethical issues, there is a relevant importance of application criteria, procedures, practice monitoring, exercising patient's rights and training professionals. In order to make sure that these important issues are adequately taken into account within the Portuguese reality, it is fundamental to promote the understanding of these topics and evaluate the opinion of professionals.

The purpose of this research work is to contribute to the understanding/application of orientations related to compulsory measures, applied to the Portuguese reality in two distinct main vectors: a) contextualizing compulsory admission (CA), evaluation of several international documents regarding mental health, CA and bioethics, as well as comparing them to the Portuguese Mental Law (PML); b) performing a transversal quantitative study about compulsory measures through an opinion poll directed to Portuguese physicians.

The study of the 99 obtained responses (75 specialists and 24 residents in Psychiatry) has been performed through descriptive analysis and comparison among groups. The study comprised evaluation of: therapeutic purpose, risk and loss of competence for decision-making, the right for information and treatment denial, the organization and monitoring of procedures in the scope of CA, the opinion regarding regulations, benefits and efficacy of compulsory outpatient treatment, and the opinion regarding controversial clinical cases.

This study led to the observation of differences between the opinion of physicians, the international dispositions and the PML, as well as insufficient application of regulations, and the need to carry out informative and formative actions. A plan for action/dissemination has been elaborated through the creation of two informative leaflets targeted for users and professionals, in the scope of legal and bioethical aspects of CA. It is also worth remarking the identification of needs for debate in regard to ethical issues and measures to implement in the scope of CA.

Keywords: Compulsory admission compulsory outpatient treatment; bioethics, mental health, physicians.

Índice

Agradecimentos	1
Resumo	5
Abstract	7
Índice	9
Lista de Abreviaturas	13
1. Introdução	15
1.1. Considerações Gerais.....	15
1.2. Objetivos.....	19
1.3. Organização da Tese.....	21
2. Doença Mental e Internamento Compulsivo: Percurso Histórico	25
2.1. A Grécia e Roma Antigas	26
2.2. A Idade Média.....	29
2.3. O Renascimento.....	31
2.4. A Idade Contemporânea	34
2.5. Comentário Final	40
3. Orientações e Enquadramento Internacional	43
3.1. Declaração Universal dos Direitos Humanos e Convenção Europeia dos Direitos do Homem.....	45
3.2. Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos.....	53
3.3. Declaração de Hawaii	58
3.4. Recomendação sobre Proteção Legal de Pessoas com Doença Mental Internadas Involuntariamente: Rec(83)2.....	62
3.5. Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e a Melhoria dos Cuidados em Saúde Mental: <i>MI Principles</i>	67

3.6. Recomendação sobre Psiquiatria e Direitos Humanos: Rec1235.....	78
3.7. Declaração de Madrid	80
3.8. Lei de Cuidado em Saúde Mental: <i>Ten Basic Principles</i>	83
3.9. Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina	87
3.10. Internamento Compulsivo e Tratamento Involuntário em Doentes Mentais. Legislação e Prática nos Estados Membros da União Europeia	93
3.11. Módulo sobre Legislação de Saúde Mental e Direitos Humanos.....	108
3.12. Recomendação sobre a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade das Pessoas com Perturbação Mental: Rec(2004)10	113
4. A Lei de Saúde Mental: Enquadramento Legislativo em Portugal.....	127
5. Internamento Compulsivo e Princípios Éticos	149
5.1. Introdução.....	149
5.2. Dignidade Humana e Direitos Humanos	151
5.3. Beneficência e Dano.....	154
5.4. Autonomia e Responsabilidade Individual.....	156
5.5. Pessoas sem Capacidade para Consentir	160
5.6. Consentimento.....	162
5.7. Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal	163
5.8. Privacidade e Confidencialidade	165
5.9. Não-Discriminação e Não-Estigmatização.....	166
5.10. Solidariedade e Cooperação. Igualdade, Justiça e Equidade	167
5.11. Limitações na Aplicação dos Princípios.....	169
5.12. Reflexão Final	170
6. Estudo Sistemático do Internamento e Tratamento Compulsivos	173
6.1. Justificação do Tema	173
6.2. Enquadramento e Apresentação do Problema de Investigação	174
6.3. Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação	177

6.4. Metodologia de Investigação	181
6.4.1. Construção do Instrumento de Recolha de Dados.....	182
6.4.2. Método de Seleção de Participantes.....	183
6.4.3. Método de Recolha de Dados.....	184
6.4.4. Análise e Tratamento Estatístico dos Dados.	184
6.4.5. Resultados	185
6.5. Considerações Éticas	185
7. Internamento e Tratamento Compulsivos: Análise Descritiva	187
7.1. Introdução	187
7.2. Tratamento Estatístico de Dados.....	187
7.3. Caracterização Demográfica	188
7.4. Propósito Terapêutico e IC	189
7.5. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC.....	194
7.6. Direito à Informação e IC	198
7.7. Direito a Recusar Tratamento e IC	201
7.8. Organização e Monitorização de Procedimentos.....	206
7.9. Tratamento Ambulatório Compulsivo	214
7.10. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão.....	222
7.11. Considerações Finais	231
8. Internamento e Tratamento Compulsivos: Comparação entre Grupos.....	233
8.1. Análise Estatística.....	233
8.2. Comparação entre Género.....	234
8.2.1. Propósito Terapêutico e IC.....	234
8.2.2. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC.....	236
8.2.3. Direito à Informação e IC.....	237
8.2.4. Direito a Recusar Tratamento e IC.....	238
8.2.5. Organização e Monitorização de Procedimentos	241
8.2.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo.....	244
8.2.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão	246

8.3. Comparação entre Grupo Etário.....	248
8.3.1. Propósito Terapêutico e IC	248
8.3.2. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC	250
8.3.3. Direito à Informação e IC	251
8.3.4. Direito a Recusar Tratamento e IC	253
8.3.5. Organização e Monitorização de Procedimentos.....	255
8.3.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo	258
8.3.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão.....	261
8.4. Comparação entre Especialistas e Internos de Especialidade	267
8.4.1. Propósito Terapêutico e IC	267
8.4.2. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC	269
8.4.3. Direito à Informação e IC	271
8.4.4. Direito a Recusar Tratamento e IC	271
8.4.5. Organização e Monitorização de Procedimentos.....	273
8.4.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo	276
8.4.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão.....	279
9. Plano de Ação	285
9.1. Profissionais de Saúde: Enquadramento Bioético	287
9.2. Utentes e Famílias: Enquadramento Legal.....	294
10. Conclusões e Implicações Bioéticas	301
10.1. Introdução.....	301
10.2. Documentos Internacionais e Lei Saúde Mental: Conclusões.....	302
10.3. Inquérito de Opinião aos Médicos: Conclusões	305
10.4. Plano de Ação: Conclusões	322
10.5. Enquadramento Bioético e Investigação Adicional.....	322
11. Referências Bibliográficas	329
Anexos	345

Lista de Abreviaturas

A lista que se segue apresenta, por ordem alfabética, as principais abreviaturas utilizadas neste trabalho.

APM	Associação de Psiquiatria Mundial
CDBI	Comité Diretor em Bioética
CE	Conselho da Europa
CEDH	Convenção Europeia dos Direitos do Homem
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
DGS	Direção Geral de Saúde
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
IC	Internamento Compulsivo
LSM	Lei de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIDCP	Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos
TAC	Tratamento Ambulatório Compulsivo
UE	União Europeia

As referências a tabelas usadas em anexo, encontram-se descritas no texto, de acordo com o exemplo:

AI.1 Anexo I, Tabela 1.

1. Introdução

«Quanto mais ética for a nossa postura profissional, mais sucessos terapêuticos serão conseguidos, e mais nos aproximaremos da plenitude da Vida: o doente a caminho da sua realização plena e o profissional enriquecido pela aprendizagem “sofrida” em cada relação realmente estabelecida»

Miguel Ricou

1.1. Considerações Gerais

O estudo dos aspetos éticos relacionados com a perturbação mental reveste-se de uma importância crescente na nossa sociedade verificando-se, cada vez mais, o aumento de exigências neste campo de atuação.

A ética em psiquiatria e saúde mental apresenta uma especificidade, conferida por vários aspetos particulares desta área da medicina. Por um lado, as características especiais da doença psíquica, em cuja sintomatologia predominam os aspetos subjetivos, por outro, o estigma de prejuízo social, em virtude da sua causalidade ser controversa, não raramente, impregnada de conceitos de misticismo. É, também, de salientar a ausência da tradição clínica da Psiquiatria até finais do séc. XIX (Figueiredo, 1977). Num contexto tão complexo, é expectável que os médicos conheçam e demonstrem, com exemplos, os valores centrais da medicina, em especial a compaixão, a competência e a autonomia que, juntamente com o respeito pelos direitos humanos fundamentais, servem de base à ética

médica. Mas, atualmente, a relação médico-doente está sob pressão, entre outras razões, devido às restrições nos recursos financeiros. De acordo com esta conjuntura, a atividade profissional do psiquiatra tem vindo a mudar, quer na relação com os doentes, quer na relação com a sociedade. O reconhecimento do direito constitucional à proteção da saúde, uma crescente sensibilidade para exigir níveis assistenciais de qualidade, bem como o reconhecimento da autonomia do doente mental perante as ofertas terapêuticas, contribuíram para uma mudança importante na prestação de cuidados.

Assim, mais do que nunca, é necessário reforçar a relação médico-doente, através da prática ética. Do ponto de vista ético, em toda a decisão relativa à prestação de cuidados de saúde, a primeira consideração deve ser o benefício do doente (Williams, 2009). Pellegrino, tal como refere Cruz J., advoga que somente uma ética baseada no modelo da beneficência permitirá ultrapassar os problemas e dificuldades suscitados pela afirmação cada vez maior da autonomia e direitos dos pacientes na sociedade atual (Cruz, 2012). De facto, na sua prática clínica, o médico enfrenta interrogações acerca do seu comportamento e da tomada de decisões sob a forma de perguntas científicas ou técnicas, tão frequentemente como acerca de valores, direitos e responsabilidades. Verifica-se que na prática médica há questões que têm uma resposta mais simples que outras; da mesma forma que as interrogações éticas em medicina não têm o mesmo grau de desafio. Algumas têm respostas mais simples, principalmente porque existe consenso acerca da forma correta de reagir perante uma situação; outras são mais complexas, especialmente aquelas em que não se chegou a um consenso ou quando todas as alternativas têm desvantagens (Williams, 2009).

As intervenções no campo da saúde mental têm privilegiado certos tópicos, nomeadamente, o respeito pela intimidade da pessoa, os direitos do doente, ou os limites das atitudes coercivas. Estes são aspetos, sem dúvida, muito importantes e que nunca será demais relembrar. Neste contexto há que reconhecer que a corrente individualista deu contribuições muito positivas para a vida social, tais como a formulação política dos direitos humanos básicos, o fim da escravatura, a emancipação dos jovens e da mulher. No séc. XX, vimos reconhecidos valores tão importantes como os direitos das minorias, da intimidade da vida privada e do respeito pelas concepções e crenças das pessoas. Na psiquiatria, estas conquistas culturais refletem-se no movimento a favor dos direitos dos doentes, na rejeição de formas de tratamento cruel ou degradante e na procura de consentimento voluntário. É evidente que nem sempre o doente está capaz de exprimir o seu acordo com as medidas terapêuticas, mas a tendência atual é para limitar as situações em que se usa o tratamento coercivo, respeitar os valores do doente e não interferir com as suas decisões (Barreto, 1997), encarando as pessoas com doença mental como membros da comunidade humana de pleno direito.

As disposições atuais, na área da psiquiatria e da bioética, vão no sentido da necessidade dos psiquiatras conhecerem e aplicarem a legislação em vigor, de acordo com as exigências éticas específicas desta área da medicina. Atualmente a reflexão bioética, concretizada através dos princípios éticos e sua aplicação, evidenciada em diversas iniciativas e documentos do Comité de Bioética do Conselho da Europa ou através de diferentes planos de ação e políticas da Organização Mundial de Saúde, tem vindo a consolidar a importância e a defesa dos direitos dos doentes. De facto, os princípios bioéticos estão hoje concretizados em normas e disposições legais com a capacidade de

obrigar. Assim, os psiquiatras devem ajustar-se à legislação vigente no país. Com efeito a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde recorda a necessidade de um adequado conhecimento da mesma (Arazandi, 2003). Os psiquiatras devem estar conscientes das implicações éticas que derivam do exercício da sua profissão e das exigências éticas específicas da sua especialidade.

Os países da Região Europeia da OMS encaram enormes desafios no trabalho de promover o bem-estar mental das suas populações, de prevenir os problemas de saúde mental em grupos marginalizados e vulneráveis e de tratar, cuidar e apoiar na recuperação das pessoas. A discussão dos assuntos relacionados com a saúde mental tem adquirido relevância crescente ao longo da Região, devido à consciência dos custos humanos e económicos para a sociedade e ao sofrimento dos indivíduos. A Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre a Saúde Mental, que decorreu em Helsínquia, em Janeiro de 2005, identificou os principais assuntos a abordar e as soluções viáveis que podem ser implementados em todos os países, independentemente do seu estadio de desenvolvimento na prestação de cuidados de saúde mental.

Com frequência, o estigma generalizado ligado à perturbação mental coloca em risco o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde mental. O estigma é a principal causa de discriminação e exclusão pois afeta a auto-estima das pessoas, contribui para a disrupção das relações familiares, limita a capacidade de socialização e contribui para o abuso dos direitos humanos em algumas instituições. Ora, os governos reconhecem a importância do bem-estar para todos os cidadãos. Este é fundamental para a qualidade de vida, permitindo que esta seja vivida como uma experiência com significado e todos possam ser cidadãos ativos e criativos. A saúde e o bem-estar mental são fundamentais

para a qualidade de vida e produtividade dos indivíduos, famílias, comunidades e nações, pelo que um dos principais objetivos da atividade clínica em saúde mental consiste em aumentar o bem-estar das pessoas e o seu funcionamento, colocando em foco as suas forças e recursos, reforçando a resiliência e fatores externos protetores. Deste modo, a promoção da saúde mental deve abranger toda a população, incluindo pessoas com problemas de saúde mental e os seus cuidadores. O desenvolvimento e implementação de planos efetivos para promover a saúde mental irá aumentar o bem-estar mental para todos (World Medical Association, 1964).

A prática médica atual enfrenta múltiplos dilemas éticos complexos, colocando dificuldades no seu manejo. É fundamental reforçar a atitude ética e a prática do médico, além de proporcionar ferramentas destinadas a encontrar soluções éticas para esses dilemas. Não se trata de elaborar uma lista do que está certo ou errado, mas sim tentar sensibilizar a consciência do médico no sentido da tomada de decisões seguras e éticas (Williams, 2009).

1.2. Objetivos

Este trabalho pretende contribuir para o conhecimento das orientações nacionais e internacionais relacionadas com as medidas compulsivas em saúde mental, nomeadamente com o internamento e o tratamento ambulatorio compulsivos, e seus aspetos éticos. Procura-se contextualizar, fundamentar, atualizar e melhorar o conhecimento relativo ao internamento compulsivo (IC), no nosso país, através da pesquisa e posterior investigação nestas áreas específicas.

Os principais objetivos da presente tese são: a) rever o posicionamento de entidades internacionais na área da saúde mental, bioética e internamento compulsivo e comparar com a nossa Lei de Saúde Mental, procurando avaliar se existem assuntos que devem ser alvo de estudo e desenvolvimento; b) estudar a situação portuguesa relativamente à opinião e atuação dos médicos acerca das medidas de internamento e tratamento compulsivos na área da saúde mental, procurando avaliar se estas estão em conformidade com o disposto nos documentos internacionais referentes a estes assuntos e com a nossa Lei de Saúde Mental, através da realização de um estudo transversal, quantitativo, sobre medidas compulsivas, com a elaboração de um inquérito de opinião, aos médicos portugueses. Estes são assuntos mal conhecidos e de escassa investigação e sobre os quais não se encontraram estudos de revisão dos referidos documentos, nem de atitudes dos médicos em Portugal. Assim, considera-se pertinente o estudo teórico e da aplicação das medidas compulsivas, no sentido de procurar avaliar o modo como estão legisladas e são aplicadas as normas éticas e recomendações disponíveis, conhecer a nossa realidade e desenvolver linhas de orientação e de ação adequadas à realidade nacional.

Este trabalho privilegia a perspetiva ética, pretendendo-se, desde o início, refletir sobre a promoção e proteção da dignidade, dos direitos do homem e das liberdades fundamentais das pessoas que sofrem de perturbação mental, em particular dos que são objeto de internamento ou tratamento compulsivo, tendo em mente que, no passado, estes foram, como refere o Comité Diretor para a Bioética (CDBI), frequentemente violados (Council of Europe, 2000).

1.3. Organização da Tese

Para além da presente introdução, esta tese inicia, no seu capítulo 2 -*Doença Mental e Internamento Compulsivo: Percorso Histórico*-, a introdução do tema do internamento compulsivo ao longo das diferentes épocas históricas, desde a Grécia e Roma antigas até aos nossos dias. Deste modo pretende-se enquadrar a forma como a compreensão da doença mental e o papel do internamento compulsivo foram, ao longo da história, sofrendo mudanças e perceber o porquê da necessidade de regulamentar a prestação de cuidados em saúde mental, especialmente na área das medidas involuntárias. É neste contexto, que no capítulo 3 -*Orientações e Enquadramento Internacional*- se apresentam, de acordo com uma ordem cronológica, documentos internacionais com origens diversas, como a Associação Mundial de Psiquiatria, a Organização Mundial de Saúde, ou a Organização das Nações Unidas. A análise destes documentos, considerados relevantes na área dos direitos humanos, da bioética, da psiquiatria e das medidas compulsivas, pretende que se possam compreender os fatores envolvidos nas questões éticas, médicas e legais em saúde mental, bem como conhecer as origens e fundamentação dos documentos mais recentes sobre este tema e em particular da nossa lei. Assim, no capítulo 4 -*A Lei de Saúde Mental: Enquadramento Legislativo em Portugal*- procura-se, através da apresentação e análise dos pontos da lei portuguesa relativos ao internamento compulsivo, verificar como são tratados os assuntos abordados nos documentos internacionais e identificar áreas que necessitem de maior atenção ou desenvolvimento. Terminada esta análise dos documentos internacionais e da Lei de Saúde Mental, com um entendimento aprofundado das questões levantadas nesta área, pretende-se contextualizar e

alertar para os problemas éticos com os quais o psiquiatra se confronta na prática clínica quando o cuidado à pessoa doente é prestado sob medidas compulsivas. Neste sentido, é elaborado, no capítulo 5 *-Internamento Compulsivo e Princípios Éticos-*, um percurso relacionado com a aplicação dos princípios éticos implicados nas medidas compulsivas em saúde mental, de acordo com os artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, para que o profissional possa identificar as questões e princípios bioéticos mais relevantes a ter em conta na prestação de cuidados à pessoa com doença mental submetida a medidas compulsivas. Terminada a análise histórica enquadramento internacional, legal e ético, de acordo com a identificação de um conjunto de questões e problemas, elaborou-se um inquérito de opinião acerca das medidas de internamento e tratamento compulsivos. Este foi dirigido aos psiquiatras e internos de especialidade que desenvolvem a sua atividade em instituições onde se realizam internamentos compulsivos, mediante um estudo transversal, de natureza quantitativa. Tal estudo deu origem ao presente trabalho de investigação apresentado no capítulo 6 *-Estudo Sistemático do Internamento e Tratamento Compulsivos-*, no qual é feito um enquadramento do problema de investigação e são apresentados os objetivos, questões e hipóteses de investigação, bem como a metodologia de investigação e considerações éticas.

Dado o inquérito de opinião ser extenso, optou-se por dividir a análise de resultados em dois capítulos e realizar uma interpretação inicial dos dados, de acordo com as questões e objetivos do estudo, de modo a facilitar a leitura e compreensão dos resultados, bem como preparar a interpretação global posterior que será elaborada na conclusão do trabalho. Assim, a análise de resultados é apresentada nos capítulos 7 *-Internamento e Tratamento Compulsivos: Análise Descritiva-* e 8 *-Internamento e Tratamento*

Compulsivos: Comparação entre Grupos-. No capítulo 7 apresentam-se os resultados, com a caracterização da amostra e a análise das respostas a cada uma das perguntas do inquérito de opinião, em função dos objetivos do trabalho. No capítulo 8 são apresentados os resultados de acordo com a divisão da amostra em três grupos, no sentido de avaliar diferenças de opinião, de acordo com o género, grupo etário (<45 anos e \geq 45 anos), e grau profissional (especialista ou interno de especialidade). Realiza-se, igualmente, uma análise e interpretação inicial dos resultados, em função dos objetivos do trabalho e das respostas às questões do inquérito.

Numa primeira fase, foi identificada a necessidade de ações de informação para médicos e utentes, assim, no capítulo 9 *-Plano de Ação-* é apresentado o trabalho de realização, bem como respetivo plano de divulgação de dois folhetos, um destinado a profissionais de saúde, relativo aos aspetos bioéticos das medidas compulsivas e outro a doentes e famílias, relativo aos aspetos legais do IC.

No sentido de integrar os resultados do estudo dos documentos internacionais e da LSM, bem como da análise descritiva e da comparação entre grupos, realiza-se, no capítulo 10 *-Conclusões e Implicações Bioéticas-*, um resumo das principais conclusões e recomendações, de acordo com os resultados descritos nesta tese. Finalmente é discutida a questão da necessidade de investigação adicional, de acordo com uma perspetiva bioética.

2. Doença Mental e Internamento Compulsivo: Percurso Histórico

«A história marca a consciência, mesmo do homem de hoje, pois a compreensão do presente e a influência sobre o futuro necessitam do saber histórico»

Von Engelhardt

Ao longo dos tempos têm-se verificado profundas mudanças nas formas de abordar a doença mental e o seu tratamento, nomeadamente a nível do internamento, de acordo com a época e com o contexto social, cultural e científico. Os doentes mentais foram castigados, punidos, encarcerados e excluídos da liberdade social por medidas de segurança, mediante a época histórica (Pinho, 2006) e foi a descoberta de que as instituições onde estes doentes se encontravam poderiam ter uma função terapêutica que conduziu ao nascimento da psiquiatria, enquanto disciplina (Shorter, 2001).

A evolução do pensamento em cada época, os factos históricos e os autores que se debruçaram sobre a doença mental, contribuíram para a mudança do papel do internamento como forma de contenção e tratamento da doença mental, bem como das condições a ele associadas. Assim, o estudo dos dados históricos relativos ao progresso e melhoria de cuidados na área da saúde mental, nomeadamente no que se relaciona com o internamento, permite perceber melhor as dificuldades que se têm vindo a verificar, ao longo dos tempos, na mudança de serviços disponibilizados ao doente e suas famílias, bem como entender as necessidades atuais, de acordo com o desenvolvimento dos cuidados médicos.

2.1. A Grécia e Roma Antigas

De acordo com o legado histórico, é possível, desde o pensamento grego, encontrar raízes da atenuação da culpa em razão de doença mental, bem como alusões à figura do asilo, como lugar de descanso e recuperação. Recorde-se, como exemplo, a lenda de Hércules na qual o semi-Deus é levado à loucura pela intervenção da Deusa Hera e mata a sua esposa e filhos. A loucura surge causada pela fúria divina, implicando atos não voluntários que poderiam ser purificados através do trabalho. Tal como é referido por Stavis, Hércules não é considerado culpado, dado que não estava capaz de discernir que os seus atos eram errados, nem capaz de adequar a sua conduta à lei. Assim, foi considerado que necessitaria de cuidados e aconselhamento (Stavis, 1995).

É na Grécia antiga, período em que não existia envolvimento científico na psiquiatria e o sofrimento psíquico era entendido em termos de magia, que encontramos a primeira explicação científica e natural do que é a doença. Surge, nesta época, uma visão naturalista e somática da doença e do tratamento, que imprimiu as suas marcas na evolução histórica e conceptual subsequente. Temos, como exemplo, a medicina hipocrática, cujo método continua presente na prática clínica, na filosofia e na bioética (Patrão Neves, 2001). Hipócrates, na segunda metade do século V a.C, considerava a doença mental como tendo origem orgânica e não via a magia, a religião ou a possessão demoníaca como formas de a explicar. Afirmava ainda a importância dos asilos e portanto do internamento, na recuperação do doente (Stavis, 1995). Hipócrates, na obra *“Da Natureza do Homem”*, trata da compreensão sobre a constituição do homem, onde apresenta a teoria dos quatro humores que considera o homem composto de sangue, fleuma, bile amarela e bile negra.

Da sua harmonia resultaria a saúde, sendo a doença produto do excesso ou escassez de um desses humores ou ainda da falta de mistura entre eles no organismo. Hipócrates correlacionava as estações do ano com o comportamento dos humores e apontava para os riscos de desequilíbrio em cada uma das estações. A base do pensamento terapêutico girava, assim, em torno da busca do equilíbrio entre os humores e contemplava o asilo no processo de recuperação (Rego, 2006).

Com base em aspetos anátomo-fisiológicos, Platão (429-347 a.C.) constrói a sua fisiopatologia, distinguindo as doenças do corpo e da alma. As enfermidades somáticas podiam ocorrer por desequilíbrio dos seus elementos constitutivos, o fogo, a terra, o ar e a água; por corrupção dos tecidos do corpo, nomeadamente a carne, os nervos, o sangue, os ossos e a medula; e, finalmente, pelo ar e pelos humores, a bile e fleuma.

Por seu turno, as doenças da alma seriam, segundo Platão, designadas como demências e podiam ser de dois tipos: ignorância e loucura. Os excessos seriam deletérios, promovendo a loucura, doença passível de tratamento, mas não de censura para aquele que a sofre. Uma outra origem para a loucura residia na produção de humores deletérios, secundários à decomposição do corpo, os quais mesclavam seus vapores aos movimentos da alma, produzindo estados como a tristeza, audácia, cobardia e esquecimento. A ignorância teria a sua origem em dois aspetos: má constituição corporal e educação, que à luz da medicina contemporânea poderão ser vistos como o carácter genotípico e a influência ambiental. Assim, homens com deficiência somática e expostos a uma educação imprópria seriam propensos à ignorância. No entanto, se o processo educativo fosse adequado, era possível que tais homens superassem a sua má constituição. Neste contexto, um dos elementos importantes para a compreensão da doença da alma platónica era o facto de esta

ter origem somática. Platão ressalta a importância de se buscar a compreensão do todo e critica o uso de medicamentos para a contenção de doenças leves, as quais deveriam ser deixadas livres para seguir o seu próprio curso, enfatizando que os fármacos deveriam ser empregues apenas nos casos mais graves, ou seja, naqueles em que existe grande perigo para o doente (Siqueira-Batista, Schramm, 2004). Platão realiza uma leitura da medicina da sua época que se mantém extremamente atual e que vem tocar as questões hoje envolvidas no internamento compulsivo, sendo de salientar a relação entre homem e meio ambiente; a possibilidade de adoecimento psíquico por causas orgânicas e o tratamento que reservava, apenas, para os casos em que existia perigo para o próprio e para terceiros.

O período compreendido entre 384-322 a.C., século IV a.C., conheceu outro grande autor: Aristóteles, que, na sua ética nicomaqueia, definiu o conceito legal do consentimento informado como as ações realizadas após informação, com racionalidade e sem coerção (Stavis, 1995). Este conceito é, ainda hoje, utilizado por nós no nosso enquadramento legal e na tomada de decisão quanto ao internamento ou tratamento involuntário, nomeadamente no que se refere à capacidade de receber e compreender a informação, avaliar os riscos e benefícios da decisão e ser livre de coação.

Na Grécia e Roma antigas, o cuidado dos doentes era essencialmente responsabilidade dos familiares e pessoas chegadas. No entanto, Aristóteles afirmava dois poderes do governo perante a sociedade: por um lado, o de proteger os cidadãos dos perigos e lesão, por outro, o de proteger aqueles que necessitam de um cuidado de tipo parental (Stavis, 1995). É interessante verificar que estes dois poderes, estão na base da Lei de Saúde Mental portuguesa, bem como na de enquadramentos legais de muitos outros países.

Ainda no Século II a.C., mas em Roma, Sorano de Éfeso referia que a doença resultava de um desequilíbrio dos átomos que constituíam o corpo e se encontravam sempre em movimento. As suas recomendações para o tratamento em regime de internamento da doença mental eram mais avançadas do que algumas daquelas que foram empregues centenas de anos mais tarde. Ele advogava a existência de quartos com condições de luz e temperatura confortáveis, em pisos térreos para evitar o suicídio, bem como a prática de exercício regular, o uso de medidas de contenção apenas se necessário e com materiais como a lã ou outros de textura suave para evitar lesões. Defendia ainda a comunicação com o doente, não só com propósito terapêutico mas também como forma de avaliar a progressão da doença (Stavis, 1995).

Por seu turno, o médico Galeno (131-200 d.C.), de Pérgamo, defendeu a teoria de que o cérebro é sede de funções psíquicas, sendo a loucura e o delírio abordados segundo uma perspetiva neuroanatômica e neurofisiológica (Ferreira, et al., 2006).

2.2. A Idade Média

Entre os séculos IV e XI, as atividades intelectuais eram quase reduzidas às cópias de manuscritos nos mosteiros e a tópicos religiosos. Durante os primeiros cinco séculos da Idade Média, a loucura era bem aceite e tolerada. Assim, o doente não era excluído e o enclausuramento, que poderíamos equiparar, hoje, ao internamento compulsivo, era pouco comum. A noção de coletividade era importante e os doentes mentais eram aceites e colocados em segurança. No que se refere a medidas compulsivas, apenas os mais perigosos eram acorrentados no seu domicílio ou nas prisões. Neste período, sob a

influência do cristianismo, acreditava-se que o mundo era um todo organizado de acordo com os desígnios de Deus, por isso, tudo e todos obedeciam à ordem divina. Os insanos, assim como os retardados e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que procuravam, deste modo, expiar os seus pecados. Assim, os loucos desfrutavam de relativa liberdade, as suas famílias confiavam na caridade alheia para garantir a sobrevivência dos seus filhos e aceitavam os seus impulsos e características peculiares como expressão da vontade de Deus.

Até ao século XII o ensino da medicina era não clerical e o jovem aprendia com o seu mestre; a partir desta altura volta a haver mais atividade na Europa e à medida que a Igreja começa a ganhar mais preponderância este ensino também passa a ser ministrado nos mosteiros, integrando uma visão dos métodos de tratamento naturais, baseados nas traduções dos escritos de Hipócrates e Galeno. Nesta época, a medicina popular era marcada por uma grande carga de superstição, facto inevitável, dada a eficácia limitada da medicina naquela época (Kroll, Orangeburg, 1973). Assim, na Idade Média, para além dos dois principais sistemas de conhecimento que eram a fé cristã e o empirismo aristotélico, tinha, ainda, relevância a sabedoria popular. O empirismo incorporou a tradição científica grega, a teoria humoral da fisiologia humana na tradição de Hipócrates e Galeno, bem como os comentários científicos de Aristóteles. Por outro lado, o saber popular era influenciado pelas tradições místicas, pela superstição, pela mitologia pagã e pela astrologia (Kroll, Orangeburg, 1973). Assim, a explicação para a doença mental era impregnada de uma conceção mágico-religiosa. Pelo que, os doentes com distúrbios mentais mais graves ou agressivos eram flagelados, acorrentados, escorraçados e submetidos a jejuns prolongados, sob a alegação de estarem “possuídos pelos demónios”.

Estes doentes eram confinados a zonas da casa ou a celas e, quando a família não era capaz de providenciar os cuidados, tal era feito pela autoridade. A avaliação das circunstâncias sociais de cada caso, era feita por um conjunto de pessoas que contemplava um júri local, as partes interessadas e o doente. Os melhores interesses do doente eram a preocupação principal e a decisão final, nomeadamente no que se referia ao cuidado do doente e ao seu património, tinha valor legal (Roffe, 1995).

No que se refere aos cuidados em internamento, é difícil determinar quando é que o conceito de hospício medieval, para o cuidado dos peregrinos e estrangeiros, foi alargado para o de hospital para cuidados médicos e tratamento dos doentes. Poucos hospitais existiriam antes do fervor religioso que acompanhou as cruzadas e as necessidades criadas junto dos feridos e dos problemas médicos que surgiam no contexto das peregrinações em massa (Kroll, Orangeburg, 1973).

Com o aumento da população europeia e o crescimento comercial e industrial das cidades, o cuidado dos doentes mentais passou gradualmente de um problema familiar para um problema da comunidade. Neste contexto, surgem alas específicas para estes doentes nos hospitais. Os primeiros hospitais especificamente desenhados para doentes mentais surgem no século XV e, na Europa o primeiro nasce em Valência, Espanha (Kroll, Orangeburg, 1973).

2.3. O Renascimento

No Renascimento a doença mental foi encarada como alienação, diminuição, depravação ou perda de função mental. Os cuidados prestados passavam pela exclusão

social, os doentes eram fechados em celas e calabouços ou enviados em embarcações (Ferreira, et al., 2006). Além disso, a obsessão pela demonologia e a inclusão de pessoas mentalmente perturbadas nas torturas e inquéritos das inquisições foi um fenómeno do Renascimento. A Inquisição foi formalmente estabelecida pelo papa Gregório IX em 1233 para combater a heresia organizada, não a bruxaria. Em 1252 foi aprovado o uso da tortura para obter confissões. Mas foi nos séculos XV e XVI que a preocupação pela bruxaria e demonologia foi aumentando gradualmente, deixando de estar presente apenas no pensamento secular e passando também para o religioso. Tal fenómeno surge como uma resposta das estruturas do Estado e da Igreja aos desenvolvimentos da ciência, da economia e da política. Assim, lidavam com a dissidência como, heresia, e a bruxaria, como inspiração do demónio (Kroll, Orangeburg, 1973).

O internamento compulsivo desenvolve-se, na Europa, como política governamental no século XVI, não só para a doença mental, mas também para aqueles que eram considerados indesejáveis pela sociedade. Em 1536 o Parlamento de Paris decidia pelo trabalho forçado de camponeses, indigentes e pedintes. Em 1575 o Governo Inglês usava como castigo as casas de correção e em 1606 um decreto permitia que os pedintes fossem expulsos da cidade e a sua entrada proibida por arqueiros à porta da cidade.

Em 1656, com Luís XIII, verifica-se uma mudança na assistência aos mais necessitados. Este monarca cria o Hospital Geral em Paris para ajudar os pobres, os feridos, os militares e os doentes, mas sem qualquer supervisão pelos tribunais ou entidade governamental. Apesar de tudo foi uma mudança nos cuidados e uma responsabilização do Estado pelos seus cidadãos, embora eles tivessem que trabalhar para isso.

Na segunda metade do século XVII e durante o século XVIII, em Inglaterra, criam-se várias casas de correção que se destinavam a pessoas com doença mental, a pobres, a desempregados, a pessoas com comportamentos sociais desviantes e a doentes físicos. A doença mental era encarada à luz de uma “teoria animalista”, considerando que os doentes não sentiam dor, frio ou castigo severo. Assim, as celas eram semelhantes às dos animais, muitas vezes cheias de pessoas, sem roupa. Era comum, em Inglaterra e França, que as famílias fossem ver, ao domingo, pelas janelas, o comportamento destas pessoas. Na América colonial a situação não era muito diferente e o cuidado dos indigentes ou incompetentes não era considerado responsabilidade do governo. Muitas vezes essas pessoas juntavam-se em bandos e vagueavam de cidade em cidade (Stavis, 1995).

O fenómeno de internamento em massa dos doentes mentais ocorreu, portanto, a partir do século XVII. Nesta altura, os hospitais existentes na Europa prestavam cuidados aos doentes mentais de uma forma bem menos digna do que os da Idade Média (Kroll, Orangeburg, 1973). No que diz respeito aos tratamentos vigentes nesta época, o exorcismo, a fogueira e a prisão dos enfermos, junto com os criminosos, eram formas de tratamento e contenção admitidas pela sociedade (Gauer, 2008).

Na medicina do Renascimento, verifica-se uma atitude de rebelião contra a autoridade tradicional, sendo a Igreja atacada e reformada. A era do Renascimento, com a noção de separação da religião e da ciência, leva a que a doença mental deixe de ser considerada como uma possessão demoníaca e esteja aberta à conceção da psicologia. Nos séculos XVII e XVIII verifica-se o aumento da confiança na razão em detrimento da tradição e da fé (Pichot, Werner, 1994).

2.4. A Idade Contemporânea

A responsabilidade pelos doentes mentais só terá sido aceite pelo governo e pela sociedade em meados do século XVIII, através do cuidado aos doentes nos hospitais gerais. Na Idade Contemporânea, com Pinel, surge um modelo de doença mental. Para ele, o louco, como qualquer doente, necessitava de cuidados, de apoio e de medicamentos (Ferreira, et al., 2006). O trabalho de Pinel no final do século XVIII vai sinalizar a constituição da psiquiatria como uma ciência e como um ramo da medicina.

Surgiram, na Europa, nos séculos XVIII e XIX, ideias revolucionárias e reformistas que procuravam entender o homem nas suas dimensões física, psíquica e social e o humano nas vertentes ética, estética e cultural (Cardoso, 2003). Neste contexto, as pessoas com doença mental passavam a ocupar instalações diferentes das dos outros residentes no asilo. No nosso país, em 1601, aquando da reconstrução do Hospital de Todos os Santos, foram criadas instalações especificamente para os doentes mentais. Em 1766, o hospital do Rossio dispunha de uma enfermaria para os alienados (Ferreira, et al., 2006).

Em Portugal, na primeira metade do século XIX, os relatos acerca das condições de vida dos doentes mentais nos grandes hospitais, como o de S. José, em Lisboa e Santo António, no Porto, denunciavam a falta de higiene e asseio pessoal, a ausência de luz, mobiliário e ventilação nos quartos. Até esta altura, como refere Carlos Mota Cardoso, os enfermos da mente ainda não tinham adquirido o estatuto de doentes (Cardoso, 2003).

Na segunda metade do século XIX, após a guerra civil e as invasões francesas, apesar do grande desenvolvimento de diversos setores da vida pública, no que diz respeito ao campo assistencial, pouco ou nada mudara, mantendo-se um modelo assistencial

caritativo. A partir desta altura, viveu-se uma época decisiva para a psiquiatria, que se desenvolveu ao longo das linhas que governam a patologia geral na medicina (Pichot, Werner, 1994). O primeiro hospital em Portugal, destinado ao tratamento de doentes mentais, está datado de 1848 (Pinho, 2006). Por ordem de D. Maria, é inaugurado em Lisboa, o Manicómio de Rilhafoles que recebia pessoas por ordem das autoridades, por razões de decência, de ordem, de segurança pública e admitia, ainda, aqueles que beneficiavam de adequado tratamento. Mas, ao longo dos anos o hospital foi ficando sobrelotado (Ferreira, et al., 2006) pois, o internamento involuntário era usado para tratamento, mas também por questões de ordem social e moral.

Em 1883, no Porto, por doação do Conde de Ferreira à Santa Casa da Misericórdia do Porto, abre as suas portas o Hospital do Conde de Ferreira. António Maria de Sena, diretor deste hospital, procura elaborar um levantamento estatístico dos doentes da mente em Portugal e dedica-se à criação de um sistema de assistência psiquiátrica. Como nos transmite Carlos Mota Cardoso, Sena era um evolucionista, que aceitava a loucura como resultante do desvio de processos biológicos, nomeadamente de alterações genéticas e considerava formas de loucura congénitas e adquiridas. Nesta altura, nascia na Alemanha, pelo génio de Kraepelin, a ciência psiquiátrica e, em Portugal, Sena reclamava a reforma da assistência psiquiátrica, advogando o fim das más condições nas instituições que prestavam assistência aos doentes. Sena debruça-se sobre a questão medico-forense e apresenta uma profunda preocupação pela justiça. Como refere Carlos Mota Cardoso, “*Floria nos seus sonhos o primeiro esquiço que haveria de conduzir ao desenho final da futura lei de saúde mental, a conhecida Lei Sena.*” O seu projeto de lei visava criar novos hospitais e asilos de alienados. Este era um dos diplomas regulamentares mais progressistas da assistência

psiquiátrica de toda a Europa. No entanto, a Lei Sena nunca foi regulamentada na íntegra, apesar dos seus méritos terem governado o país psiquiátrico até aos anos 60 (Cardoso, 2003).

Por volta de 1950, com o aparecimento dos neurolépticos, a ciência comportamental e a integração dos avanços na bioquímica e na fisiologia do sistema nervoso central, verifica-se uma redefinição do papel dos hospitais e dos asilos, e uma transformação completa da psiquiatria. Com o aparecimento da ideia de comunidade terapêutica e terapia institucional, os movimentos para humanização do hospital emergiram. As equipas psiquiátricas começaram a mudar e a importância do doente aumenta, em detrimento da doença (Pichot, Werner, 1994).

Nos anos sessenta e até ao fim da década de setenta, desenvolveu-se um conjunto de ideias e práticas psiquiátricas, designado antipsiquiatria que surgiu como contestação aos modelos psiquiátricos existentes (Trotto, 1991), com grande repercussão na imagem pública da psiquiatria. Estas questionaram o conceito de doença mental, a prática terapêutica, as relações entre técnicos/doentes e as estruturas de assistência existentes. A antipsiquiatria saiu do terreno da medicina e da psicologia, colocando-se no terreno social e político com consequências que provocaram polémica. As raízes deste movimento, encontram-se na psiquiatria social da Segunda Guerra mundial e na reconstrução do pós-guerra. A antipsiquiatria pretendia promover a autodescoberta pessoal como uma forma de bem-estar sem controlo social. Szasz, psiquiatra americano, desenvolveu um conjunto de ideias que questionaram o conceito de doença mental e a existência da psiquiatria enquanto entidade legítima para a tratar. Partiu da definição clássica de doença, a que corresponde uma lesão física/orgânica demonstrável e interrogou-se se, deve considerar-se que existe

doença, na ausência de uma situação em que não é possível demonstrá-la. Para este autor a psiquiatria servia-se abusivamente de grupos de comportamentos para lhes atribuir um diagnóstico. Segundo o mesmo, a psiquiatria aproximou-se da medicina e do seu modelo quando foi descoberta a etiologia infecciosa para a paralisia geral. A identificação do agente da sífilis comprovou as teses de Meynert de que qualquer doença mental teria uma tradução lesional neuroanatômica. A partir da ideia central – *sem etiologia conhecida não se pode classificar doença* – Szasz considerou a psiquiatria como não legítima do ponto de vista da sua capacidade, enquanto ciência, para diagnosticar entidades nosológicas. No entanto, é importante, como refere Gameiro, marcar o carácter discutível da sua base conceptual, já que atualmente a multicausalidade e a indeterminação etiológica não impedem a nosologia (Gameiro J. , 1992).

Nos anos sessenta, em Inglaterra, um grupo de psiquiatras tentou organizar-se como alternativa à psiquiatria hospitalar. Decidiram ensaiar novas formas de tratamento da doença mental criando estruturas diferentes em pequenos setores das instituições onde trabalhavam. A antipsiquiatria inglesa debruçou-se sobre a esquizofrenia e o papel dos técnicos de saúde mental na sua relação com os doentes. Na definição de doença, Cooper defendia que os sintomas (definidos como comportamentos e experiências) eram vistos num contexto relacional de que a família constituía o universo mais importante. Não havia verdadeiramente uma rutura com o conceito de doença, mas um deslocamento deste conceito do indivíduo para a família e para a sociedade. Para Laing, a psiquiatria, na descrição da doença, colocava-se numa perspetiva individual, ao enumerar toda a sintomatologia, desligando-a dos contextos relacionais em que se encontrava o indivíduo.

A produção teórica destes psiquiatras evidenciou, tal como para Szasz, a necessidade da psiquiatria se munir de diferentes níveis de compreensão da doença mental.

Assim, a antipsiquiatria considerava a intervenção terapêutica como a não intervenção farmacológica. Esta modalidade foi efêmera já que, deixar a doença mental evoluir sem intervir, não só questionava toda a intervenção psiquiátrica, mas também a ética médica. Em Itália, a antipsiquiatria surgiu no fim dos anos sessenta, altura em que se procurava a mudança no tratamento, nomeadamente no que se referia aos hospitais psiquiátricos. Basaglia revelou a sua preocupação pelas condições em que os doentes psiquiátricos estavam nos hospitais. Ele não negou o próprio conceito de doença mental, no entanto só aceitou que o individuo portador de psicopatologia pudesse estabelecer uma relação terapêutica de ajuda, se ela se concretizasse fora do asilo, pois mais importante que a doença era a relação do doente com o sistema terapêutico. Assim, os psiquiatras procuraram modificar os hospitais onde estavam inseridos, diminuindo o número de doentes internados e criando uma rede de atendimento ambulatorio com novas estruturas terapêuticas não asilares. Basaglia, ao contrário dos autores ingleses e de Szasz, não discutiu o conceito de doença mental, aceitou-o, na sua formulação habitual mas preocupou-se com a pessoa que tem a doença. Sem romper com a ligação psiquiatria-biologia, este autor abriu a psiquiatria ao exterior. Responsabilizou a coletividade pela gestão dos doentes mentais e apelou à sua participação na assistência psiquiátrica. Na conceção de Basaglia os clientes que criassem com os técnicos uma relação de igual para igual poderiam ter acesso a uma relação verdadeiramente terapêutica. Também em Jarvis se observa um deslocar da psiquiatria para o terreno social e para a cultura, mas este autor

foi mais longe, como refere Gameiro, quando defendeu que o sistema psiquiátrico não seria transformável se a sociedade não o fosse (Gameiro J. , 1992).

O diploma, que primariamente se debruçou sobre a promoção da saúde mental e regulamentou o Internamento Compulsivo do portador de anomalia psíquica em Portugal, data de 1963 e vigorou no nosso país durante 35 anos (Lei nº 2118, 1963). A lei colocava a tónica na intervenção na comunidade, tendo os centros de saúde mental começado a ser implementados em 1968. As críticas mais importantes a esta lei foram, por um lado, o facto de os doentes crónicos, sem recursos, acabarem por ser admitidos em lares de terceira idade ou para deficientes com piores condições que os antigos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, a proibição de internamentos prolongados levou ao florescimento de hospitais privados a que só tinham acesso as classes mais favorecidas. Além disso, por muito que se desenvolvesse, a rede comunitária, nunca seria capaz de dar resposta aos doentes mais dependentes (Gameiro J. , 1992).

Em 1974 surge a psiquiatria Democrática que se propõe lutar pela criação de alternativas não institucionais, mas vai para além da reforma assistencial ao colocar-se no terreno social. Estabelece a necessidade de ligar a psiquiatria ao cultural e ao político e coloca em interação a psiquiatria com outras ciências, como a Pedagogia e o Direito, pretendendo lutar contra as instituições asilares. A psiquiatria democrática generalizou o debate sobre a assistência psiquiátrica aos meios de comunicação social, na segunda metade da década de setenta, altura em que se assistiam a grandes mudanças no terreno social. Em Itália, a lei 180 previa o fecho de todos os hospitais psiquiátricos e proibia o internamento de novos doentes. Em alternativa foram criados, em cada hospital distrital, pisos para internamento de curta duração destinados a doentes agudos (Gameiro J. , 1992).

Na segunda metade do século XX, emerge novamente a tendência à desinstitucionalização e o devolver o doente à família e à comunidade. No entanto, tal objetivo continua a ser difícil de concretizar, quer por dificuldade de organização dos cuidados na comunidade, quer pelas deficientes redes de apoio na sociedade. No nosso país, em 1992, os cuidados psiquiátricos foram integrados nos hospitais gerais, centrais e distritais e extintos os centros de saúde mental (Alves, Ferreira da Silva, 2004).

Em Portugal ficou legislada, com a revisão da Constituição da República em 1997, no Artigo 27º, a possibilidade de privar alguém da sua liberdade, caso esse alguém seja portador de anomalia psíquica (Gomes Canotilho, Moreira, 2007). Esta modificação permitiu que, em 1998, se criasse a lei de saúde mental que concretiza essa privação da liberdade.

Em 1998, foi aprovada e publicada a nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho). Assim, em Portugal, as medidas compulsivas podem tomar duas formas: o internamento e o tratamento ambulatorio compulsivos. O internamento é possível para aqueles que necessitam tratamento e o recusam, não estando capazes de avaliar essa necessidade ou para proteger terceiros e/ou próprio (Lei de Saúde Mental, 1998).

2.5. Comentário Final

Deste percurso histórico sobressai uma mudança nas formas de encarar, explicar e tratar a doença mental, de acordo com a época e o contexto social, cultural e científico.

A partir de 1950-1960 verificaram-se mudanças nos cuidados de saúde, devido ao movimento de defesa dos direitos humanos. Passou-se da visão paternalista que procurava

tratar aqueles que não eram capazes de cuidar de si próprios, para uma visão baseada nos direitos das pessoas com doença mental. Assim, se verificam mudanças no enquadramento legal do internamento e tratamento involuntário em muitos países europeus (Salize, Drebing, Peitz, 2002).

As mudanças operadas ao longo da História refletem-se em aspetos relacionados com a forma de tratar e abordar a doença mental. Atualmente, os diferentes países têm vindo a regulamentar a prestação de cuidados em saúde mental, nomeadamente no que se refere aos internamentos. São feitas recomendações quanto à duração e condições de internamento, aos critérios que motivam o seu início e o seu fim, bem como à necessidade de usar mecanismos legais que permitam assegurar a proteção dos direitos do doente. Procura-se também permitir à sociedade e familiares ajudar aqueles que se encontram vulneráveis, sem capacidade para avaliar as consequências dos seus atos e da necessidade de tratamento, se esse facto evitar danos ao próprio ou a terceiros ou a deterioração do estado de saúde de forma acentuada, como refere a nossa lei.

De facto, muito foi conseguido em matéria da saúde mental e é indiscutível o progresso feito no cuidado dos doentes. No nosso país foram diminuídas as camas de internamentos prolongados e tentada a integração dos doentes na comunidade, sendo os internamentos realizados para o controlo de sintomas agudos, nos hospitais gerais, em enfermarias que dispõem de condições equivalentes às de qualquer outra especialidade.

No entanto, o cuidado na comunidade do doente mental, hoje em dia, é uma questão complexa. O suporte a nível familiar e social tem de ser complementado com o fornecimento de cuidados especializados por técnicos de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em consequência, embora já não estejam

confinadas ao hospital, as pessoas com doença mental mantêm-se largamente marginalizadas numa sociedade que não tem os recursos para assumir a responsabilidade pelo seu cuidado (Roffe, 1995).

Para além disso, toda a mudança que se pede às famílias e à sociedade que vai no sentido da integração do doente, leva-nos a questionar o facto de não existirem efetivamente condições para que os doentes se possam manter realmente integrados, com o suporte adequado e protegidos na sua vulnerabilidade. Perante uma sociedade orientada para os resultados rápidos, para a valorização do ser humano de acordo com a sua produtividade, o individualismo e o enfraquecimento dos laços familiares e do sentimento de pertença a uma comunidade, quase parece um paradoxo advogar a integração do doente no seio familiar e social.

3. Orientações e Enquadramento Internacional

«No fim de contas existe uma altura, na vida humana, em que somos confrontados com uma alternativa incontornável; é preciso então escolher entre a tristeza de ser e a alegria de viver»

Michel Renaud

Após uma introdução acerca dos aspetos históricos, impõe-se o estudo do internamento compulsivo em pessoas com doença mental sob uma outra perspetiva.

Na área da saúde e em particular na da saúde mental e da psiquiatria, é fundamental estar a par dos padrões da lei e da ética que têm vindo a ser estabelecidos pela comunidade internacional nas últimas décadas. Tal desígnio, em Portugal, encontra-se expresso na Base X da Lei de Bases da Saúde, (aprovada em agosto de 1990 e alterada em 2002). Esta versa as relações internacionais, sendo referido que o Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a Organização Mundial de Saúde, coordena a sua política com as suas grandes orientações e garante o cumprimento dos compromissos assumidos. Como Estado Membro das Comunidades Europeias, a lei de bases da saúde determina ainda que Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas ações que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas, a nível interno, decorrentes de tais decisões (Lei de Bases da Saúde, 1990).

De facto, o estudo da evolução das diferentes recomendações e documentos internacionais na área dos direitos humanos, da bioética, da psiquiatria e das medidas

compulsivas em particular, é fundamental. Necessitamos de conhecer e aplicar as disposições às quais nos encontramos obrigados por compromissos internacionais, mas também compreender os diferentes e complexos fatores envolvidos nas questões éticas, médicas e legais relativas ao cuidado em saúde mental e, em particular, ao internamento e tratamento compulsivo. As declarações, recomendações, tratados e regulamentos internacionais que ao longo dos anos elaboraram uma reflexão que se afigura cada vez mais definida e aprofundada, têm, também, um interesse particular por servirem de base e fundamento às disposições legais aplicadas no nosso país. O conhecimento destes documentos internacionais contribui, ainda, para um melhor entendimento das questões e dificuldades encaradas no quotidiano, mas nem sempre identificadas como problemas concretos. Para além do exposto, é de salientar que, ao estudar a evolução dos documentos e recomendações internacionais e ao compará-los com a nossa lei e prática quotidiana, poder-se-ão identificar áreas que necessitam de mais atenção ou desenvolvimento, processo fundamental para o estabelecimento de propostas e melhoria do cuidado às pessoas com doença mental.

Continuar-se-á, então, numa incursão por alguns documentos internacionais que se consideram importantes nesta reflexão acerca das medidas involuntárias em pessoas com doença mental.

3.1. Declaração Universal dos Direitos Humanos e Convenção Europeia dos Direitos do Homem

Após a 2ª Guerra Mundial, conflito bélico que, como refere Fernandes da Fonseca, incendiou os cinco continentes, estavam reunidas as condições para uma nova etapa, no que concerne à necessidade das nações assegurarem a fraternidade e compreensão do homem para com o seu semelhante (Fernandes Fonseca, 1982).

As atrocidades cometidas em nome do valor social, raça ou religião, sobrepondo-se ao valor intrínseco do ser humano, levaram a que se iniciasse um espírito de cooperação entre as nações e, neste contexto, os líderes mundiais decidiram criar um documento que garantisse os direitos de todo o indivíduo em qualquer parte do mundo.

De acordo com Hermenegildo Ferreira Borges, a Declaração Universal dos Direitos do Homem constitui, no tempo presente, um fundamento ético mínimo comum que preside à relação entre os Estados e entre estes e os seus próprios cidadãos (Ferreira Borges, 1998). Esta declaração, adotada pela Organização das Nações Unidas, constitui um ponto de partida na proteção dos direitos humanos e inspirou um vasto corpo de tratados internacionais, lei internacional e interna sobre o mesmo tema. Continua, portanto, a ser uma referência para todos aqueles que se deparam com situações de desrespeito pelo ser humano e se esforçam por assegurar o gozo universal dos direitos humanos.

Para além do respeito pelos direitos humanos em geral, os tratados internacionais têm vindo, de forma progressiva, a focar-se nos assuntos relativos a grupos sociais vulneráveis que necessitam de especiais medidas de proteção (Gameiro A. , 1983). De

facto, a obrigação de proteger indivíduos e grupos contra o abuso dos direitos humanos requer que os Estados tomem ações positivas.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH), por acordo internacional depois da 2ª Guerra Mundial, foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10.12.1948 e encontra-se organizada em trinta artigos (United Nations, 1948). Tem o objetivo de estreitar a união entre todos os países, através da proteção e desenvolvimento dos direitos humanos e liberdades fundamentais e foi ratificada por Portugal em março de 1978 (Diário da República, 1978).

Após a DUDH surgiram vários acordos sobre direitos humanos. Neste âmbito é de salientar a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH), de dezembro de 1950. Esta convenção é um tratado dos países que pertencem ao Conselho da Europa com a finalidade de assegurar o reconhecimento e aplicação de certo número de direitos enunciados na DUDH, que estabeleceu um nível especial de proteção através da criação do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. A convenção encontra-se dividida em três partes, com cinquenta e nove artigos (I- Direitos e Liberdades; II- Tribunal Europeu Direitos do Homem; III- Disposições Diversas) e protocolos adicionais (Council of Europe, 1950).

Neste documento, podemos distinguir os direitos absolutos, limitados e qualificados. Os direitos absolutos nunca podem ser limitados ou restringidos, portanto um Estado não pode justificar interferência nos mesmos. Neles se incluem o direito à vida, o direito a não ser tratado de forma cruel, desumana ou degradante, a proibição da escravatura e o princípio da legalidade. Para os direitos limitados (liberdade, segurança e processo equitativo) a Convenção Europeia estabelece circunstâncias específicas nas quais

o seu exercício pode ser coartado. Por fim, os direitos qualificados podem ser restringidos em condições mais gerais de modo a proteger os direitos de terceiros, já que estes resultam do balanço entre os direitos do indivíduo e os da comunidade. Nestes, incluem-se o direito à vida privada e familiar, liberdade de pensamento, consciência e religião, liberdade de expressão, de reunião e associação (Rainey, 2012).

Nesta breve distinção dos direitos verifica-se que o direito à liberdade, podendo ser limitado em circunstâncias específicas, vai servir de base à privação de liberdade da pessoa com doença mental, como veremos em análises posteriores.

Em ambos os documentos (DUDH e CEDH) destacam-se o direito à vida e o direito a não ser tratado de forma cruel, desumana ou degradante. No âmbito do cuidado e tratamento da pessoa com doença mental poderemos sinalizar situações de abuso ou negligência, como formas de tratamento que podem colidir com o direito à vida. Tal como este, o direito a não ser tratado de forma cruel, desumana ou degradante é um direito absoluto, já que no seu cerne se encontra a dignidade humana. O termo desumano, a nível dos cuidados de saúde mental, poderá incluir um tratamento que cause dano físico ou mental grave e o termo degradante abrange situações de tratamento humilhante e não dignificante. A consideração do tratamento de forma desumana ou degradante poderá depender da idade, sexo, estado de saúde da pessoa ou da duração do tratamento. Como exemplos poderíamos pensar nas condições de limpeza, nomeadamente a falta de higiene na roupa fornecida ao doente; a prestação de cuidados de higiene sem preocupação pela dignidade ou, ainda, a negligência. Outros exemplos incluem o uso da ameaça ou da força excessiva para contenção física; os pedidos de ajuda ignorados ou o impedimento dos movimentos da pessoa, já que esta tem o direito a não ser encerrada num quarto ou a ter os

seus movimentos restritos de outra forma. De salientar, também, no âmbito da violação deste direito, a situação do uso indevido de medicação de forma contínua por falta de pessoal, ou questões de equipamentos como a falta de ventilação, privacidade ou instalações sanitárias deficientes.

A proibição da escravatura e do trabalho forçado e o direito à liberdade surgem nos dois documentos em análise, bem como o direito à segurança. Estão previstas, em ambos, exceções ao exercício do direito à liberdade, nomeadamente nos casos de condenação pelo tribunal, de doença contagiosa, alienação mental, alcoolismo ou toxicod dependência, de acordo com a lei.

Salvaguarda-se que se alguém for privado da sua liberdade terá direito a ser informado sobre as razões da sua detenção e da acusação formulada, em linguagem que a pessoa compreenda. Terá ainda de se verificar apresentação imediata a um juiz e, a acontecer o julgamento, este deverá ocorrer em prazo razoável ou, se for caso disso, ser restituída a liberdade durante o processo, estando ainda consagrado o direito da pessoa poder recorrer.

No âmbito da saúde mental, o assunto da liberdade é especialmente sensível, nomeadamente nos casos da decisão de tratamento em pessoas sem capacidade para consentir, isto é, naquelas em que a capacidade de entender, de lembrar e de agir de acordo com a sua biografia, bem como a capacidade de tomar e comunicar decisões, estão alteradas, implicando, por isso, limitação na sua autonomia. À luz destes direitos, pode refletir-se acerca de situações particulares como é o caso do internamento involuntário. Como veremos mais adiante, noutros documentos, o tratamento pode ser levado a cabo sem o consentimento se este for considerado o apropriado para a doença que a pessoa

sofre, tendo em conta o melhor interesse do doente e a opção menos invasiva. Assim, o direito à liberdade é um direito limitado, o que se verifica, como já foi referido acima, nas medidas involuntárias em saúde mental ou através do procedimento legal de interdição. No entanto, é de realçar que a pessoa com doença mental goza, em regime voluntário, dos mesmos direitos que qualquer outro doente, sendo que, o direito à liberdade salvaguarda ainda a proibição do tratamento contra a vontade, no caso de adultos com capacidade de decidir, não submetidos a internamento involuntário.

No que respeita aos direitos relacionados com procedimentos legais é de salientar a referência à existência de um processo de detenção, com direito ao acesso à legalidade do procedimento e à informação que levou à detenção.

Em relação ao direito a um processo equitativo, situação prevista nos dois documentos, salvaguarda-se que a avaliação por tribunal independente e imparcial com o poder de rever as decisões para deter uma pessoa, deve ocorrer num prazo razoável. O doente tem de ser informado da natureza da acusação, dispor de tempo e meios para a defesa, ter direito a um defensor/representante gratuito se não tiver posses e a um intérprete se não entender a língua. Caso o tribunal entenda que a pessoa deve ser libertada, tem o hospital de provar que a detenção é justificada. Ainda de acordo com o princípio da legalidade determina-se o direito a não ser punido à margem da lei.

O respeito pela vida privada e familiar, lar e correspondência compreende exceções, como a segurança nacional e pública, o bem-estar económico, a defesa da ordem, a prevenção de infrações penais, a proteção da saúde e moral, bem como a proteção dos direitos e liberdades de terceiros. Assim, o direito ao respeito pela vida privada, familiar, lar e correspondência é, como já foi referido, um direito qualificado e a

interferência ou restrição do mesmo pode ser justificada, de acordo com a lei, de forma necessária e proporcionada, ou seja, apropriada, não excessiva para as circunstâncias e consideradas as soluções alternativas que seriam menos drásticas. O termo vida familiar inclui os laços pessoais com a família ou contactos regulares e o conceito de vida privada relaciona-se com o direito à autonomia pessoal e dignidade humana. Do mesmo modo, o respeito pela vida privada implica que a pessoa possa viver a vida segundo as suas escolhas, estabelecer relacionamentos de acordo com os seus desejos, o que se efetiva através da proteção do acesso à informação pessoal e à manutenção da informação acerca da sua vida, confidencial. No entanto, a pessoa deve ter acesso à informação que está na posse das autoridades públicas, nomeadamente registos médicos e informação acerca do tratamento, sendo apenas aceitável reservar a informação se existir razão para isso, designadamente se essa puder causar dano ao doente ou a terceiros.

Outras formas de efetivação do direito a respeitar a vida privada, nos cuidados de saúde mental, relacionam-se com quem vê e toca no corpo da pessoa doente, com a não existência de enfermarias mistas e com a atenção às diferenças culturais e de linguagem.

Na área dos cuidados à pessoa com doença mental, outro assunto de grande relevância, é a prática de medidas de isolamento, já que a permanência em quarto sob supervisão é uma interferência no respeito pela vida privada. Estas medidas, por isso, só devem ser usadas quando necessário e de forma proporcionada. Ainda no âmbito do respeito pela vida privada, é de equacionar o acesso a tratamento médico e recursos, uma vez que a falta de acesso a tratamento/serviços adequados pode afetar o bem-estar físico e psicológico do doente e portanto a sua vida privada.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos, para além dos direitos acima mencionados, são de referir, ainda, a liberdade de pensamento, de consciência e de religião, liberdade de opinião, expressão, reunião e de associação, o direito ao casamento e a constituir família, o direito ao reconhecimento da sua personalidade jurídica e a recurso efetivo em instância nacional, se existir violação de direitos fundamentais.

Estão também estabelecidos o direito a residência, a asilo noutra país, a nacionalidade, a tomar parte na direção de negócios, direito a segurança social, trabalho, repouso e férias, proteção da maternidade e infância, direito a educação, a participar na vida cultural e científica e em eleições livres.

Com interesse e pertinência no cuidado da pessoa com doença mental surge ainda a proibição de discriminação e a proteção da propriedade, nomeadamente o respeito dos seus bens, estabelecendo que ninguém pode ser privado dessa propriedade a não ser por utilidade pública.

Poderemos finalizar a análise destes dois importantes documentos relativos aos direitos humanos, referindo que, no que respeita ao campo da saúde, a DUDH constituiu, pois, um passo decisivo na dignificação humana. No campo da saúde mental, podemos afirmar que a DUDH e a CEDH permitem proteger as pessoas que vivem com doença mental. Asseguram que estas sejam tratadas com justiça, igualdade, respeito e dignidade; são importantes para decisões e situações do quotidiano; pertencem a todos e obrigam a medidas de proteção da vida do doente.

No artigo 25º da DUDH podemos, de facto, encontrar a referência ao direito de toda a pessoa a um nível de vida suficiente, a fim de assegurar a sua saúde. Este artigo 25º

foi sendo reforçado nas Assembleias Mundiais de Saúde da OMS, sendo que na 23ª foi considerado um direito fundamental do ser humano. Perante todos os direitos enumerados, impõe-se que os Estados tomem medidas ativas no sentido de legislar e regulamentar. Assim, torna-se necessário afirmar a importância, tal como a OMS determina, de estimular os governos a assumir as suas responsabilidades relativamente aos seus povos (Fernandes Fonseca, 1982).

De salientar, ainda, as disposições do artigo 29º da DUDH que nos remetem para assuntos de grande importância no âmbito do internamento involuntário em pessoas com doença mental. Neste determina-se que, no exercício dos direitos e no gozo das liberdades, existem limitações estabelecidas pela lei, com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática, tendo em conta que o indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

O Estado tem, portanto, a missão de prevenir e debelar situações de risco sanitário, se necessário com o sacrifício de direitos dos cidadãos, o que no nosso ordenamento jurídico cabe às autoridades de saúde (Base XIX da Lei de Bases da Saúde) (Gomes, 1999). Neste âmbito, como poderemos mais à frente constatar, verificamos que nos pressupostos da nossa lei de saúde mental para o internamento compulsivo em pessoas com anomalia psíquica grave, encontra-se a referência a situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial.

3.2. Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos

Em dezembro de 1966 foi adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, no qual as partes envolvidas comprometem-se a respeitar os direitos civis e políticos. Trata-se de um documento com raízes e inspiração similares às da DUDH que foi ratificado por Portugal em 1978 e que assume, portanto, o reconhecimento da inerente dignidade e direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana, fundamento da liberdade, justiça e paz no mundo.

As disposições contidas na DUDH e na CEDH, nomeadamente aquelas que determinam que todas as pessoas gozam iguais direitos de liberdade, particularmente liberdade política, religiosa e de expressão, o direito a um julgamento justo, entre outros, estão também incluídas no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP), como se vai agora analisar. De facto, os direitos mais relevantes da Declaração Universal dos Direitos Humanos são desenvolvidos neste documento e é feita uma reflexão aprofundada dos mesmos. Assim, o PIDCP configura-se como um documento de extrema relevância ao reafirmar os direitos civis e políticos das pessoas, o que assume uma relevância ainda maior em situações de vulnerabilidade acrescida, como é o caso das pessoas com doença mental em situação de internamento e tratamento involuntário.

Das partes I, II e III do PIDCP constam vinte e sete artigos. Nesta breve incursão, descrevem-se aqueles que se consideram relevantes para o enriquecimento dos assuntos a tratar. O artigo 1 refere-se ao direito de autodeterminação dos povos que livremente podem escolher o seu estatuto político e levar a cabo o seu desenvolvimento económico, social e cultural.

O artigo 2 refere que todos os indivíduos têm assegurados os direitos, sem distinções de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, sendo ainda de salientar a igualdade de direitos civis e políticos entre homens e mulheres que está consagrada no artigo 3.

Estes artigos remetem-nos para situações vividas na nossa história recente, envolvendo a psiquiatria e o tratamento e internamento involuntários, como as que ocorreram na Rússia. A denúncia do uso da psiquiatria para fins políticos na ex. URSS, feita em 1977, considerava que o país utilizava práticas de sequestro e terapêuticas farmacológicas forçadas por motivos políticos, através da constatação de casos de pessoas que foram consideradas doentes mentais e nas quais não se encontrou fundamento médico para o seu internamento em hospitais psiquiátricos (Ferreró, 1983). Aliás, cerca de uma década depois, no congresso mundial de psiquiatria em 1989, debateu-se a readmissão da associação oficial soviética de psiquiatria, após terem sido reconhecidos por esta, abusos na utilização da psiquiatria para fins repressivos (Acção Médica, 1989). De salientar que tal situação não se circunscrevia apenas aos dissidentes políticos, mas também àqueles que reivindicavam direitos culturais do seu grupo nacional, como era o caso dos ucranianos ou dos lituanos ou, ainda, direitos religiosos como era o caso dos budistas (Chodoff, 2008).

O artigo 4 exclui o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião do âmbito dos direitos que os Estados podem derrogar em tempos de emergência nacional. O artigo 7 afirma a impossibilidade de alguém ser alvo de tortura, tratamento de forma cruel, desumana, degradante ou como castigo, situações já referidas nos dois anteriores documentos (DUDH e CEDH), mas acrescenta que ninguém pode ser submetido a experimentação científica sem o seu consentimento.

A este propósito poderemos relembrar os casos de doentes mentais que sob o regime Nazi foram submetidos a esterilização, de acordo com procedimentos legais, e mais tarde os programas de “eutanasia” em alguns hospitais psiquiátricos (Chodoff, 2008). A relembrar também a introdução, ao longo da história, de novos fármacos em populações vulneráveis, como no caso de doentes mentais em regime de internamento que foram submetidos a tais procedimentos sem consentimento.

No artigo 9, à luz do direito à liberdade e segurança da pessoa, podemos verificar a determinação de que ninguém pode ser privado da sua liberdade a não ser de acordo com procedimento estabelecido na lei. Além disso, voltamos a ver reforçado que, ao ser detida, a pessoa tem de ser informada, em linguagem que entenda, das razões da privação da liberdade; no caso de processo criminal, deve ser apresentada prontamente perante o juiz e ter julgamento num tempo razoável ou ser libertada; a pessoa detida deve ter acesso a procedimentos perante o tribunal, de modo a que este possa decidir, sem atrasos, acerca da legalidade da medida de detenção. Determina ainda, o artigo 10, que todas as pessoas privadas da sua liberdade devem ser tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. O artigo 14 refere-se à igualdade perante os tribunais e ao direito a um julgamento por entidades imparciais e independentes. A imprensa e o público podem estar excluídos de todo ou parte do processo pela moral, ordem pública, por interesse nacional, da vida privada ou quando prejudique interesses da justiça. Salvaguardando-se, ainda, que um processo criminal deve ser público, exceto nos casos da salvaguarda de interesses de menores. A pessoa deve ter tempo e meios para a preparação da sua defesa, comunicar com defensor da sua escolha, ser julgado sem demora presencialmente, poder defender-se através de defensor escolhido, ser informado deste

direito e ter assistência legal disponível, sem pagamento, se não tiver meios para tal. Encontra-se também determinada a igualdade para as testemunhas de defesa e acusação e o direito a um intérprete se não entender a língua. É ainda estabelecido o direito a pedir revisão do processo por um tribunal superior e se, após condenação, surgirem dados relevantes que demonstrem erro da sentença, a pessoa tem direito a ser compensada.

Todas estas salvaguardas que atualmente nos podem parecer óbvias têm, como já foi referido anteriormente, razão de existir. Ainda no âmbito do que foi abordado acerca dos abusos verificados na ex URSS, assistiram-se a situações em que, após avaliação psiquiátrica, as pessoas eram consideradas doentes, julgadas de forma a que, nem família, nem amigos tivessem acesso a todo o processo, sem qualquer possibilidade de defesa (Chodoff, 2008). Assim, o reforço da necessidade de respeitar o estipulado nesta Convenção é de extrema importância pois permite e reforça a proteção dos direitos das pessoas com doença mental submetidas a internamento e tratamento involuntário. Através da análise destes artigos podemos também perceber o porquê de, no nosso enquadramento legal, como veremos mais à frente, o processo de internamento compulsivo estar no âmbito do juízo criminal e verificar que todas estas determinações estão focadas na Lei de Saúde Mental portuguesa.

O artigo 16 estabelece que todos devem ter o direito a ser reconhecidos como pessoa perante a lei e o artigo 17 reconhece que ninguém deve ser sujeito de forma arbitrária ou à margem da lei a interferência na sua privacidade, família, lar, correspondência, ataques à honra ou reputação, situações que também já estavam previstas nos documentos anteriormente analisados.

O artigo 18 estipula que todos devem ter liberdade de religião, pensamento e consciência, sendo que a liberdade de os manifestar só pode ser limitada pela lei e para proteger a segurança pública, ordem, saúde, moral, direitos e liberdades fundamentais de terceiros. O disposto no artigo 19 consagra que todos devem ter direito a exprimir opiniões e liberdade de procurar e difundir a informação sob forma oral, escrita, arte ou qualquer outro meio. Neste âmbito, apenas podem existir restrições nos casos de respeito pela reputação e direitos de terceiros, ordem pública, saúde pública ou moral. No âmbito dos direitos do cidadão, o artigo 25 refere que este deve tomar parte em assuntos públicos diretamente ou através do voto, votar e ser eleito e ter acesso aos serviços públicos no seu país. O artigo 26 estabelece que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito a igual proteção, sem discriminação, devendo a lei garantir igual e efetiva proteção. É reforçado, no artigo 27, que nos países em que existam minorias estas não devem ver negado o direito a gozar a sua cultura, religião e língua (United Nations, 1966).

Nesta análise dos artigos do Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos constata-se a importância conferida ao exercício dos direitos cívicos, abordados e explanados para além do que estava disposto na DUDH e na CEDH, o que vem relembrar e reforçar a necessidade do seu respeito. Tais desígnios, a preservar mesmo em casos de internamento ou tratamento involuntário situações em que as pessoas podem ver os seus movimentos restringidos e as suas liberdades e direitos enquanto cidadãos coartadas, assumem uma relevância incontestável. Considera-se, portanto, que o conhecimento destes padrões estabelecidos pela comunidade internacional, aplicáveis à área geral do cuidado de saúde mental e psiquiatria, vêm enquadrar e contextualizar as normas atuais vigentes e clarificar pontos de partida, bem como fundamentos das mesmas.

3.3. Declaração de Hawaii

De acordo com o que foi apresentado, na discussão da DUDH, CEDH e no PIDCP, verificaram-se, ao longo da história recente da psiquiatria, várias situações de desrespeito pelos direitos humanos. No seio da comunidade psiquiátrica internacional surgiram vários relatórios, nos anos 70, relativos ao abuso político da psiquiatria. Estes lançaram um repto aos profissionais que se depararam com a necessidade de estabelecer códigos de ética, com o objetivo de eliminar interferências políticas ou outras, na prática clínica. O primeiro grande resultado foi a Declaração de Hawaii elaborada pela Assembleia Geral da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) em julho de 1977 e atualizada em Viena, em julho de 1983.

Este foi o primeiro acordo geral da comunidade psiquiátrica acerca dos padrões éticos mínimos e resultou do consenso de que conflitos éticos podem existir entre o médico, o doente e a sociedade, pelo que são necessárias linhas orientadoras escritas nesta matéria para clarificar as implicações éticas da profissão (Kingdon, Jones, Lonnqvist, 2004).

Esta declaração começa por referir que o objetivo da psiquiatria é tratar a doença e promover a saúde mental, tendo em conta o bem comum e a justa distribuição de recursos sanitários. Para tal, é necessário investigação e educação permanente dos profissionais, doentes e público em geral. Por seu turno, o psiquiatra oferecerá o melhor tratamento disponível e com a atenção e respeito devidos à dignidade de cada ser humano. Salvaguarda-se ainda que, se o tratamento for fornecido por terceiros, estes têm de ter

ensino e supervisão adequados e quando for necessário ou o doente expresse tal pedido, o psiquiatra deve pedir colaboração de outro colega.

De acordo com o preâmbulo desta declaração é opinião da APM que, devido às expectativas de médicos e doentes na sociedade contemporânea e à natureza delicada da relação médico-doente, são especialmente importantes altos padrões éticos na ciência e prática da psiquiatria enquanto especialidade médica. Neste documento é referido que estas linhas orientadoras foram delineadas no sentido de prevenir o mau uso dos conceitos psiquiátricos, conhecimento e tecnologia. O psiquiatra não deverá utilizar as ferramentas da sua profissão, logo que a ausência de doença psiquiátrica tenha sido estabelecida ou, ainda, se o doente ou uma terceira parte demanda ações contrárias ao conhecimento científico ou princípios éticos, casos em que o médico terá de se recusar a cooperar.

Esta declaração enfatiza, ainda, que o estabelecimento da relação terapêutica deve ser baseado no acordo mútuo, confiança, confidencialidade, cooperação e respeito recíproco. De seguida, refere-se a situações com particular interesse no âmbito das medidas involuntárias, nomeadamente ao facto de que, quando não for possível a relação com os doentes, deve estabelecer-se contacto com familiares ou pessoas indicadas e, caso a relação não seja terapêutica como acontece na psiquiatria forense, tal deve ser explicado às pessoas envolvidas. Em qualquer situação o médico psiquiatra tem o dever de informar acerca da natureza da doença, diagnóstico, terapêuticas disponíveis e alternativas, bem como do prognóstico. O psiquiatra tem, ainda, o dever de não levar a cabo procedimentos nem administrar tratamentos contra vontade do paciente, a menos que, devido à sua doença mental, este não possa formar um juízo sobre o que é melhor para realizar os seus interesses pessoais e a ausência desse tratamento possa dar lugar a prejuízos ou ameaças

importantes para o paciente ou para outras pessoas, situações em que se aplicará o internamento e tratamento involuntário. Porém, quando as condições para tratamento involuntário deixarem de existir, será suspensa a sua obrigatoriedade; caso seja necessário continuar tratamento, deverá, então, existir consentimento informado. O psiquiatra deve informar o paciente e/ou familiares ou responsáveis da existência dos recursos para apelo nos casos de internamento involuntário e para qualquer outra demanda relacionada com o seu bem-estar. A declaração determina, ainda, que o psiquiatra não deve usar recursos profissionais para violar a dignidade ou os direitos humanos do doente, nem permitir que sentimentos ou crenças interfiram no tratamento.

No que se refere aos dados clínicos, a declaração de Hawaii, reforça que a informação é confidencial, a menos que o paciente liberte o psiquiatra do segredo profissional ou que a sua divulgação sirva para prevenir um dano sério ao próprio paciente ou a terceiros. Nestes casos, o paciente deve ser informado que se transgrediu a confidencialidade.

Relativamente aos casos da formação médica e trabalhos científicos, é necessário obter o consentimento informado antes de apresentar o paciente numa sala de aula, ou quando a sua história clínica for objeto de uma publicação científica. Nestes casos devem tomar-se todas as medidas para preservar a dignidade e o anonimato do indivíduo.

A declaração de Hawaii pronuncia-se, também, acerca da participação na investigação científica. É referido que a participação em projeto de investigação deve ser voluntária, depois de receber informação completa sobre os objetivos, procedimentos, riscos e inconvenientes, assegurando a conservação e o exercício de todos os seus direitos

como paciente. Quando se tratar de crianças ou pacientes que não possam manifestar, eles próprios, o consentimento informado, este deve ser obtido pelo seu responsável legal.

Salienta-se que cada paciente é livre para abandonar um projeto de investigação em qualquer momento e que o psiquiatra deve suspender programa de tratamento, de ensino ou de investigação que, ao longo do seu desenvolvimento, estiver em desacordo com os princípios desta declaração (World Psychiatric Association, 1977).

De acordo com o exposto, verifica-se que muitas das salvaguardas dos documentos anteriormente referidos são, nesta declaração, expostos como linhas orientadoras gerais que alertam os psiquiatras para os problemas éticos e morais da sua profissão. As normas de atuação nela contidas, quer no campo da saúde mental em geral, quer em casos concretos terão extrema importância em documentos posteriores, nomeadamente na redação da lei nacional portuguesa.

Clarence Blomquist, responsável pela redação inicial da que viria a ser a declaração de Hawaii, refere que tal documento resultou da preocupação pela autonomia do doente e pelo direito a participar nas decisões relativas à sua vida e saúde, mas procurando evitar um sistema legalístico rígido, dando lugar à necessidade humana legítima da confiança e do cuidado (World Psychiatric Association, 1978). Tal como refere Fernandes da Fonseca, é de apoiar com vigor a declaração e o código moral de Hawai, no que respeita à formação e padronização da nossa consciência profissional, para salvaguarda dos direitos humanos do doente mental (Fernandes Fonseca, 1982).

3.4. Recomendação sobre Proteção Legal de Pessoas com Doença Mental Internadas Involuntariamente: Rec(83)2

O Conselho da Europa (CE), fundado em Londres em 1949, fornece uma base de trabalho no que se refere a um regime de garantias ao sujeito de direitos humanos em geral e com respeito à proteção destes direitos, especificamente, no âmbito do cuidado das pessoas com doença mental. Através de recomendações, a Assembleia Consultiva daquela organização, fornece as suas conclusões ao Comité de Ministros que, por sua vez, as endereça aos governos dos estados membros (Valenti, Barrios Flores, 2010).

O Comité de Ministros do CE adotou a recomendação Rec(83)2, de caráter geral, em 1983, na qual formulou regras para o internamento involuntário, solicitando aos Estados Membros que adaptassem as suas leis de acordo com a mesma ou que a tivessem em conta na formulação de novas leis.

Esta recomendação organiza-se, então, em 11 artigos e inicia-se com a apresentação do internamento involuntário em pessoas com perturbação mental, definindo-o como a admissão e detenção para tratamento de uma pessoa com doença mental num hospital ou outro estabelecimento apropriado, sem que tenha havido solicitação do mesmo pelo doente. O artigo 2º determina que a decisão de internar e o diagnóstico devem estar de acordo com a ciência médica e a dificuldade de adaptação a normas sociais, morais ou políticas isoladamente não constitui doença.

O artigo 3º, de forma específica, acerca das medidas involuntárias refere que, na ausência de outro meio para fornecer o tratamento apropriado, um doente pode ser internado, em razão da sua doença, se representar um sério dano para si ou terceiros.

A Rec(83)2 estabelece ainda que os Estados podem providenciar internamento, caso a sua ausência leve a deterioração da doença ou impeça que o tratamento apropriado seja fornecido. A decisão de internamento, segundo o artigo 4º, deve ser tomada por uma autoridade judicial ou outra, determinada por lei. Em situação de emergência o doente pode ser internado por decisão médica que informa a autoridade de modo a que esta tome a decisão. Assim, a decisão de internamento involuntário pela autoridade judicial deve ser tomada de acordo com conselho médico e através de processo simples e rápido. Após a admissão, o doente deve ser informado, imediatamente, dos seus direitos, nomeadamente do de poder solicitar assistência de um conselheiro ou outra pessoa e de ter o direito de contestar a decisão junto do tribunal que, mais uma vez se refere, deve decidir de forma simples e rápida. A pessoa que assiste o doente na decisão de apelo deve ser designada por uma autoridade, sem prejuízo de contestação de qualquer outra pessoa interessada. Para além disso, o doente deve ser informado dos seus direitos e ter a oportunidade de ser ouvido pessoalmente por um juiz, exceto se, em virtude do seu estado de saúde, o juiz decida ouvi-lo através do seu representante.

Esta recomendação salvaguarda, ainda, no seu artigo 5º que o doente em tratamento involuntário tem o direito às mesmas condições éticas, científicas e ambientais que os outros doentes, bem como o direito a tratamento e cuidados apropriados.

No que respeita a tratamentos, é referido que um método terapêutico ainda não reconhecido pela ciência médica, com risco de lesão permanente ou que altere a personalidade do doente, pode ser dado apenas se o médico o considerar indispensável e o doente der consentimento expresso. Se o doente não estiver capaz de consentir, o caso deve

ser remetido para uma autoridade independente prescrita por lei que, por sua vez, deve consultar o seu representante legal, caso exista.

Relativamente aos ensaios clínicos com propósito terapêutico psiquiátrico, em pessoas com doença mental, este documento remete para as disposições legais e afirma que os ensaios sem propósito terapêutico psiquiátrico, em doentes internados involuntariamente, devem ser proibidos.

No artigo 6º, ressalvam-se direitos já observados na DUDH e CEDH, nomeadamente o direito a comunicar com a autoridade e um advogado, bem como a enviar e receber correspondência, chamando a atenção para que estes direitos não devem ser restringidos nos doentes internados involuntariamente. Para além disso, o doente não deve ser transferido a não ser no seu interesse terapêutico e os seus desejos devem ser tidos em conta, tal como referido no artigo 7º. Ainda em relação ao internamento, o artigo 8º determina que este deve ser por um período limitado de tempo ou, pelo menos, a decisão da necessidade da sua manutenção deve ser revista em intervalos regulares. O doente pode também requerer que a necessidade de internamento seja considerada pela autoridade judicial em intervalos razoáveis. Finalmente, o internamento compulsivo pode ser terminado pela decisão de um médico ou autoridade competente e o tratamento pode continuar de forma voluntária.

No artigo 9º, é referido que o internamento não constitui razão para a restrição da capacidade legal do doente. Contudo, a autoridade que decide o internamento deve acautelar que procedimentos adequados sejam implementados para proteger os interesses económicos do doente.

Os dois últimos artigos ressalvam que a dignidade do doente deve ser respeitada e assegurada a proteção a saúde, alertando para que as regras contidas nesta Recomendação não limitam a possibilidade de um Estado Membro adotar medidas que assegurem uma mais ampla proteção das pessoas, sujeitas a internamento involuntário (Council of Europe, 1983).

Da análise deste documento pode concluir-se que, no âmbito da proteção das pessoas com doença mental, todos os seus artigos vão mais além dos referidos nos anteriores documentos e são de extrema relevância e atualidade. Podemos inclusivamente constatar que, uns anos mais tarde, muitos destes artigos foram adotados pela Associação Mundial de Psiquiatria, quando o Comité Executivo da AMP levou a aprovação, na Assembleia Geral do VIII Congresso Mundial de Psiquiatria de Atenas, em outubro de 1989, uma carta de direitos dos doentes mentais que se assume como uma extensão e complemento à Declaração de Hawaii. Assim se adotou mais uma importante resolução, que já foi referida no artigo 2º da Rec(83)2, a de que o diagnóstico de uma doença mental deve ser determinado de acordo com os padrões médicos internacionalmente aceites e que, a dificuldade de adaptação a valores sociais, morais, políticos ou outros, por si só não deve ser considerada doença mental. Além disso, a resolução de Atenas afirmou um número de proteções adicionais para os direitos dos doentes mentais, relativamente às medidas compulsivas, afirmando que a intervenção involuntária infringe os direitos humanos e liberdades fundamentais do doente, razão pela qual são necessárias salvaguardas e critérios definidos na sua aplicação.

Assim, de acordo com o que já foi apresentado na Rec(83)2, tais intervenções apenas podem ocorrer se a pessoa sofre de uma doença grave e se a situação cria risco para o próprio ou terceiros, de acordo com o princípio de restrição mínima, afirmando que tais situações devem ser determinadas na lei nacional. É referido ainda que, de acordo com a lei nacional, deve ser estipulado quem pode requerer o internamento compulsivo e quem o pode determinar, bem como que a decisão final de admitir ou deter um doente numa instituição deve ser tomada, apenas, por um tribunal ou entidade competente; determina-se, também, que os doentes privados da sua liberdade devem ter o direito a ser ouvidos, a recurso, a revisões regulares da medida involuntária e a um conselheiro ou defensor qualificado para proteger os seus interesses. Salvaguarda também, este documento que, nas circunstâncias de internamento involuntário, os ensaios clínicos e tratamentos experimentais não são permitidos (World Psychiatric Association, 1989).

Da análise, em conjunto, do PIDCP, Declaração de Hawaii e Rec(83)2 podemos verificar que partindo de uma base comum que inclui a dignidade humana e os direitos e liberdades fundamentais, se continua um percurso que vem de normas de âmbito geral, como as da DUDH e CEDH para recomendações cada vez mais específicas no âmbito dos cuidados em saúde mental. É desta procura em manter um cuidado que respeite o doente na sua humanidade que têm surgido desenvolvimentos notáveis no cuidado e tratamento das pessoas com perturbação mental, como continuaremos a ver, mais à frente, nesta incursão pelos documentos internacionais. Poderemos, neste percurso, constatar mudanças significativas relativamente ao cuidado das pessoas fora do ambiente hospitalar e ao uso de certas formas de tratamento para a perturbação mental.

3.5. Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e a Melhoria dos Cuidados em Saúde Mental: *MI Principles*

No início dos anos 80, em resposta ao aumento da preocupação internacional relativa aos abusos políticos em psiquiatria, as Nações Unidas levaram a cabo uma investigação, na área dos cuidados de saúde mental, em todo o mundo. Esta focou-se nas regras, procedimentos e práticas seguidas por vários países na área da saúde mental e, particularmente, nos casos de internamento e tratamento compulsivos.

Em 1983, a Dr^a Erica-Irene Daes, relatora da sub-comissão de prevenção da discriminação e proteção de minorias, apresentou os resultados desta investigação num relatório às Nações Unidas. Figurava, nas suas conclusões, que a psiquiatria, em alguns Estados da comunidade internacional, era frequentemente utilizada para subverter as garantias legais e políticas dos indivíduos e para violar, gravemente, os seus direitos como seres humanos. Este relatório referia que, em alguns Estados, a hospitalização psiquiátrica involuntária era usada em indivíduos que não apoiavam o regime político vigente. Com base nestes dados, a Dr^a Daes, nas suas recomendações à Comissão dos Direitos Humanos da ONU, referiu ser urgente que todos os Estados Membros tomassem medidas para a proteção dos direitos humanos e legais dos doentes e proibissem os abusos psiquiátricos e psicológicos, em particular por razões não médicas. Nas suas conclusões, foram referidos vários pontos a observar, relativos aos cuidados em saúde mental, nomeadamente a nível comunitário e social, à alocação de recursos, ao respeito pela legalidade, ao direito à recusa a tratamento, à informação, à confidencialidade e à proteção contra a discriminação, entre outros (Daes, 1986).

Depois de muitos anos de discussão e trabalho, esta iniciativa originou, em dezembro de 1991, a adoção de um documento com o título “Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental”. Trata-se da resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1991, designada *MI Principles*. Esta resolução determina como devem ser tratadas as pessoas admitidas numa instalação de saúde mental, procurando maximizar a sua autonomia e liberdade de escolha. Os seus princípios visam proteger os direitos humanos das pessoas com doença mental, salvaguardando que, por não estarem referidos neste documento, não é permitida a restrição de outros direitos consagrados na lei doméstica ou internacional.

São 25 os princípios que cobrem áreas tão importantes como, a definição da doença mental, a proteção da confidencialidade, o consentimento e os padrões de cuidado e tratamento, incluindo o involuntário. Estabelecem-se, ainda, os direitos das pessoas com doença mental em estabelecimentos de saúde, a proteção de menores, os assuntos relacionados com os recursos para estruturas prestadoras de cuidados em saúde mental, o papel da comunidade e cultura. Contempla, também, os mecanismos de revisão, para a proteção dos direitos de pessoas acusadas por ofensas criminais com doença mental e as salvaguardas para a proteção dos direitos da pessoa doente, nomeadamente a nível do direito a viver e trabalhar na comunidade, a ser tratado no local onde vive, a ter cuidado social apropriado e a conhecer e entender os seus direitos.

Especificamente, o princípio 1, refere-se aos direitos básicos e liberdades fundamentais, nomeadamente ao direito aos cuidados de saúde e a fazer parte do sistema de saúde e social. Este princípio refere, também, o direito a ser cuidado com humanidade e com respeito pela dignidade da pessoa humana, bem como, o direito à proteção contra

todas as formas de exploração, abuso e tratamento degradante. Diz, ainda, que não deve existir discriminação, com base na doença mental, sendo necessário proteger os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais do indivíduo. A questão dos direitos humanos, civis e políticos, já se encontrava definida noutros documentos, como pudemos constatar anteriormente; no entanto, nos *MI Principles* encontramos a sua aplicação, especificamente, às pessoas com doença mental. Este princípio aborda os casos de pessoas sem capacidade para decidir que necessitem de representante pessoal, referindo que este deve ser nomeado após ser ouvido por um tribunal independente; caso a pessoa precise terá, ainda, direito a um defensor legal, se necessário gratuito, sendo as decisões acerca da necessidade de defensor alvo de revisões periódicas definidas por lei; como também já vimos estar determinado no PIDCP, a propósito da privação da liberdade, no âmbito de processos criminais. A pessoa e seu representante ou qualquer outro interessado devem, ainda, ter direito a pedir revisão do processo e, se o tribunal constatar que a pessoa com doença mental não é capaz de cuidar dos seus interesses, serem tomadas medidas para assegurar essa proteção. Mais à frente, o princípio 3 determina, no âmbito dos direitos civis, o direito a viver e a trabalhar na comunidade.

Um outro assunto, de grande relevância na área da psiquiatria, é o da determinação de doença mental, o que neste documento é, ainda, mais desenvolvido do que em anteriores. A este propósito, o princípio 4, estabelece, tal como já estava determinado na Rec(83)2 e na carta de direitos dos doentes mentais da APM (1989), que o diagnóstico tem de ser feito de acordo com padrões médicos internacionalmente aceites e nunca pode estar relacionado com motivos políticos, sociais, económicos, culturais, raciais, religiosos, conflitos familiares ou laborais, bem como, com a não conformidade com valores ou

crenças prevalentes numa comunidade. Este princípio salvaguarda, ainda, que a história de tratamento ou hospitalização no passado, não é suficiente para a determinação presente ou futura de doença mental. Refere, também, que nenhuma pessoa ou autoridade pode classificar outra, como tendo ou indicando-a como sendo portadora de doença mental, exceto para situações diretamente relacionadas com esse facto, ou suas consequências. Neste contexto, o princípio 5, referente ao exame médico, determina que ninguém pode ser obrigado a fazer um exame, no sentido de determinar a existência de doença mental, a não ser de acordo com a lei, como acontece nos casos de avaliação, com vista a internamento involuntário.

No princípio 6, reforça-se o direito à confidencialidade da informação, já anteriormente referido na declaração de Hawaii. Por seu turno, o princípio 7 vem afirmar o papel relevante da comunidade e cultura, com o direito a tratamento e cuidado na comunidade em que o doente vive. Este princípio salvaguarda que, caso o tratamento seja em internamento, este deva ocorrer o mais próximo de casa, dos familiares ou amigos, e pelo período mais curto possível; podemos, assim, verificar a necessidade de assegurar os direitos do doente a viver na sua comunidade, tal como a Dr^a Daes tinha alertado no seu relatório à ONU.

Os direitos dos doentes com patologia psiquiátrica são reforçados no princípio 8. Neste, estabelecem-se os padrões de cuidado, designadamente, a existência dos mesmos direitos a nível médico e social que os fornecidos às outras doenças e a proteção do dano. Alerta para a proibição de medicações injustificadas, de abusos por parte de outros doentes ou pessoal e, ainda, de atos que causem desconforto físico ou mental.

Este documento defende, no princípio 9, o tratamento no meio menos restritivo, menos intrusivo, apropriado à saúde do doente e à necessidade de proteger a integridade física de terceiros. Define a necessidade de estabelecer um plano individual de tratamento, discutido com o doente e revisto regularmente, com o objetivo de preservar e melhorar a autonomia pessoal.

No que se refere à medicação a instituir, o princípio 10 alerta que esta nunca pode ser administrada como punição ou para conveniência de terceiros. Além disso, a administração da medicação será sempre assegurada por pessoal de saúde autorizado e com registo no ficheiro clínico do doente. Estes dois últimos princípios vêm enriquecer as regras de boa prática, no que se refere aos cuidados de internamento em saúde mental e, como é óbvio, de forma muito premente, no caso dos doentes internados involuntariamente.

Surge, agora, a questão do consentimento, já referida anteriormente noutros documentos. No entanto, nos *MI Principles*, estas questões são apresentadas de uma forma mais explícita, nomeadamente em relação aos elementos fundamentais, para que o consentimento seja verdadeiramente informado. O princípio 11 determina que nenhum tratamento deve ser dado ao doente, sem o seu consentimento e que este é obtido livremente, sem ameaças ou induções, depois de prestada a informação, de forma apropriada, e com linguagem que o doente entenda. Este deve receber informação acerca da avaliação, diagnóstico, objetivo, método, duração e benefício esperado do tratamento proposto. De salientar, ainda, a necessidade de informar acerca das alternativas de tratamento, nomeadamente, as menos intrusivas, o possível desconforto e dor a elas associados; bem como os riscos e efeitos laterais do tratamento proposto. Este princípio

prevê, ainda, que o doente possa requerer a presença de outras pessoas, durante o processo de consentimento, e que este goze do direito a recusar ou parar o tratamento, sendo necessário, nesse caso, o clínico explicar as consequências de tal cenário. São estabelecidas, no entanto, exceções; estas incluem a existência de um plano de tratamento, estipulado sem o consentimento informado, se o doente está em regime involuntário, uma autoridade determina que este não tem capacidade para fornecer o consentimento para o plano terapêutico proposto, ou se a lei interna prevê o tratamento, tendo em conta a proteção da segurança do doente ou de terceiros. O tratamento também pode ser fornecido sem consentimento, se um profissional qualificado determina que esse é urgente, de forma a prevenir dano iminente ao doente ou terceiros. De salientar, no entanto, que tal situação não pode ser prolongada, para além do tempo estritamente necessário. Este documento também refere que, se o tratamento é involuntário, devem ser feitos todos os esforços para informar o doente acerca do tratamento, das alternativas existentes e assegurar o seu envolvimento, tanto quanto for possível, no plano de cuidados. Determina, ainda, que qualquer tratamento tem de ser registado, com a indicação de ser ou não voluntário.

Uma outra determinação importante, com relevância para o tratamento involuntário, refere-se ao isolamento ou contenção física. É referido que tais medidas só poderão ser empregues, de acordo com procedimentos aprovados, e apenas quando sejam a única forma de prevenir dano iminente ao doente ou a terceiros, não devendo ser prolongadas para além do estritamente necessário. Em todos os casos, as razões, a natureza e extensão das medidas têm de ser registadas no processo clínico. O doente tem direito a ser tratado com humanidade, com cuidado e supervisão regular de pessoal qualificado. Se existir representante do doente, este deve ser informado das medidas adotadas. Estes

assuntos, de extrema sensibilidade estão regulamentados, no nosso país, através da orientação nº 021/2011 da Direção Geral da Saúde, designada: Prevenção de comportamento de doentes que poem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

Ainda no âmbito do tratamento são estabelecidas regras para determinadas intervenções médicas e cirúrgicas. Assim, é estipulado que um procedimento pode ser levado a cabo, numa pessoa com doença mental, apenas se for permitido pela lei interna, se servir os melhores interesses do doente e quando este dá o consentimento informado. Se o doente não estiver capaz de dar consentimento, o procedimento pode ser autorizado, após revisão, por entidade independente. No caso da psicocirurgia e de outros tratamentos invasivos e irreversíveis, este documento determina que estes não devem ser levados a cabo em doentes submetidos a medidas involuntárias. Salvaguarda-se que a lei interna pode permitir a sua realização, caso o doente tenha dado consentimento informado, se uma entidade externa independente confirmar que o consentimento é genuíno e que o tratamento serve os melhores interesses do doente. De salientar que o desenvolvimento deste tema e as orientações contidas neste documento estão, como veremos mais à frente, contidas na nossa lei de saúde mental.

No que diz respeito a ensaios clínicos e tratamentos experimentais, estipula-se que estes não devem ser levados a cabo sem consentimento, tal como já havia sido definido na Declaração de Hawaii. Surge, no entanto, uma exceção, isto é, se houver aprovação de uma entidade independente, especialmente designada para esse fim.

Finalizando as questões relacionadas com o tratamento, este documento estipula que o doente e seu representante ou pessoa interessada devem ter o direito a reclamar,

junto de autoridade independente ou judicial, relativamente a qualquer tratamento administrado.

O princípio 12 determina a notícia de direitos referindo que, logo que possível, após a admissão, devem ser explicados ao doente os seus direitos e a forma de os exercer. Esta informação deve ser prestada em linguagem que o doente entenda, o que já tinha sido referido anteriormente no âmbito do PIDCP. No entanto, neste documento, realça-se que, enquanto o doente não for capaz de receber a informação, esta deve ser comunicada ao seu representante legal ou a pessoas capazes, o que, como é compreensível, ocorre com frequência nos casos de anomalia psíquica grave e, portanto, nos casos de internamento involuntário.

Os direitos dos doentes, nas unidades de saúde mental, são salvaguardados, no princípio 13. São especificadas situações tão importantes como o reconhecimento do doente enquanto pessoa, o direito à privacidade, à liberdade de comunicar, de enviar e receber correspondência, de receber visitas e o seu representante pessoal, bem como o acesso aos meios de informação e comunicação como a televisão, jornal e telefone. Determina, também, a liberdade de religião ou credo e reforça a importância das condições das instalações serem o mais próximo possível da vida das pessoas, com doentes de grupos etários semelhantes, devendo incluir atividades de lazer, educacionais, medidas de reabilitação e integração na comunidade. É ainda referido que, caso desenvolva algum tipo de trabalho na instalação, o doente tem o direito a ser remunerado.

Os direitos enumerados nos princípios referidos, revestem-se de grande relevância, estão de acordo com os documentos anteriormente apresentados e vão de encontro às necessidades de regulamentação recomendadas pela Dr^a Daes, no seu relatório.

As determinações deste documento incluem, ainda, outras salvaguardas aos direitos dos doentes, nomeadamente, os aspetos relacionados com as condições físicas e o pessoal técnico. No princípio 14, sobre os recursos para as instalações de saúde mental, são apresentados os requisitos relativos ao pessoal que tem de ser qualificado e ao espaço que tem de ser adequado, com privacidade, capaz de fornecer os cuidados e equipamento necessários. Este princípio acrescenta a referência à necessidade de inspeções periódicas às instalações de saúde mental, por autoridades competentes, o que também se encontra na redação da nossa lei de saúde mental.

A partir do princípio 15, surgem as determinações relativas ao internamento tendo como premissa que se deve evitar o internamento compulsivo e o acesso aos serviços deve ser igual ao de outras doenças. O princípio 16, diz respeito ao internamento involuntário e determina que uma pessoa pode ser admitida involuntariamente se, e apenas se, um médico qualificado, autorizado por lei, determine que a pessoa tem uma doença mental, tal como o estipulado na redação da Rec(83)2. São considerados para internamento compulsivo os casos em que, devido à doença mental, exista uma séria probabilidade de dano iminente ou imediato para o doente ou terceiros. O internamento involuntário poderá, ainda, ocorrer nos casos de doença mental grave, em que a crítica está alterada e o não tratar possa levar a grave deterioração da sua condição ou, a ausência de internamento impeça que seja dado o tratamento apropriado, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva. Neste caso, estabelece-se, ainda, uma salvaguarda adicional, com a necessidade de parecer de um segundo profissional, independente do primeiro. Este princípio estabelece, também, que o internamento involuntário deve ocorrer por um curto período, determinado por lei, para observação e tratamento preliminar, pelo que devem existir meios de revisão, para avaliar a

necessidade de manter o referido regime de internamento. Determina, ainda, que as razões da admissão devem ser comunicadas prontamente ao doente e ao representante pessoal e, se não existir objeção por parte do doente, aos seus familiares.

Uma outra novidade deste documento, em relação às medidas involuntárias, é a determinação de que uma instituição apenas poderá ter doentes em regime de internamento involuntário, se estiver designada para tal por uma autoridade competente, de acordo com a lei interna.

No princípio 17, é determinada a necessidade de uma instância de revisão (judicial ou outra), independente e imparcial, determinada por lei. Esta deve ter a assistência de um ou mais clínicos de saúde mental qualificados, ser rápida e expedita e realizar revisões em intervalos regulares. Este princípio prevê, ainda, que possa ser o doente a requerer a revisão da decisão. Caso o médico psiquiatra responsável entenda que as condições de internamento involuntário já não estão satisfeitas, pode ordenar a alta do doente. O doente deve ter, também, o direito de apelo a um tribunal superior, acerca da decisão do internamento ou da sua manutenção.

Durante o internamento deverão existir outras salvaguardas, para além das já referidas, o que se encontra no princípio 18. Neste refere-se que o doente pode reunir com o seu representante, de forma gratuita, se não tiver condições económicas, bem como ter acesso a um intérprete. Nessa fase, o doente poderá, também, solicitar uma avaliação médica independente. Além disso, como salvaguarda do direito à informação, no artigo 19, está definido que o doente e seu representante devem ter acesso a cópias dos registos clínicos, relatórios e documentos, exceto, em situações especiais, caso o fornecimento dessa informação possa levar a dano sério à saúde do doente ou colocar a segurança de

terceiros, em risco. Nesse caso, a lei interna pode permitir que, sob confidência, esta possa ser fornecida ao tutor ou defensor legal.

O doente e seu representante podem, ainda, participar e ser ouvidos em qualquer audiência e pedir a presença de terceiros. Além disso, as decisões devem constar por escrito e ser fornecidas ao doente ou seu representante legal. Quanto à decisão de realizar audiência pública ou privada, bem como, de comunicar ao doente as razões da mesma, expressas por escrito (na totalidade ou em parte), este documento alerta para a necessidade de ter em conta os desejos do doente, de respeitar a sua privacidade e de prevenir dano grave à sua saúde ou evitar colocar em risco a segurança de terceiros.

Todas as situações referidas, desde o princípio 17 até ao 19, podem encontrar paralelismos com as tratadas no PIDCP, no âmbito dos processos criminais. Todavia, nos *MI Principles* estes são aplicados de forma específica aos doentes internados de forma involuntária.

Este documento refere-se, ainda, no seu princípio 20, às ofensas criminais em pessoas com doença mental ou nos casos em que se pensa que esta pode existir. Nessas situações, salvaguarda-se que, todos os princípios têm de ser aplicados, com as limitações, modificações e exceções aplicadas às circunstâncias, considerando a possibilidade dessas pessoas poderem ser admitidas a internamento, em instituições de saúde.

Finalmente, este documento, refere-se, no princípio 21, ao direito a queixa através de procedimentos estipulados na lei e, no princípio 22, aos mecanismos de monitorização que promovam a aplicação de todos os princípios, designadamente, através da inspeção das instituições de saúde, resolução de queixas e, instituição de procedimentos judiciais e disciplinares a profissionais por má conduta ou violação dos direitos dos doentes.

A implementação desta resolução, descrita no princípio 23, deve se realizada pelos Estados através de medidas administrativas, judiciais, legislativas, educacionais e outras, revistas regularmente (MI Principles, 1991).

Através da análise dos *MI Principles*, podemos constatar que se trata de um guia interpretativo de grande utilidade; não se trata de uma resolução obrigatória mas é, certamente, uma ajuda importante na interpretação e implementação de obrigações já existentes (Gostin, Gable, 2004). Os princípios contidos neste documento destacam alguns assuntos chave, que os governos necessitam de ter em conta, aquando do desenvolvimento de políticas e legislação no âmbito da saúde mental (Parker, 2007). De facto, neste documento, os princípios apresentam-se com grande clareza e, no nosso país, estão plasmados, como se poderá ver mais à frente, na Lei de Saúde Mental.

3.6. Recomendação sobre Psiquiatria e Direitos Humanos: Rec1235

A Recomendação 1235, aceite em 1994 pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sobre a Psiquiatria e Direitos Humanos, é um documento mais específico que a Rec(83)2. Os Estados Membros consideraram que, no ambiente europeu de então, tendo em conta os documentos já anteriormente referidos, o debate sobre formas de tratamentos invasivos, os relatos de abusos à integridade dos doentes e o facto de vários países se encontrarem a preparar legislação ou a rever a lei na área da saúde mental, era oportuno aprovar medidas que garantissem o respeito dos Direitos Humanos dos doentes psiquiátricos, desenvolvendo uma recomendação de mais largo espectro. A recomendação

organiza-se em quatro pontos: internamento, tratamento, problemas e abusos em psiquiatria e situação de pessoas detidas.

Este documento começa, no seu ponto 1, com o procedimento de internamento. Refere, tal como já acontecia nos *MI principles*, que o internamento involuntário só deve ocorrer em casos excepcionais e de acordo com critérios sobreponíveis aos referidos nesse documento.

Mais uma vez se determina que no caso do internamento involuntário, a decisão deve ser tomada por um juiz e especificar o tempo de internamento, com disposições para que a decisão seja automática e regularmente revista. Este documento também se refere à necessidade de uma disposição legal que determine como o doente pode recorrer da decisão e de, na sua chegada à instituição, receber um código dos seus direitos.

Esta recomendação determina, ainda, que se deverá redigir um código de ética para psiquiatras, baseado na declaração de Hawaii de 1983.

De seguida são, então, apresentados aspetos relacionados com o tratamento. É referido que a psicocirurgia e a eletroconvulsivoterapia, tal como vimos anteriormente, não devem realizar-se sem consentimento informado e escrito, referindo ainda que a decisão deve ser confirmada por um comité que não seja composto exclusivamente por psiquiatras. Neste ponto determina-se, também, a necessidade de um registo detalhado e preciso do tratamento, de pessoal de enfermaria suficiente e com formação adequada.

De acordo com o que já tinha sido referido nos *MI Principles*, esta recomendação determina que se devem estabelecer inspeções, especificando a Rec1235 que tal sistema de inspeção deve ser semelhante ao do comité europeu para a prevenção da tortura e o tratamento ou castigo desumano ou degradante.

Em relação aos problemas e abusos em psiquiatria, o código de ética, que a Rec1235 recomenda que se organize, deverá especificar a proibição de insinuações sexuais pelos terapeutas, o alojamento em grandes dormitórios e a limitação do uso de quartos de isolamento. É, ainda, reforçado que não se deve usar a contenção mecânica e a utilização de contenção farmacológica deve ser proporcionada ao objetivo. Neste ponto refere-se, ainda, que a investigação científica não deve iniciar-se sem o conhecimento do doente, contra o seu desejo ou do seu representante e deve levar-se a cabo, apenas, no interesse do doente, tal como já se referiu a propósito da declaração de Hawaii e nos *MI Principles*.

A recomendação termina com a situação das pessoas detidas, referindo que estas têm direito a observação por um médico e que a instituição deve ter um psiquiatra e pessoal especializado. Reforça-se, ainda, que os pontos apresentados e as normas de ética devem aplicar-se igualmente às pessoas detidas (Council of Europe, 1994).

3.7. Declaração de Madrid

A Declaração de Madrid, sobre os padrões éticos na prática psiquiátrica, foi aprovada pela Assembleia Geral da Associação Mundial de Psiquiatria realizada em Madrid em 1996 (com alterações nas Assembleias Gerais de Hamburgo em 1999, Yokohama em 2002, Cairo em 2005 e Buenos Aires em 2011).

Esta declaração está dividida em três partes, a primeira refere-se aos compromissos éticos da profissão e suas bases teóricas. Como membros da sociedade, os psiquiatras têm de advogar o tratamento justo e igual do doente mental, a justiça social e equidade para todos. A prática ética é baseada no sentido individual de responsabilidade perante o doente

e no julgamento acerca da conduta correta e apropriada. Os padrões externos, a influência de códigos de conduta, o estudo da ética e as regras da lei, por si só, não garantem uma prática ética da medicina. O psiquiatra tem de ter sempre em conta os limites da relação médico-doente e ser guiado de acordo com o respeito pelos doentes, preocupação pelo seu bem-estar e integridade.

A psiquiatria é uma disciplina médica que se ocupa da prevenção das doenças mentais na população, do tratamento, da reabilitação e da promoção da saúde mental. O melhor serviço ao doente contempla os pontos acima referidos, de acordo com o conhecimento científico e os princípios éticos. A intervenção terapêutica deve ser a menos restritiva para a liberdade do doente e ter em conta a distribuição equitativa de recursos.

A declaração começa por referir ser o dever dos psiquiatras acompanhar o desenvolvimento científico e transmiti-lo aos seus pares. Aqueles que estão treinados na investigação devem procurar fazer avançar as fronteiras científicas da psiquiatria.

Refere, também, que o doente deve ser aceite como um parceiro no processo terapêutico e a relação médico-doente tem de ser baseada no respeito e confiança mútua, para permitir decisões livres e informadas. É, assim, dever do psiquiatra fornecer toda a informação relevante para o doente e chegar a uma decisão, de acordo com os valores pessoais e as suas preferências.

A declaração de Madrid contempla, como já foi visto nos documentos anteriormente analisados, os casos em que a pessoa está incapacitada ou incompetente para exercer um julgamento, em razão da doença mental. Nessa situação, o psiquiatra deve consultar a família e, se apropriado, um defensor legal para salvaguardar a dignidade humana e os direitos legais do doente. Nenhum tratamento deve ser fornecido contra a

vontade, a menos que a sua ausência ponha em risco a vida da pessoa ou de terceiros, sendo que este tem de ocorrer sempre, no melhor interesse do doente.

De seguida, nesta declaração, são abordados assuntos como as avaliações forenses e a questão da confidencialidade da informação obtida na relação terapêutica. Em relação a este tópico, é de salientar a referência a que a quebra da confidencialidade só pode ser apropriada quando solicitada pela lei ou quando sério dano mental ou físico possa ocorrer se a confidencialidade for mantida. Sempre que possível, os psiquiatras devem alertar o doente da ação a ser tomada.

Este documento debruça-se, ainda, sobre a investigação, referindo a vulnerabilidade das pessoas com doença mental. Afirma a importância de avaliar com muito cuidado a competência para participar como sujeitos de investigação e de salvaguardar a sua autonomia, integridade física e psíquica.

A Declaração de Madrid desenvolve, também, linhas orientadoras para assuntos específicos que foram reconhecidos como uma necessidade, pelo Comité de Ética da Associação Mundial de Psiquiatria. As dezasseis linhas orientadoras, aprovadas entre 1996 e 2011, são relativas à eutanásia, tortura, pena de morte, seleção de sexo, transplante de órgãos, contactos com a comunicação social, discriminação em função de etnia e cultura, investigação genética e aconselhamento, ética na psicoterapia, conflito de interesses na relação com a indústria e com terceiras pessoas, fronteiras clínicas, proteção dos direitos dos psiquiatras, informação acerca do diagnóstico de demência, responsabilidade dual dos psiquiatras, trabalho com doentes e cuidadores. Com relevo para o tema do internamento compulsivo, podemos salientar esta última linha orientadora que se refere ao trabalho com doentes e cuidadores. Esta advoga que a legislação e práticas clínicas relevantes para as

peessoas com doença mental, devem ser desenvolvidas em colaboração com os doentes e famílias. A comunidade psiquiátrica deve promover e apoiar o desenvolvimento de organizações de doentes e cuidadores e, por seu turno, as organizações psiquiátricas internacionais e locais devem procurar o envolvimento de doentes e cuidadores nas suas atividades, sendo o melhor cuidado clínico, em situações agudas e de reabilitação, feito em colaboração com doente, familiares e médicos. Os membros de organizações e sociedades de psiquiatria devem colaborar com organizações de cuidadores e da comunidade para, junto dos governos, promover a vontade política e ação para melhorias nos serviços, educação da comunidade e luta contra o estigma. É referido que cada país necessita de linhas orientadoras específicas, de modo a aplicar estas recomendações à sua realidade (World Psychiatric Association, 1996).

De uma forma conjunta e de acordo com o que pudemos constatar da análise agora realizada, a declaração de Hawaii, os *MI Principles* e a declaração de Madrid definem um conjunto nuclear de padrões internacionais à luz dos quais as práticas éticas e legais dos psiquiatras, em todo o mundo, devem ser avaliadas.

3.8. Lei de Cuidado em Saúde Mental: *Ten Basic Principles*

Em 1996, a Divisão de Saúde mental e prevenção do abuso de substâncias, da OMS, apresentou o documento: Lei de Cuidado em Saúde Mental: 10 Princípios Básicos, com anotações que sugerem ações a tomar para a sua implementação (World Health Organization, 1996).

O princípio 1 refere-se à promoção da saúde mental e prevenção das doenças mentais. Afirma que todos devem beneficiar das melhores medidas possíveis, para assegurar o seu bem-estar e a prevenção da saúde mental, devendo ser promovidos comportamentos que contribuam para estes objetivos e ações a fim de eliminar causas de doença mental.

O princípio 2, acesso aos cuidados básicos de saúde, estipula que todos devem ter acesso a serviços de qualidade adequada, que respeitem a dignidade do doente e tenham em consideração técnicas que ajudem a pessoa a lidar com a doença, a diminuir o impacto da mesma e a melhorar a qualidade de vida do doente. É essencial, ainda, um serviço de saúde mental de qualidade adequada que inclua cuidados de saúde primários, internamento, ambulatório e cuidados residenciais. O acesso deve ser equitativo e geograficamente acessível, disponível de forma voluntária como todos os outros cuidados de saúde. Estes objetivos poderão ser alcançados, através de regulamentação legal, linhas orientadoras e práticas médicas. Salienta-se, ainda, a recomendação de promover programas de seguros de saúde que incluam os cuidados de saúde mental, bem como a importância de tornar disponíveis os fármacos essenciais identificados pela OMS.

O princípio 3 vem apresentar um assunto já referido noutros documentos. Define que a avaliação da saúde mental tem de ser baseada em princípios internacionalmente aceites, como por exemplo a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10). Essa avaliação inclui não só o diagnóstico, mas também a escolha de tratamento, determinação da competência e perigosidade. Tal como para a avaliação do diagnóstico excluem-se critérios não clínicos, nomeadamente políticos, religiosos, raciais, económicos ou sociais,

ao avaliar a perigosidade e determina-se, tal como nos *MI principles*, que a observação não se pode basear apenas na existência passada de doença mental.

O princípio 4 diz respeito à prestação de cuidados de saúde no meio menos restritivo possível, como já estava referido nos *MI Principles*, tendo em conta a doença, os tratamentos disponíveis, a autonomia das pessoas, a aceitação e cooperação do doente e a perigosidade. Devem, portanto, existir tratamentos baseados na comunidade; os tratamentos em internamento devem ocorrer no ambiente menos restritivo possível e os tratamentos que envolvem o uso de contenção física e química, se necessários, devem ter em conta aspetos como a discussão de alternativas com o doente, serem determinados após exame e prescrição por prestador de cuidados e ocorrerem pela necessidade de evitar dano. São, nesse contexto, necessárias observações e reavaliações regulares e documentadas no processo clínico. Este princípio define, ainda, a necessidade de assegurar instrumentos legais e infraestruturas adequadas para a prestação de cuidados baseados na comunidade, bem como o treino dos profissionais relativo ao uso de alternativas, para lidar com situações de crise.

O princípio 5 trata a autodeterminação e refere-se à necessidade de obter o consentimento para as intervenções que interferem com a integridade mental e física (intervenções diagnósticas ou tratamento) e com a liberdade (IC). Como já vimos noutros documentos, o consentimento tem de ser livre de influências, com informação que a pessoa possa entender e dado pelo próprio, após aconselhamento. Na impossibilidade de obter o consentimento, este tem de ser dado por pessoa autorizada. Para promover este princípio, é importante assegurar que os profissionais não considerem os doentes sistematicamente incapazes de decidir, já que o doente pode não ser competente para uns aspetos e ser

competente para outros. Assim se justifica, por exemplo, que um doente internado compulsivamente possa decidir quanto ao seu tratamento, sendo fundamental fornecer informação verbal e escrita em relação ao mesmo e estimular a sua opinião.

O princípio 6 diz respeito ao direito a ser assistido no exercício da sua autodeterminação. O doente pode beneficiar da assistência de uma terceira pessoa da sua escolha e deve ser informado desse direito, podendo-se sugerir assistentes potenciais (defensor legal, assistente social). Assim, este documento da OMS, alerta para a necessidade de, no âmbito do direito à autodeterminação, promover a existência de estruturas que prestem informação e assistência aos doentes mentais.

Com implicação direta para o internamento compulsivo surge, no princípio 7, a disponibilidade de procedimento de revisão. É referido que este deve estar disponível a pedido das partes interessadas, após 3 dias da decisão. Além disso, o paciente deve poder ser ouvido, pelo que será importante existir uma comissão de decisão criada por lei, que seja operacional.

No princípio 8 estão referidos os mecanismos de revisão periódica automática. Perante uma decisão que afeta a integridade (tratamento) e a liberdade (hospitalização), com impacto duradouro, deve existir um mecanismo de revisão periódica automática, com períodos razoáveis (6 meses) e deve ser conduzido por um revisor qualificado com capacidade de decisão. Se for necessária mais do que uma revisão, esta deve ser realizada por membros diferentes.

Relativamente às pessoas que tomam decisões, o princípio 9 refere que estas devem ser competentes, sabedoras, qualificadas e imparciais. Idealmente, uma instância de decisão deve ser composta por três ou mais pessoas de diferentes disciplinas, promovendo

treino inicial e de continuação em assuntos e disciplinas relevantes (psiquiatria, psicologia, lei e serviço social).

Finalmente, o princípio 10, refere-se ao respeito pelas regras da lei. As leis devem ser públicas e acessíveis, de forma a que as pessoas as possam entender. Assim, os doentes devem ser informados dos seus direitos, e deve ser assegurado que os instrumentos legais estejam acessíveis (publicados ou explicados em guias). É assinalada a importância de interpretar a lei vigente, a partir de documentos sobre direitos humanos internacionalmente aceites, devendo, para tal, existir uma instância de monitorização da lei, independente do governo e do sistema de saúde.

Este documento, como vimos, é um instrumento internacional, que vem introduzir questões importantes, no que se refere aos cuidados em saúde mental, em particular em relação às pessoas internadas involuntariamente. Estabelece medidas de proteção em relação a princípios como a liberdade, integridade, igualdade, justiça, solidariedade, bem como a questões de monitorização, revisão e implementação dos princípios. Sugere, ainda, ações seleccionadas para promover a implementação dos princípios (Thornicroft, Tansella, 1999).

3.9. Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina

A Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade do Ser Humano, em relação à aplicação da Biologia e Medicina de 4 de abril de 1997 (Convenção de Oviedo) refere que o Conselho da Europa, através do trabalho da Assembleia Parlamentar e do Comité Ad Hoc de Expertos em Bioética (CAHBI), mais tarde designado Comité

Diretor em Bioética (CDBI), tem vindo a preocupar-se com novos problemas com que a humanidade se confronta, devido aos avanços da medicina e biologia. Esta convenção entrou em vigor, na ordem jurídica portuguesa, em janeiro de 2001(Decreto nº 1/200, 2001).

A origem desta convenção remonta a 1990, altura em que Catherine Lalumière, a Secretária Geral do Conselho da Europa, propôs a elaboração de uma base de trabalho, acerca de uma Convenção em Bioética. Esta foi, finalmente, adotada pelo Comité de Ministros, em novembro de 1996 e entrou em vigor em dezembro de 1999. Este documento é um tratado, por isso obriga os Estados que o ratificaram a introduzir e implementar legislação para que as suas leis estejam em conformidade com os princípios da Convenção. De salientar que, pela primeira vez, surge um tratado a estabelecer uma ligação entre direitos humanos e biomedicina. Este contém princípios gerais destinados a serem desenvolvidos, posteriormente, por protocolos adicionais em assuntos específicos. Pretendia-se facilitar, a longo prazo, o desenvolvimento de padrões comuns nestas áreas e identificar os princípios básicos aceites por todos os países envolvidos, de forma a criar uma base sólida, para desenvolvimentos posteriores (Andorno, 2005).

A ciência, com a sua nova complexidade e extensas ramificações apresenta riscos, de acordo com a forma como é usada. Tornou-se, assim, necessário assegurar que o lado benéfico prevaleça, ao desenvolver a consciência do que está em jogo e constantemente rever todas as consequências possíveis. Nesta breve análise da “Convenção de Oviedo” pretende-se salientar os artigos mais relevantes no âmbito da saúde mental, especialmente nas situações de internamento e tratamento involuntário.

A Convenção desenvolve-se num preâmbulo e em 28 artigos, organizada em 14 capítulos. As normas gerais encontram-se no capítulo I, que compreende os artigos 1 a 4; os capítulos II a VII estão relacionados com assuntos bioéticos específicos. Do capítulo VII ao XIV incluem-se as normas (Council of Europe, 1997).

No capítulo I, o artigo 1 diz que o objetivo da Convenção é garantir os direitos e as liberdades fundamentais, em particular a integridade, a dignidade e identidade do ser humano. O artigo 2 refere-se à primazia do ser humano sobre os interesses da ciência e da sociedade. Já o artigo 3 obriga os Estados a promover o acesso equitativo aos cuidados de saúde, o que significa ausência de discriminação injustificada. O artigo 4 aborda os padrões profissionais dos prestadores de cuidados de saúde.

O capítulo II diz respeito ao consentimento. No artigo 5 deste capítulo, estão definidas as regras gerais nas quais se reforça que os seres humanos têm de poder dar o seu consentimento informado e livre, bem como retirá-lo, em qualquer intervenção e não apenas em situações de investigação biomédica, como em instrumentos anteriores.

O artigo 6, relativo às pessoas sem capacidade de consentir, afirma que, de acordo com a lei, se um adulto não tem a capacidade de consentir em razão de deficiência mental ou doença, a intervenção apenas pode ser levada a cabo com a autorização do seu representante, uma autoridade ou pessoa designada por lei. No entanto, salvaguarda, como já vimos anteriormente noutros documentos, que a pessoa envolvida deve, dentro do possível, tomar parte do procedimento de autorização. Assim é necessário especificar as condições sob as quais uma intervenção pode ser levada a cabo, de modo a assegurar a sua proteção. Refere que a intervenção tem de ser para o benefício direto da pessoa, estabelecendo, no entanto, duas exceções, a investigação médica e a remoção de tecido

com capacidade regenerativa. Como já foi referido em documentos anteriores a autorização pode ser retirada (pelo doente ou seu representante) a qualquer momento, sem qualquer penalização.

No artigo 7, acerca da proteção das pessoas com doença mental, surge uma alusão às medidas involuntárias, as quais devem estar sujeitas a condições de proteção prescritas por lei, incluindo procedimentos de supervisão, controlo e apelo. Afirma que uma pessoa com perturbação mental de natureza grave pode ser sujeita, sem o seu consentimento, a uma intervenção com o objetivo de tratar a sua doença apenas se, pela ausência desse tratamento, for esperado sério dano para a sua saúde. Este artigo constitui uma exceção à regra geral do consentimento para pessoas capazes de consentir (artigo 5), aplicando-se dado que, a capacidade de decidir acerca de um tratamento proposto está gravemente alterada pela doença mental. Além disso, garante a proteção destas pessoas ao limitar as situações em que estas podem ser sujeitas a tratamento sem o seu consentimento e ao submeter estas intervenções a condições específicas. A primeira condição é que a pessoa tem de sofrer de perturbação mental e verificar-se alteração das faculdades mentais; a segunda condição é que a intervenção seja necessária para tratar especificamente essa perturbação mental. Para qualquer outro tipo de intervenção, como já vimos em documentos anteriores, o médico tem de procurar o consentimento do doente, dentro da medida do possível, e o consentimento ou a recusa do doente devem ser seguidos. Por outras palavras, se as pessoas capazes de consentir recusam uma intervenção, não dirigida a tratar a doença mental, a sua oposição tem de ser respeitada da mesma forma que para os outros doentes capazes de consentir. A terceira condição em que a recusa em consentir uma intervenção pode ser ignorada, sob as circunstâncias previstas na lei, é que, sem

tratamento, grave dano seja provável para a saúde da pessoa. Por um lado protege-se a saúde, assegurando o tratamento contra vontade, por outro protege-se a autonomia uma vez que este não se justifica se não representar sério risco para a saúde da pessoa. Este artigo está relacionado com o risco para a saúde do doente; só no artigo 26 desta Convenção, designado: “restrições no exercício dos direitos” surge a permissão de situações em que os doentes sejam tratados contra a sua vontade de modo a proteger os direitos e liberdades de outras pessoas. A última condição para a aplicação de medidas involuntárias defende que as condições protetoras que existam na lei nacional têm de ser observadas. Estas têm de incluir supervisão adequada, controlo e procedimentos de apelo, tais como, mediação por uma autoridade judicial. Para assegurar a proteção dos direitos das pessoas que podem ser submetidas a intervenção sem o seu consentimento deverão ser observadas a Rec(83)2, a declaração de Hawaii e a Rec1235(1994), como já vimos atrás.

O artigo 8 contempla as situações de emergência. A atuação imediata sem aguardar o consentimento do doente ou a autorização do representante legal coloca-se apenas em situações de emergência, salvaguardadas neste artigo.

No artigo 9 apresentam-se os desejos expressos previamente, pelo doente. Neste abordam-se as questões relativas às declarações de vontade antecipada, referindo que o clínico deve, na medida do possível, respeitá-las e assegurar que os desejos do doente se apliquem à situação em causa e sejam válidos, tendo em conta os progressos técnicos da medicina.

No capítulo III, o artigo 10, versa sobre a vida privada e o direito à informação. Os dados pessoais constituem uma categoria especial de dados e por isso sujeitos a regras

específicas. Porém existem exceções, designadamente por pedido judicial e por razão de crime. É também salvaguardado o direito a não saber, o que não impede o consentimento.

O capítulo IV aborda as questões do genoma humano, testes genéticos preditivos, intervenções no genoma humano e seleção de sexo. O capítulo V inclui a investigação científica, a proteção de pessoas sujeitas a investigação científica e das pessoas incapazes de consentir para a investigação. O capítulo VI debruça-se sobre o transplante de dadores vivos, salvaguardando, mais uma vez, a proteção das pessoas incapazes de consentir.

O capítulo VII diz respeito à proibição de ganho financeiro e disposição de partes do corpo humano e o VIII sobre ações contrárias à presente Convenção. No capítulo IX, o artigo 26 atrás mencionado estabelece as restrições ao exercício dos direitos. As restrições têm como objetivo proteger os interesses coletivos (segurança pública, prevenção do crime e proteção da saúde pública) ou os direitos e liberdades de terceiros. Uma pessoa pode, portanto, em razão da sua doença, ser causa de dano grave a terceiros e por isso, de acordo com a lei, ser submetida a medida de confinamento ou tratamento sem o seu consentimento. Assim, para além dos casos contemplados no artigo 7, a restrição da liberdade pode ser aplicada de modo a proteger os direitos e liberdade de terceiros. No entanto, salvaguarda-se que para serem admissíveis, as restrições têm de estar prescritas por lei e serem as necessárias para a proteção do interesse coletivo ou para a proteção dos interesses individuais, isto é, os direitos e liberdades de terceiros. As restrições têm de ir ao encontro dos critérios de necessidade, proporcionalidade e subsidiariedade.

Finalmente, no capítulo 10, incentiva-se a organização de comités de ética e a existência de recursos para o ensino da ética na área da medicina, biologia, outros profissionais de saúde, professores e público em geral (Council of Europe, 1997).

A Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina, desenvolvida pelo Conselho da Europa é o primeiro tratado internacional em Bioética. A Convenção representa um marco na bioética internacional e na proteção dos direitos humanos. Certamente alguns dos princípios que esta consagra foram já incluídos, anteriormente, em tratados internacionais de direitos humanos, no entanto, esta é a primeira vez que estes direitos se desenvolveram e juntaram num único instrumento inteiramente dedicado aos assuntos biomédicos e à lei nesta matéria (Andorno, 2005).

3.10. Internamento Compulsivo e Tratamento Involuntário em Doentes Mentais. Legislação e Prática nos Estados Membros da União Europeia

O projeto de investigação da Comissão Europeia, mais propriamente do Directorado Geral da Proteção da Saúde do Consumidor, é um documento de 166 páginas. O relatório final, de Maio de 2002, relativo ao internamento compulsivo e tratamento involuntário de pessoas com doença mental, apresenta a legislação e prática, nos Estados Membros da União Europeia. O referido projeto, envolveu os seguintes países: Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Suécia.

Os autores enfatizam que a aplicação de medidas coercivas tem de ter em conta três tipos de interesses: os direitos humanos básicos da pessoa, a segurança pública e a necessidade de tratamento adequado da pessoa envolvida. No entanto, apesar das tendências em harmonizar os conceitos e linhas orientadoras nos cuidados de saúde mental,

as leis ou a aplicação de medidas coercivas variavam muito, verificando-se, na sua revisão, que o estudo das práticas nos diferentes países era escasso e faltavam estudos com metodologias adequadas. Para além disso, as estatísticas acerca do internamento compulsivo mostravam-se difíceis de organizar, por haver poucos dados internacionalmente comparáveis ou informação publicada. Neste contexto, levaram a cabo uma análise sistemática das leis ou outros instrumentos legais para regular os internamentos involuntários, nos Estados Membros da União Europeia. Assim, este estudo descreve: o enquadramento legal, os procedimentos de rotina do internamento compulsivo e o tratamento involuntário nos diferentes países. Além disso, apresenta os dados epidemiológicos de fontes oficiais, referindo as fontes nacionais e detalhando as taxas de IC, para a maior parte dos Estados Membros.

O documento refere-se aos critérios para internamento compulsivo e chama a atenção para a importância de determinar o conceito básico para o mesmo, referindo que tal objetivo implica a resolução de um conflito entre o critério tutelar e o de perigosidade. Por um lado, o modelo médico preconiza que a necessidade de tratamento é um pré-requisito suficiente para o tratamento involuntário, de modo a assegurar o tratamento a uma minoria de doentes que tem alterada a sua capacidade de o aceitar, de forma voluntária. Por outro lado, o modelo baseado nas liberdades civis e a visão baseada nos direitos humanos aceita o internamento compulsivo, apenas quando a pessoa com doença mental constitui ameaça a si própria ou a terceiros (critério de perigosidade). Antes de 1970, a maior parte das leis advogava a necessidade de tratamento, como critério para internamento compulsivo. No entanto, a partir dessa altura, nos EUA, começa a verificar-se uma mudança, de modo a que as pessoas com doença mental só seriam internadas

compulsivamente se constituíssem perigo para si ou para terceiros. Esta realidade veio levantar muitas críticas pois argumentava-se que muitas pessoas com doença grave e necessitando de tratamento não seriam perigosas e portanto não teriam a ajuda necessária. Neste contexto, os peritos têm vindo a propor critérios adicionais, como por exemplo: o diagnóstico de doença mental grave, o sofrimento significativo para o doente, a disponibilidade de um tratamento eficaz, a razoabilidade do mesmo e a incapacidade da pessoa para decidir. Verificamos, assim, a existência de um complexo conjunto de fatores legais, políticos, económicos, sociais, médicos, entre outros, com importância no processo de internamento involuntário. Os autores referem verificar-se que, mesmo com leis restritivas, as taxas de IC podem aumentar; fenómeno explicado pelas rotinas administrativas regionais e pelas diferentes qualidades de prestação de serviços, que quanto mais deficitárias forem a mais internamentos levam.

De acordo com a recolha bibliográfica efetuada neste documento da União Europeia, os doentes mentais admitidos compulsivamente eram mais frequentemente homens, de baixo estatuto social, desempregados ou com menor grau de escolaridade. Os diagnósticos mais representados foram a esquizofrenia, mania, depressão ou outras perturbações psicóticas. O abuso de substâncias, a perturbação da personalidade e as psicoses orgânicas foram menos frequentes. Apesar de não existirem dados comparáveis para os mesmos anos, verificaram-se diferenças consideráveis, nos números de internamentos compulsivos, na Europa e até dentro do mesmo país (de 3,2% dos internamentos em Portugal, em 2000 até 30% na Suécia, em 1997). Na Alemanha, por exemplo, os números variavam muito pois cada Estado tinha regras diferentes. Portanto, a falta de dados internacionais que se possam comparar limita a possibilidade de análises

profundas destas questões. Assim, o objetivo deste estudo foi juntar, descrever e analisar as diferenças e semelhanças do enquadramento legal do internamento e tratamento compulsivos nos Estados Membros da União Europeia. Para tal, elegeram um perito de cada país que respondeu a um inquérito e elaborou um texto acerca do enquadramento do IC no seu país, onde se deveria incluir uma história das reformas efetuadas na lei de saúde mental, das limitações e pontos fortes da legislação, bem como da validade e confiabilidade dos dados epidemiológicos. O inquérito dirigiu-se a quatro pontos principais: legislação, prática, direitos dos doentes e epidemiologia. De entre os aspetos avaliados, constavam ainda os procedimentos para a tomada de decisão, períodos de detenção, regras para tratamento compulsivo, garantia de qualidade, procedimentos de queixa e número ou taxas de admissões compulsivas em cada país.

Os autores referem-se, então, de forma muito sucinta aos enquadramentos legais e particularidades existentes nos diferentes Estados, de forma a dar uma visão geral da situação europeia. Destacam que em França existem dois procedimentos para o internamento compulsivo: a “*Hospitalisation d’office*”(HO) levada a cabo pela autoridade policial para pessoas com problemas mentais consideradas um perigo para a segurança pública e a “*Hospitalisation à la demande d’un tiers*” (HDT), que permite à família ou pessoas próximas solicitar o internamento de uma pessoa que não consiga pedir ajuda ou cuidar de si própria. Referem, ainda, o caso da Alemanha, cujos 16 Estados federais organizavam e regulavam os cuidados de saúde mental de forma independente, bem como o da Dinamarca em que existia legislação específica para as ilhas Faroe e Gronelândia. Saliendam também que três países (Espanha, Itália e Grécia) não tinham legislação específica para regular o tratamento ou internamento involuntário de pessoas com doença

mental. Esses países argumentavam que tal acontecia para evitar efeitos estigmatizantes; no entanto, este projeto da Comissão Europeia refere que muitas doenças psiquiátricas alteram a capacidade do indivíduo de julgar, tornando necessárias regulações legais claras que considerem, de forma adequada, os direitos civis dos doentes. Neste contexto a legislação específica para o internamento compulsivo é vista como uma salvaguarda para os interesses das pessoas envolvidas, não existindo evidência que a sua ausência constitua um progresso. Seis países possuíam leis, atos ou instrumentos legais que regulavam o internamento ou o tratamento involuntário de pessoas com perturbação mental, anteriores a 1989 (Alemanha, Dinamarca, Espanha, Itália, Luxemburgo, Reino Unido), sendo que os restantes Estados Membros tinham enquadramentos legais posteriores a 1990. Por altura da realização deste trabalho pela Comissão Europeia, existiam projetos para alterações significativas na legislação relativa ao internamento ou tratamento involuntário em países como a Finlândia, França, Holanda, Suécia e Reino Unido. Chamou-se, assim, a atenção para o facto dos planos ou preparativos para adaptar a legislação em vários países constituir uma oportunidade para harmonizar os enquadramentos legais entre os Estados Membros.

De seguida, este documento debruça-se sobre o internamento e tratamento involuntário, abordando assuntos considerados relevantes nesta área e faz uma breve análise e comentário acerca dos mesmos.

Quanto à existência de Estatutos explícitos ou descrição dos objetivos gerais para o internamento ou tratamento involuntário, é apresentado o seguinte comentário: apenas oito Estados Membros (nos quais se inclui Portugal) definiam os objetivos do internamento involuntário de forma detalhada. Estes, geralmente, descreviam a melhoria do estado

mental da pessoa como objetivo do internamento, apesar de existir pouca evidência científica acerca de o IC, por si, só influenciar o curso da doença mental.

Relativamente à prioridade das alternativas menos restritivas ao internamento ou tratamento compulsivo, verificou-se que só não existia essa salvaguarda nas leis Francesa e Espanhola. Neste ponto está subjacente a ideia de que as medidas coercivas são de última linha e que a disponibilidade de instalações e serviços que ofereçam diferentes formas de tratamento devem considerar-se, um pré-requisito.

A existência de leis, atos ou outros instrumentos legais que regulamentem o tratamento ou cuidados após o internamento ou tratamento involuntários era uma realidade na Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Portugal, Suécia e Reino Unido.

Relativamente ao internamento ou tratamento involuntário de crianças e/ou adolescentes, existiam normas específicas na Áustria, Alemanha, Finlândia e Portugal. A Holanda tinha procedimentos para menores de 12 anos e em França também havia regulamentações relativas a menores. No que se refere aos cuidados a menores, este documento considera necessário ter em conta os aspetos educacionais e a inclusão dos pais no processo de internamento compulsivo, bem como a importância da existência de técnicos especializados e de instalações específicas.

Um outro ponto em avaliação era o da existência de regulamentações específicas para o internamento involuntário, em certos grupos de doentes. Verificou-se que estas existiam, para pessoas em tutoria, na Áustria, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Luxemburgo, Portugal, Espanha e Irlanda. Para pessoas que tivessem praticado um crime, o IC estava regulamentado em todos os anteriores (exceto na Irlanda) e ainda na Bélgica, Finlândia, França, Itália, Holanda e Suécia. Outras regulamentações específicas eram contempladas

nos casos de pessoas com comportamentos aditivos, na Áustria, Finlândia, França e Suécia e nos casos de debilidade mental, na Dinamarca e Finlândia.

Os autores referem, neste documento, que a psiquiatria forense tornou-se uma disciplina especializada e por isso com necessidade de um enquadramento legal específico. No caso de pessoas com comportamentos aditivos, a evidência é escassa quanto ao facto das desintoxicações involuntárias serem eficazes e duradouras. Alertam, ainda, para o facto de a lei de tutela ser especialmente relevante para doentes idosos ou pessoas com demência, uma vez que os requisitos dos procedimentos de admissão para estes doentes podem não estar totalmente abrangidos pelas leis de internamento compulsivo.

Um outro ponto em avaliação foi a existência de critérios ou condições para IC, na lei. A perturbação mental e perigosidade surgiam como critérios nos enquadramentos legais da Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo e Holanda. A perturbação mental e perigo ou necessidade de tratamento na Dinamarca, Finlândia, Grécia, Irlanda, Portugal e Reino Unido. A perturbação mental e necessidade de tratamento na Itália, Espanha e Suécia. Assume-se, neste documento, ser fundamental definir os critérios e condições em que as pessoas podem ser internadas ou tratadas involuntariamente. Para prevenir abusos, todos os Estados Membros impunham a existência de perturbação mental confirmada, como condição para deter uma pessoa, no entanto os critérios adicionais eram heterogéneos. Entre os países que estipulavam a necessidade de tratamento como critério, a Espanha, Finlândia, Irlanda, Portugal e Suécia adicionalmente enfatizavam a questão da ausência de crítica para o estado de doença. Por sua vez, o critério de perigosidade não era aplicado do mesmo modo nos diferentes Estados Membros. Alguns países incluíam apenas ameaças públicas na definição, enquanto outros adicionam o dano ao próprio. Assim, o

comportamento suicidário pode preencher ambos os critérios, uma vez que nos cuidados mentais atuais é consensual que este constitui um forte indicador da necessidade de tratamento.

Quanto à existência de diagnósticos psiquiátricos específicos, nos critérios para internamento involuntário, determinados em estatutos, leis ou atos, verificava-se a sua presença na Alemanha (psicose), Dinamarca (psicose), Irlanda (demência grave, debilidade intelectual significativa) e Reino Unido (perturbação psicopática). A este propósito, o relatório, chama a atenção para o facto de que, apesar da disponibilidade de definições detalhadas nos sistemas de classificação internacional (ex. ICD-10 ou DSM-IV), os enquadramentos legais dos Estados Membros, raramente definiam critérios de diagnóstico claros e específicos e quando as categorias diagnósticas eram mencionadas, usavam-se conceitos muito globais.

Quanto à definição do risco e perigo para o próprio ou terceiros, pelos estatutos, leis ou atos, verificou-se que este não existe na Grécia, Itália, Luxemburgo, Espanha e Reino Unido. Os restantes Estados Membros referiam-se ao risco e perigosidade para si próprio e terceiros, mas não especificavam o nível de perigo requerido para internar uma pessoa involuntariamente. Os limiares definidos eram vagos; embora fossem requisitos, o perigo para a saúde ou segurança do próprio ou terceiros, surgiam na redação das leis termos como “sérios”, “imediatos”, “significativos” ou “substanciais”. Nenhum dos Estados Membros operacionalizava a perigosidade com o detalhe que fazia a lei dos EUA, que especificava situações como, o comportamento suicidário, estabelecendo janelas de tempo para este comportamento e o internamento.

A existência de condições de exclusão ou não suficientes para internamento compulsivo, por estatutos, leis ou atos, estavam especificadas na Alemanha, Áustria, Grécia, Irlanda, Suécia, Reino Unido, mas eram muito heterogêneas; encontravam-se referências a situações como: oligofrenia sem sintomas psicóticos, abuso de substâncias, negligência pessoal, promiscuidade ou desvio sexual.

A peritagem por psiquiatra, para avaliar os critérios médicos (psiquiátricos) para internamento involuntário, era necessária na Áustria, Grécia, Irlanda, Holanda, Portugal, Espanha e Reino Unido. Quanto ao número de peritos envolvidos na avaliação da condição psiquiátrica, era suficiente um único médico na Alemanha, Bélgica, Dinamarca e Holanda, enquanto nos outros países eram necessários dois peritos. Na Finlândia, exigia-se mais de dois médicos. Os autores deste documento referem que a opinião ou certificado de mais do que um perito pode ser encarada como uma medida para assegurar a qualidade dos serviços.

Quanto às autoridades ou pessoas autorizadas a decidir relativamente ao internamento involuntário, verificava-se ser um médico psiquiatra na Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo e Suécia. Nos outros países, a decisão de internamento era tomada por um representante do sistema legal (juiz, procurador, presidente da câmara), ou por outras agências independentes do sistema médico (ex. assistentes sociais no Reino Unido). A obrigação de ouvir as pessoas envolvidas, durante o processo de decisão, só não se verificava na Finlândia, França e Grécia. Os autores referem que, apesar de ser fundamental a recolha da informação das pessoas envolvidas, esta pode ser obtida através dos registos clínicos.

No que respeita à mudança de estado voluntário para involuntário, só em dois países o procedimento era diferente, na Finlândia e Suécia.

O período de tempo máximo, entre a avaliação psiquiátrica e o internamento compulsivo, verificou-se ser de 15 dias. Os procedimentos de emergência para internamentos de curto prazo eram geralmente aplicados à noite, fins-de-semana ou sempre que uma ação imediata era considerada necessária. A detenção de curto prazo era permitida por 24 a 72 horas (exceto na Bélgica que podia atingir os 10 dias). Em alguns Estados Membros, as autoridades que tomavam a decisão para os internamentos curtos eram diferentes das que decidiam acerca dos procedimentos regulares.

No que respeita à duração máxima do internamento compulsivo/confirmação da decisão, apenas a Espanha, Dinamarca, França e Portugal não definiam uma duração máxima para os internamentos involuntários. Nos restantes Estados Membros, a duração máxima dos internamentos podia variar entre sete dias e dois anos, dependendo das regulamentações relativas aos procedimentos de reavaliação. Esses países que definiam a duração máxima dos internamentos, também permitiam o término precoce dos internamentos em certas condições. Por exemplo, para tratamento e reabilitação, alguns Estados Membros (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Holanda, e Irlanda) permitiam a interrupção dos internamentos involuntários por curtos períodos (dias a semanas).

Quanto à distinção legislativa entre internamento e tratamento involuntário, verificou-se serem modalidades distintas na Áustria, Dinamarca, Alemanha, Luxemburgo, Holanda, Suécia e Reino Unido. Esta distinção deve-se, parcialmente, às conquistas do movimento dos direitos civis, aos princípios do Tribunal Europeu dos Direitos Civis e às

Declarações das Nações Unidas. Estes consideram que a competência da pessoa para decidir acerca do tratamento pode prevalecer, mesmo que tenha sido admitida involuntariamente. Os autores deste relatório referem que a distinção legal entre internamento involuntário e tratamento involuntário pode aumentar a atenção para a salvaguarda dos direitos dos doentes ao aplicar intervenções coercivas. Contudo, apesar de distinguir estas modalidades a um nível legal, existiam Estados Membros onde os doentes tinham de aceitar o tratamento sempre que fossem internados compulsivamente, tal como era o caso da Suécia, Dinamarca ou Luxemburgo. Quando a aplicação de medidas de tratamento involuntário não está explicitamente definida nas leis dos Estados Membros, os direitos civis das pessoas são geralmente salvaguardados por outros meios, ou procedimentos. O Internamento involuntário, sem tratamento, era possível na Alemanha, Áustria, Bélgica, Grécia, Holanda e Reino Unido. O consentimento informado para tratamento, nos casos de IC, era necessário na Áustria, Alemanha, Irlanda, Holanda e Suécia. Nos Estados Membros que não o requeriam, os doentes internados involuntariamente podiam ser tratados sem consentimento nos casos de emergência ou quando não tivessem a capacidade mental para consentir.

Ainda no âmbito do tratamento, as intervenções especiais em cuidados de saúde mental estavam reguladas na Áustria, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Holanda, Portugal e Reino Unido. No que se refere às intervenções terapêuticas, a Áustria proibia os antipsicóticos injetáveis de longa duração, a eletroconvulsivoterapia estava permitida na Dinamarca, proibida na Áustria, e em certas condições podia ser usada na Irlanda, Reino Unido e Portugal. A psicocirurgia estava proibida na Dinamarca e Alemanha, sendo permitida em certas condições na Dinamarca, Irlanda, Reino Unido e Portugal. O

tratamento da comorbilidade somática estava, também, previsto na lei da Dinamarca e sob certas condições na Alemanha; a alimentação forçada era permitida na Dinamarca, Alemanha e Holanda. Ainda no âmbito das intervenções terapêuticas surge a aplicação de outras medidas coercivas. Estas encontravam-se reguladas pela lei na Áustria, Dinamarca, Alemanha, Holanda e Suécia. O Reino Unido não tinha regulação estatutária mas sim um detalhado código de prática. A contenção física era regulada na Áustria, Dinamarca, Alemanha, Holanda, Suécia e Reino Unido, as medidas de isolamento na Áustria, Alemanha, Holanda, Suécia e Reino Unido e a contenção química na Dinamarca e Alemanha. Mais uma vez, a nível legal, não existe uniformidade entre os Estados Membros. No entanto, a falta de regulamentações, em vários países, não significa que as medidas coercivas, no seu cuidado de rotina, sejam livres de deveres ou obrigações.

A respeito do tratamento ambulatorio compulsivo, esta revisão verifica estar mencionado como opção na Bélgica, Luxemburgo, Portugal e Suécia. O tratamento ambulatorio compulsivo, como forma de seguimento após um episódio de internamento involuntário é considerado uma forma de melhorar a continuidade de tratamento, bem como a saúde pública. Além disso, é discutido como uma alternativa ao tratamento em regime de internamento. Contudo, a sua eficácia ainda não foi confirmada pela investigação, o que pode estar na base de apenas quatro Estados Membros mencionarem esta modalidade de tratamento nas suas leis.

O próximo ponto deste documento refere-se à inclusão de avaliações de risco no exame médico, sendo que nenhum país incluía este tipo de avaliação. Neste documento considera-se que o uso de avaliações padronizadas de risco pode melhorar a qualidade da

confirmação do critério de perigosidade. Na psiquiatria forense, estas avaliações são mais comuns e têm-se provado fiáveis no suporte de procedimentos de tomada de decisão.

Nenhum dos países tinha separação dos internamentos voluntários e involuntários, no sentido de minimizar qualquer estigma adicional. Quanto às instalações para internamento ou tratamento involuntário, nove Estados Membros (Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda) requeriam acreditação especial para as mesmas. No que se refere à existência de internamento separado no caso de pessoa acusada de ofensa criminal com doença mental, verificou-se ser sempre separado em Portugal; nos outros países podia ocorrer separado na maior parte ou em alguns casos.

Um outro ponto em avaliação diz respeito à existência de financiamento de internamentos e/ou tratamentos involuntários. As despesas eram suportadas por um seguro ou pelo doente, na Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo e Holanda. Nos restantes países o financiamento era da responsabilidade do Estado ou Governo. Embora seja um assunto de aumento da segurança pública, a responsabilidade pública pelo financiamento surgia como assunto de debate, nos seis Estados Membros, onde os internamentos e tratamentos compulsivos eram pagos parcial ou totalmente por companhias de seguros ou pelo próprio. O pagamento conjunto apresentava-se como uma opção frequente. Nenhum Estado Membro alterava as responsabilidades de custos de acordo com a causa que tivesse originado o internamento ou tratamento (quer seja pela ameaça pública ou a si próprio).

Relativamente aos direitos dos doentes, os autores deste documento verificaram que a informação ou notificação de terceiros acerca do internamento compulsivo, só não era

considerada na Finlândia, Grécia e Itália. A notificação obrigatória de familiares ou outras pessoas, em caso de internamento compulsivo, é um direito civil básico, que era regulado pelas leis de doze Estados Membros. Em seis países, a notificação, ou inclusão de um representante legal do doente (ex. advogado conselheiro, assistente social) nos procedimentos era obrigatória. Nas leis de outros Estados Membros apenas era estipulado que os familiares ou tutores tivessem de ser informados imediatamente. A defesa legal não era gratuita na Finlândia, França, Grécia, Grécia, Itália, Luxemburgo e Holanda.

A diretiva antecipada ou declaração de vontade antecipada era possível na Áustria, Alemanha e Holanda. Nos outros países não era considerada. As diretivas antecipadas, constituindo instruções pré-definidas de um doente acerca da preferência ou recusa de certos tratamentos ou intervenções, no caso de uma incapacidade futura para decidir, em razão do seu estado mental, surgem como um assunto cada vez mais discutido na área da saúde mental.

A revisão independente do processo de internamento, como medida adicional de garantia de qualidade, não era considerada na Bélgica, Grécia e Espanha.

O direito das pessoas apresentarem queixa acerca de um internamento involuntário ou de certos detalhes dos procedimentos é um dos mais básicos direitos humanos. Todos os Estados Membros salvaguardavam este facto na sua legislação. As autoridades junto das quais esta devia ser apresentada diferiam entre os Estados Membros. Incluíam-se tribunais (em todos os Estados Membros), junta local (Dinamarca, França, Holanda, Luxemburgo) ou tribunais de saúde mental (Irlanda, Reino Unido).

A restrição dos direitos humanos básicos, durante o internamento involuntário, não estava regulamentada na lei da Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Itália, Portugal, Suécia e

Reino Unido. Os internamentos involuntários não incluem, necessariamente, a restrição dos direitos humanos básicos, conseqüentemente, nenhum dos Estados Membros permitia uma restrição permanente da capacidade legal ou do direito a votar como uma consequência automática de um internamento involuntário. Contudo, uma restrição temporária da livre comunicação ou do direito a receber visitas podem ser inevitáveis. Alguns Estados Membros incluíam estas regulamentações nas suas leis de saúde mental, outros usavam códigos de prática específicos. A livre comunicação era explicitamente regulada a nível legal na Áustria, França, Alemanha, Luxemburgo e Holanda. Os critérios para restringir o direito a receber visitas eram definidos nas leis da Áustria, Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Suécia. Nenhum Estado Membro restringia crenças ou práticas religiosas. A maior parte das regulamentações salvaguardavam os direitos humanos básicos dos doentes, definindo critérios claros e estabelecendo um limite de tempo para a sua aplicação (Salize, Drebing, Peitz, 2002).

Após a análise deste documento, podemos perceber que existem diferenças importantes entre os países, no que respeita às medidas involuntárias. Conseguimos, também, ter uma visão abrangente de vários procedimentos e salvaguardas importantes, na legislação referente ao internamento e tratamento compulsivo. Através da análise dos documentos relativos aos direitos humanos, civis e políticos e às diferentes declarações e documentos de âmbito ético e deontológico, já realizada neste trabalho, podemos, ainda, contextualizar os pontos analisados neste documento da União Europeia que, de uma forma pragmática, procura identificar os assuntos mais importantes a discutir e eventualmente a harmonizar, nas leis dos Estados Membros.

3.11. Módulo sobre Legislação de Saúde Mental e Direitos Humanos.

A OMS disponibiliza um conjunto de documentos intitulado “*The WHO mental health policy and service guidance package*” que inclui 14 módulos sobre necessidades e prioridades no desenvolvimento e planeamento em saúde mental. O propósito deste conjunto de documentos visa o aconselhamento no processo de desenvolvimento de estratégias para melhorar a saúde mental das populações, no uso dos recursos existentes para fornecer serviços efetivos e na integração de pessoas com doença mental na comunidade e melhoria da sua qualidade de vida.

Neste contexto, a OMS publicou, em 2003, um módulo sobre legislação de saúde mental e direitos humanos, que tem como objetivo sinalizar assuntos de relevância, para a eventual alteração, publicação e implementação de nova legislação.

Neste documento reafirma-se, mais uma vez, que as pessoas com doença mental têm o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais como está reconhecido na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos. O documento alerta para a necessidade de existirem determinações legais que assegurem que toda a informação e registos acerca das perturbações mentais se mantenham confidenciais. A legislação deve, ainda, segundo a OMS, tentar manter o equilíbrio entre o princípio da confidencialidade e as necessidades dos cuidadores e famílias relativas à informação, de modo a garantir que os doentes sejam tratados apropriadamente.

O princípio do consentimento livre e informado é a pedra angular no tratamento das doenças mentais e por isso, segundo a OMS, deve ser incluído nas legislações em saúde mental. Em circunstâncias excepcionais, a legislação pode permitir, como já vimos anteriormente, que o tratamento se proceda sem consentimento informado. Tal pode acontecer, por exemplo, numa situação de doença mental grave (definida por padrões internacionalmente aceites), quando a pessoa não tem capacidade para decidir e é expectável que o tratamento alivie a perturbação ou exista a probabilidade de posterior deterioração da condição do doente se o tratamento não é ministrado. Em caso de urgência, o internamento involuntário é permitido, apenas e quando existe evidência de doença mental grave e há risco de lesão para o próprio ou terceiros e ou deterioração da condição do doente se o tratamento não for prestado. A OMS alerta para que os procedimentos de emergência devam estar especificados na lei e esta deve conferir aos doentes o direito a contestação da decisão de internamento involuntário.

Outros assuntos emergem, quando os procedimentos estão a ser considerados, quer para o internamento, quer para o tratamento involuntário. Existe quem defenda que se o propósito do internamento involuntário deve ser fornecer tratamento para reverter a deterioração da condição da pessoa, o não consegui-lo torna o internamento sem propósito. Por isso, considerar os dois procedimentos separados, primeiro o internamento involuntário e depois o tratamento involuntário pode atuar como uma barreira ao tratamento ou atrasá-lo.

A OMS alerta também para o facto de, nos países em desenvolvimento com recursos limitados, poder haver dificuldades em levar a cabo avaliações separadas para internamento e tratamento. Assim, caso o doente não tenha capacidade para dar

consentimento, o tratamento involuntário apenas deve ser considerado se o doente está internado compulsivamente e o tratamento é necessário para melhorar a condição da pessoa, restaurar a sua competência para tomar decisões acerca do tratamento, prevenir deterioração significativa da saúde mental do doente e/ou para prevenir lesão para o próprio ou terceiros. A OMS alerta, ainda, para o facto de, no caso de tratamento involuntário, os procedimentos deverem estar estabelecidos e em determinados tratamentos o consentimento informado ser obrigatório, como já pudemos verificar anteriormente.

Os profissionais são frequentemente confrontados com a situação das pessoas com doença mental submetidas a internamento e tratamento involuntário que suspendem a medicação após a alta, com consequentes recaídas, tendo como resultado novo ciclo de internamento e tratamento involuntário. Neste contexto, alguns países desenvolveram legislação para tratamento na comunidade, como se constatou no documento anteriormente analisado acerca da legislação nos diferentes países da União Europeia. Em geral, é requerido que os doentes residam num local específico, frequentem programas de tratamento que incluem aconselhamento, educação e treino, para permitir que os profissionais de saúde tenham acesso ao doente e para assegurar o tratamento compulsivo (por ex. *United Kingdom's Mental Health - Patients in the Community Act 1995*). A OMS salienta, no entanto, que a supervisão na comunidade pode resultar, mas necessita de estruturas bem desenvolvidas de tratamento baseadas na comunidade.

Outro assunto relevante na legislação em saúde mental consiste na obrigatoriedade de revisões que devem ocorrer em intervalos razoáveis. A título exemplificativo, é referido neste documento que, para procedimentos compulsivos, as revisões devam ter periodicidade mensal. Salienta-se, também, a importância de existir uma instância

independente, de forma a assegurar a monitorização e implementação das salvaguardas contidas na legislação de cada país.

Neste documento da OMS destaca-se, também, o papel importante das famílias no suporte e cuidado das pessoas com doença mental, assinalando que esta questão é particularmente sentida, nos países que não têm um Estado Social e Sistemas de Segurança Social bem desenvolvidos.

A legislação em áreas fora do setor da saúde mental pode, segundo a OMS, ter um papel fundamental na integração das pessoas com doença mental nas comunidades; por exemplo, pode incluir medidas para a proteção das pessoas com doença mental contra a exploração no emprego.

A OMS também refere que os benefícios por doença mental devem ser equiparados aos das doenças físicas e que o código criminal dos países deve acautelar os casos daqueles que sejam portadores de doença mental.

A proteção de crianças, adolescentes, mulheres e idosos deve ser considerada como componente da lei de saúde mental, dado o risco de abuso físico e exploração, nestes grupos mais vulneráveis. Estes assuntos devem, portanto, de acordo com a OMS, ser considerados na legislação de saúde mental. Um outro ponto relevante, segundo a OMS, é a implementação de legislação que limite o acesso a álcool e drogas, o que representa uma contribuição significativa para a prevenção de abuso e dependência.

A OMS reforça que as visitas de monitorização regular às instalações de saúde mental promovem uma valiosa salvaguarda contra a detenção involuntária injustificada e a limitação dos direitos dos doentes. Os responsáveis pela implementação da legislação devem, por isso, assegurar que uma instância independente nomeie uma comissão para

realizar as visitas a instalações de saúde mental. Além disso, realça a importância de uma rápida implementação de procedimentos de queixa previstos na legislação. Tais mecanismos devem ser suplementares a outros procedimentos gerais para apelo contra decisões administrativas que violem direitos humanos e civis.

Neste documento são, ainda, elaboradas recomendações para países com leis de saúde mental que não tenham sido adequadamente implementadas. Assim, é sugerido que se analisem as leis do país e estabeleçam prioridades para os assuntos que têm mais urgência de implementação, que se conduzam entrevistas com grupos que envolvam pessoas com perturbação mental, cuidadores, profissionais de saúde mental e outros intervenientes, de modo a identificar as principais barreiras à adequada implementação da legislação. Caso uma das barreiras seja a resistência da população devido a má interpretação ou a falta de informação será aconselhável, de acordo com a OMS, dinamizar campanhas de educação pública, para esclarecimento.

Se existe escassez de recursos em saúde mental e/ou resistência por parte de grupos profissionais, a OMS aconselha a realização de programas de treino para grupos específicos. Caso não existam fundos suficientes para desenvolver os mecanismos necessários para implementar a lei (aconselhamento, treino, visitas e processos de queixa), é sugerido o estabelecimento de parcerias com os intervenientes.

É aceite que as pessoas com doença mental necessitam de proteção legislativa, na sua interação com o sistema geral de saúde. As questões mais prementes incluem o acesso a tratamento, a qualidade do mesmo, a confidencialidade, o consentimento e o acesso à informação. Assim, podem ser inseridos pontos específicos para dar ênfase à necessidade de proteger as pessoas vulneráveis, nomeadamente as que sofrem de doença mental e não

têm a capacidade de tomar decisões por si próprios. De modo a promover a justiça e equidade, a legislação de cuidados em saúde também deve incluir provisões para recursos adequados, e fundos para os serviços de saúde em ambiente institucional e na comunidade. Tal deverá resultar num nível de acesso e qualidade de cuidados de forma semelhante, tanto para as pessoas com doença mental, como para as pessoas com doença física (World Health Organization, 2003).

3.12. Recomendação sobre a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade das Pessoas com Perturbação Mental: Rec(2004)10

O Conselho da Europa, que é uma organização intergovernamental, tem como um dos seus objetivos a promoção dos direitos humanos e, desde os anos 80, tem-se envolvido nos assuntos bioéticos. Desde essa altura, a Assembleia Parlamentar, corpo deliberativo do Conselho da Europa, bem como o Comité de Ministros, composto por todos os Ministros dos Negócios Estrangeiros dos Estados Membros, desenvolveram uma intensa atividade neste campo e publicaram Recomendações aos Estados Membros, em vários tópicos, tais como, a engenharia genética, investigação em embriões, direitos dos doentes, bases de dados em saúde e medidas para a prevenção e tratamento em algumas doenças. Um passo em frente foi dado, em 1985, com a criação de um organismo multidisciplinar, o Comité Ad Hoc de Peritos em Bioética (CAHBI), cuja tarefa principal seria o aconselhamento nas lacunas que pudessem resultar do rápido desenvolvimento das ciências biomédicas (Andorno, 2005).

O grupo de trabalho do Comité de Ministros em Psiquiatria e Direitos Humanos, sob a autoridade do CAHBI, posteriormente designado “*Steering Committee on Bioethics*” (CDBI), apresentou o Livro Branco que esboçava as linhas orientadoras para um novo instrumento legal do Conselho da Europa cujo objetivo era assegurar a proteção dos direitos humanos e dignidade das pessoas com doença mental, internadas involuntariamente (Council of Europe, 2000). Estando em causa a definição de grandes linhas orientadoras para a política e para a legislação futura dos países membros, este trabalho resultou na Recomendação do Comité de Ministros para os Estados Membros da União Europeia relativa à proteção dos direitos humanos e dignidade das pessoas com perturbação mental Rec(2004)10, adotada em 22 de setembro de 2004.

Na análise deste documento, dado ser, na sua totalidade, uma recomendação dedicada às questões tratadas neste trabalho, irão ser abordados de maneira sucinta todos os artigos que o Conselho Europeu considerou consensuais e importantes em termos legislativos, de forma a podermos de seguida, no contexto dos documentos estudados até ao momento, analisar a nossa lei de saúde mental, à luz dos aportes por eles trazidos.

A Rec(2004)10 organiza-se em três partes. A primeira consta do preâmbulo que faz a introdução ao documento. A segunda engloba as “*Guidelines*” e encontra-se dividida em sete capítulos: I- âmbito e objetivos; II- provisões gerais; III- internamento involuntário em instalações psiquiátricas e tratamento involuntário, para perturbação mental; IV- internamento de pessoas sem capacidade de consentir na ausência de objeção; V- Situações específicas; VI- Envolvimento do sistema de justiça criminal; VII- Monitorização e garantia de qualidade. Os sete capítulos incluem um total de 37 artigos. A terceira parte explica, detalhadamente, cada artigo.

No preâmbulo da Recomendação (2004)¹⁰, é referido como objetivo do Conselho da Europa conseguir uma maior unidade entre os seus membros, em particular através da harmonização das leis em matérias de interesse comum.

Inicialmente são apresentados os documentos em que esta recomendação se fundamenta, alguns de carácter geral, relativos aos direitos humanos, dignidade e liberdades fundamentais, outros mais específicos na área da saúde mental. Nestes últimos incluem-se, entre outros, a Rec(83)² referente à proteção legal das pessoas que sofrem de perturbação mental internadas de forma involuntária e a Recomendação 1235(1994) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa sobre psiquiatria e direitos humanos, já analisados anteriormente.

A presente recomendação salienta que a ação comum a nível europeu irá promover uma melhor proteção dos direitos humanos e dignidade das pessoas com perturbação mental. Considera ser necessário que os profissionais de saúde revejam regularmente a sua prática, referindo ainda a necessidade de assegurar que as pessoas com perturbação mental não sejam exploradas emocional, física, financeira ou sexualmente.

Este documento assume que deve ser da responsabilidade dos profissionais de saúde garantir, de acordo com as suas capacidades, a implementação dos princípios contidos nas suas linhas orientadoras. Aconselha, ainda, que os governos adaptem as suas leis e práticas às recomendações nele contidas e revejam a distribuição de recursos para os serviços de saúde mental, de modo a que o objetivo das mesmas possa ser alcançado.

O capítulo I inclui os objetivos e âmbito da recomendação do Conselho da Europa. O artigo 1º estipula que se pretende aumentar a proteção da dignidade, direitos humanos e

liberdades fundamentais das pessoas com perturbação mental, em conformidade com os documentos anteriormente analisados.

O artigo 2º estabelece a quem se refere a recomendação, isto é, às pessoas com perturbação mental definida de acordo com padrões médicos internacionalmente aceites. Salvaguarda-se que a falta de adaptação aos valores sociais, políticos ou outros de uma determinada sociedade não pode, por si só, ser considerada uma perturbação mental, o que também já tinha sido definido em documentos como a Rec(83)2, os *Ten basic principles* da OMS ou os *MI principles*. Neste artigo são, ainda, apresentadas as definições de termos usados posteriormente na recomendação. É de salientar a definição de “propósito terapêutico” já que nela são incluídos, não só o controlo ou cura da perturbação, mas também a prevenção, o diagnóstico e a reabilitação. Na mesma linha de raciocínio, também, o termo “tratamento”, neste documento, se refere a qualquer intervenção física ou psicológica, tendo em conta a dimensão social da pessoa.

O Capítulo II da recomendação do Conselho da Europa designado - Provisões Gerais - inclui os artigos 3º ao 15º. O artigo 3º afirma a não discriminação baseada na existência de perturbação mental, como já se verificava em documentos anteriormente analisados, nomeadamente na Rec (83)2, nos *MI principles*, na Convenção de Oviedo ou no documento da OMS, de 2003.

O artigo 4º diz respeito aos direitos civis e políticos, referindo que qualquer restrição aos mesmos deve estar em conformidade com o disposto na Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais. A relembrar, ainda, as salvaguardas dos direitos civis e políticos da CIDCP e o documento da OMS sobre Legislação e Direitos Humanos de 2003.

Tal como já tinha sido desenvolvido na Declaração de Madrid e focado na Declaração de Hawaii, no artigo 5º da recomendação europeia é referida a promoção da saúde mental, afirmando que os Estados Membros devem encorajar o desenvolvimento de programas para melhorar a consciência do público acerca da prevenção, reconhecimento e tratamento das perturbações mentais.

O artigo 6º refere que as pessoas devem ser informadas individualmente dos seus direitos e ter acesso a uma instância independente do serviço de saúde que as possa ajudar a entender e exercer os seus direitos. A necessidade de informar o doente dos seus direitos também estava prevista no PIDCP, na Declaração de Hawaii, na Rec(83)2 e nos *MI Principles*, sendo que nos *Ten Basic Principles* da OMS, é também estabelecida a necessidade de estruturas, para além do sistema de saúde, que prestem informação ao doente.

Com especial relevância na análise bioética, o artigo 7º do documento do Conselho da Europa refere que os Estados Membros devem assegurar a existência de mecanismos para proteger as pessoas vulneráveis com doença mental, especialmente as que não têm capacidade para consentir ou que possam não ser capazes de resistir a atentados aos seus direitos humanos. Além disso, é referido que a lei deve ter medidas para proteger os interesses económicos dos doentes a nível judicial ou social.

No artigo 8º surge o princípio da restrição mínima, no que se refere ao ambiente e ao tratamento, tendo em conta as necessidades de saúde do doente e a proteção da segurança de terceiros. Tais desígnios também se encontram nos *Ten Basic Principles* da OMS, nos *MI Principles*, ou no documento acerca de legislação e prática na UE.

O artigo 9º refere-se ao ambiente e condições de vida, afirmando que as instalações devem ser apropriadas e dispor de medidas de reabilitação. Recomenda-se, ainda, que deva haver um registo próprio das instalações que procedam a internamentos compulsivos. Este é, também, um ponto referido em documentos anteriores, como nos *MI Principles*, onde se encontra a menção à necessidade de existirem instalações apropriadas, e as instituições onde são realizados IC serem devidamente autorizadas.

A existência de serviços de saúde de qualidade apropriada às necessidades das pessoas, ao acesso equitativo aos serviços de saúde e ao desenvolvimento de alternativas ao tratamento involuntário, surge no artigo 10º. Neste âmbito, podemos relembrar a Declaração de Hawaii que se referia à formação dos profissionais e ao melhor tratamento disponível e os *MI Principles* à necessidade de existir pessoal qualificado, de evitar do IC e assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde. Na Convenção de Oviedo, também se relembra o acesso equitativo aos serviços de saúde. Nos *Ten Basic Principles* da OMS, existe, ainda, a referência à exigência de um serviço de qualidade e ao acesso ao tratamento.

No artigo 11º é feita alusão à qualificação e treino dos profissionais. Neste âmbito já havia referência à necessidade de ensino e supervisão na Declaração de Hawaii; nos *MI Principles* à necessidade de qualificação profissional; aos padrões profissionais na Convenção de Oviedo ou, ainda, ao treino nos *Ten Basic Principles*. Neste artigo da Rec(2004)10 são, inclusivamente, apontadas as áreas em que os profissionais devem receber treino apropriado, designadamente: proteção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais; prevenção e controlo da violência e medidas para evitar o uso de isolamento ou contenção física. É referida, ainda, a necessidade de especificar as

circunstâncias limitadas em que os diferentes métodos de isolamento e contenção podem ser justificados.

No artigo 12º da Recomendação europeia, são apresentados os princípios gerais do tratamento da perturbação mental, nomeadamente a necessidade de um plano de tratamento individual, sempre que possível preparado com a consulta do doente, devendo ter-se em conta a sua opinião. O tratamento, tal como já foi amplamente analisado, só poderá ser efetuado com o consentimento do doente e quando a pessoa não tem essa capacidade, com a autorização de um representante, autoridade ou entidade designada por lei. É considerada uma exceção a situação de emergência, em que, para evitar dano sério à saúde do indivíduo ou para proteger a segurança de terceiros, o tratamento pode ser levado a cabo imediatamente.

Relativamente à confidencialidade e proteção dos dados, o artigo 13º determina que os dados são confidenciais e devem ser colhidos, processados e divulgados de acordo com as regras de confidencialidade profissional e proteção de dados pessoais. Refere, ainda, a necessidade de registos médicos e administrativos, bem como as condições de acesso a tal informação que devem ser especificadas por lei, tal como também já havia sido abordado na Declaração de Madrid, na Rec1235 e no documento da OMS acerca dos direitos civis e políticos.

No artigo 14º, relativo à investigação biomédica, é reforçada a necessidade de respeitar esta recomendação e a Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina, bem como de outras disposições legais nesta área, tal como já tinha sido referido na Declaração de Madrid, na Rec(83)2 e na Rec1235.

O capítulo II termina com o artigo 15º, acerca dos dependentes de uma pessoa com perturbação mental, sendo enfatizado que deve ser dada consideração apropriada aos membros da família, em particular às crianças.

O Capítulo III da recomendação europeia tem como objeto o internamento involuntário em instituições psiquiátricas, e tratamento involuntário, para a perturbação mental. Este capítulo desenvolve-se desde o artigo 16º ao 25º e refere-se às pessoas com perturbação mental que, tendo ou não capacidade de consentir, recusem o tratamento ou internamento.

No artigo 17º são apresentados os critérios para internamento compulsivo, referindo que apenas pode ser sujeita a internamento involuntário uma pessoa que cumpra as seguintes condições: tenha uma perturbação mental, o seu estado represente um significativo risco para si, para a sua saúde ou para terceiros, o internamento tenha um propósito terapêutico, não exista meio menos restritivo para fornecer os cuidados apropriados e a opinião do doente, tida em consideração. É ainda referido que a lei pode, excecionalmente, admitir que a pessoa seja sujeita a internamento involuntário pelo menor tempo necessário, para determinar se existe perturbação mental que represente um risco significativo para a sua saúde ou de terceiros, caso o comportamento seja sugestivo de perturbação mental, a sua condição pareça representar risco, não exista meio apropriado menos restritivo para fazer a dita avaliação e a opinião da pessoa tenha sido tida em conta. Nesta análise é de salientar que não é referida a possibilidade do doente não ter capacidade de consentir e tal como na Rec(83)2, não há referência à deterioração do estado de saúde, na ausência de tratamento.

No artigo 18º da Recomendação do Conselho da Europa, são enunciados os critérios para tratamento involuntário. Estes são os mesmos do internamento com exceção do que se refere ao propósito terapêutico que, como é óbvio, está implícito.

No artigo 19º são referidos os princípios relativos ao tratamento involuntário. Este deve ser dirigido a sinais e sintomas clínicos específicos, ser proporcionado ao estado de saúde da pessoa, parte de um plano de tratamento escrito, documentado e, quando apropriado, ter como objetivo o uso de um tratamento que a pessoa aceite, logo que possível.

O artigo 20º estabelece, como já foi analisado nos MI *Principles*, na Rec(83)2, na Convenção de Oviedo, na Rec1235 e no documento da OMS de 2003, os procedimentos a ter em conta no internamento e ou tratamento involuntário. É referido que a decisão deve ser tomada por um tribunal e ter em conta a opinião da pessoa. No entanto, é salvaguardado que, quando a pessoa estiver sob internamento involuntário, o médico possa decidir acerca do tratamento. É ainda apresentada a necessidade de documentar as decisões relativas ao internamento e tratamento involuntário e estabelecer o tempo em que estas devem ocorrer. Salvaguarda-se, também, que a decisão do início e manutenção das medidas involuntárias deve ser baseada numa avaliação médica especializada, de acordo com padrões profissionais e que o representante da pessoa deva ser informado e consultado.

O artigo 21º da Recomendação europeia refere-se ao procedimento de internamento e tratamento involuntário de urgência. Logo de início é chamada a atenção para que estes procedimentos não sejam usados a fim de evitar aplicar os procedimentos do artigo

anterior. Refere que, a acontecer, o procedimento de urgência deve ocorrer por um curto período de tempo, com base numa observação médica devidamente documentada e confirmada pelo tribunal.

No artigo 22º é salvaguardado o direito à informação, referindo que esta deve ser prestada imediatamente, de forma verbal e escrita. O direito à informação já estava contemplado na declaração de Oviedo, no entanto na Rec(2004)10 é, ainda, estipulado que o doente deve ser informado periodicamente e de forma apropriada das razões para a decisão, bem como dos critérios para a sua manutenção ou fim.

O artigo 23º refere o direito à comunicação com representantes, autoridade apropriada e visitas, tal como já era estipulado no PIDCP, nos MI *Principles* e na Rec(83)2.

O artigo 24º determina que o término do internamento ou tratamento involuntário acontece logo que um critério da medida não seja cumprido e que os Estados Membros devem, sempre que possível, minimizar a duração do internamento através de medidas apropriadas de cuidados e serviços após o internamento.

No artigo 25º da Recomendação do Conselho da Europa, tal como já estava contemplado no documento da OMS de 2003, na Rec1235 ou nos MI *Principles*, estão previstas as revisões que devem ser feitas por um tribunal a intervalos regulares, o direito a apelo e a ser ouvido através de um representante legal. Os Estados Membros devem assegurar que haja um advogado para todos os procedimentos perante o tribunal, de forma gratuita. O advogado deve ter acesso a todos os elementos e, se existir um representante legal, este tem os mesmos direitos que o advogado.

Do capítulo IV, referente ao internamento de pessoas sem capacidade de consentir, na ausência de objeção, consta o artigo 26º no qual é referido que devem existir salvaguardas, em cada Estado Membro, para proteger estas pessoas.

O capítulo V da recomendação europeia refere-se a situações específicas. No artigo 27º são abordadas as medidas de isolamento e contenção que devem ocorrer em instalações apropriadas, de acordo com o princípio da restrição mínima, de modo a prevenir dano iminente para o doente ou para terceiros. É referida a necessidade de supervisão médica, do procedimento ser documentado e monitorizado, constando as razões, a duração e o registo no processo clínico. A este propósito, já havia referência a estes assuntos nos *Ten Basic Principles* da OMS e na Rec1235.

O artigo 28º refere-se a tratamentos específicos, tal como já tinha sido apresentado na Rec1235 e na Rec(83)2. De acordo com esta recomendação, os Estados Membros são responsáveis pela decisão dos tratamentos a incluir nesta categoria, determinando o escrutínio ético, através do desenvolvimento de uma lei nacional que regule determinado tratamento ou *guidelines* profissionais, relativas ao seu uso. Neste documento refere-se que, tratamentos sem efeitos físicos irreversíveis mas intrusivos, só devem ser usados se não existir outro meio apropriado disponível. Nesse caso, o tratamento deve ser sujeito a escrutínio ético apropriado, de acordo com protocolos clínicos que tenham em conta os padrões internacionais e, excetuando, os casos de emergência (artigo12º), com o consentimento informado ou autorização do representante legal ou tribunal se a pessoa não tem capacidade de consentir, devendo, ainda, o processo estar totalmente documentado. Relativamente à electroconvulsivoterapia é dito que, quando ela é necessária, o doente provavelmente não está com capacidade de consentir; assim, a pessoa poderá receber um

tratamento que lhe pode salvar a vida, com as salvaguardas de revisão independente da sua indicação. Neste documento é referido que os tratamentos que produzem efeitos irreversíveis não devem ser usados em contexto de internamento compulsivo, apenas devem ocorrer com consentimento livre, informado e escrito pelo próprio, de acordo com a lei, sujeitos ao escrutínio ético da responsabilidade de cada País, de acordo com o princípio da restrição mínima, com uma segunda opinião médica independente e de acordo com protocolos e padrões internacionais.

O artigo 29º é dirigido à questão dos menores, referindo que a presente Recomendação se aplica a eles, exceto se houver medidas mais amplas de proteção disponíveis.

No artigo 30º salienta-se que o facto de ter uma doença mental não deve constituir justificação para uma limitação permanente na capacidade de procriar, bem como, conforme consta do artigo 31º, para a interrupção da gravidez. A este propósito a Rec(83)2 refere que o IC não significa alteração das capacidades legais.

O Capítulo VI da Recomendação europeia refere-se ao envolvimento do sistema de justiça criminal, dos artigos 32º ao 35º. O artigo 32º diz respeito ao envolvimento da polícia que deve coordenar as suas intervenções com os serviços médicos e sociais, se possível com o consentimento da pessoa e se o seu comportamento é sugestivo de perturbação mental e representa um risco significativo para si ou terceiros, nomeadamente no que se refere ao seu transporte/condução. Os agentes da autoridade devem respeitar a dignidade e direitos humanos o que deve ser reforçado durante o seu treino, chamando a atenção à vulnerabilidade das pessoas nestas situações.

O artigo 33º enumera os direitos da pessoa detida, se o comportamento é altamente sugestivo de perturbação mental: assistência de um representante ou advogado, exame médico para estabelecer a necessidade de cuidados médicos, incluindo psiquiátricos, resposta a interrogatório e segurança.

O artigo 34º da mesma recomendação refere-se ao envolvimento dos tribunais que, baseados em opiniões médicas, podem impor o internamento ou tratamento, devendo os Estados Membros assegurar que o doente possa efetivamente exercer os seus direitos de aplicação e revisão regular do internamento.

O artigo 35º diz respeito às instituições penais, afirmando que as pessoas com perturbação mental não devem ser discriminadas nas instituições penais e devem ser respeitadas relativamente ao cuidado da sua saúde. O tratamento involuntário só deve ter lugar em instituições penais com unidades médicas ou hospitalares, devendo existir um sistema de monitorização de cuidados, tal como era referido nos *MI Principles* ou na Rec1235.

No artigo 36º sobre garantia de qualidade e monitorização, é referido que, para salvaguardar os direitos humanos e a dignidade, é importante assegurar a qualidade e monitorização. No documento europeu, é inclusivamente, determinada a importância da visita regular, por organismos independentes, às instituições psiquiátricas.

O artigo 37º refere-se às questões relacionadas com a monitorização e verificação das qualificações dos profissionais, do uso de protocolos clínicos, uso apropriado de contenção e isolamento, pontos que também já eram abordados no documento da OMS de 2003, na Rec1235, nos *MI Principles*, nos *Ten Basic Principles* e na *Convecção de Oviedo*.

O artigo 38º aborda as estatísticas, aconselhamento e relatórios. A colheita dos dados estatísticos disponíveis e da informação relacionada é considerada útil para monitorização, para identificar boas práticas e estabelecer comparações internacionais. Alerta-se, ainda, para a importância da elaboração de estatísticas que sejam completas, claras e possam incluir dados como: o número de pessoas sob medidas compulsivas, as categorias diagnósticas, a duração das medidas, o número de recursos, a duração dos procedimentos e suas conclusões, bem como o uso e localizações das instituições (Council of Europe, 2004).

4. A Lei de Saúde Mental: Enquadramento Legislativo em Portugal

“Fui apanhado, muito cedo, por aquela frase pesada de Pessoa – a importância misteriosa de existir. Tudo aquilo que leio, penso e digo é para descobrir esta importância misteriosa que se esconde no viver breve que é o nosso”

Daniel Serrão

O percurso efetuado neste capítulo pretende ajudar a refletir acerca dos assuntos relacionados com a saúde mental, o internamento compulsivo e seus aspetos éticos e, ainda, identificar quais os pontos mais pertinentes da discussão deste tema, no que se refere à realidade nacional.

Através da análise dos documentos internacionais que se considerou serem importantes para o entendimento das questões relativas à proteção das pessoas com doença mental, especialmente aquelas que se encontram submetidas a medidas compulsivas, procura-se identificar de que forma esses assuntos são tratados na nossa Lei de Saúde Mental (LSM) e, ainda, encontrar assuntos que, apesar de poderem não estar abordados de forma explícita na LSM, se encontram noutros documentos nacionais ou que, não estando contemplados, deveriam ser alvo de atenção.

A lei que primariamente regulamentou o IC do portador de anomalia psíquica, em Portugal, data de 1963 (Lei n.º 2118/63 de 3 de abril) e vigorou no nosso país durante 35 anos. Esta lançou os princípios reformadores da política de assistência psiquiátrica, com o objetivo de retirar a psiquiatria das instituições e levá-la até à comunidade (Lei nº 2118,

1963). A promoção da saúde mental, considerada como um objetivo, implicaria ações de prevenção, tratamento, reabilitação e integração social.

A Lei de 1963 estabelecia, como unidade fundamental dos serviços, os Centros de Saúde Mental, nos quais se previa a inclusão de um conjunto de estruturas extra-hospitalares, sendo que, grande parte delas, nunca foram criadas; apesar da legislação, na prática as respostas em saúde mental continuaram centradas na lógica hospitalar (Alves, Ferreira da Silva, 2004).

O Dec. Lei n.º 413 de 1971 aproximou, do ponto de vista legislativo, a política de saúde mental das correntes europeias, na medida em que definiu a articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços de saúde e integrou a então Direção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direção Geral de Saúde (Decreto-Lei n.º 413/71, 1971). Essa integração era já prática de alguns países da Europa e defendida no âmbito de organizações europeias. Outros princípios definidos internacionalmente e que Portugal ainda não previa, diziam respeito à reabilitação psicossocial, à desinstitucionalização e aos direitos dos doentes mentais, como sejam o consentimento do tratamento e direito à informação, entre outros.

A continuidade de cuidados era contemplada por lei, contudo não funcionava devido a uma organização contraditória que, embora setorizando os serviços de ambulatório, mantinha a hospitalização concentrada, em grandes hospitais psiquiátricos. A integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, várias vezes tentada desde 1971 (nomeadamente em 1984, 1987 e 1989), apenas nos anos 90, com o Decreto-lei 127/92 de 3 de julho se irá efetivar (Decreto-Lei n.º 127/92, 1992). Este extinguiu os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis, que foram integrados nos hospitais

gerais, centrais e distritais (Portaria 750/92 de 1 de Agosto). Desde então, quase todos os hospitais passaram a dispor de departamentos e urgência psiquiátricos. Oficialmente, por Despacho do Diretor Geral da Saúde (de 17 de Outubro de 1994), foi iniciado um debate sobre as contradições do sistema, sendo nomeada uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM), com o objetivo de promover uma discussão alargada tendente a elaborar propostas de orientação da política e portanto de reformulação da Lei da Saúde Mental. (Alves, Ferreira da Silva, 2004).

Com a revisão da Constituição da República, em 1997, como já foi referido, ficou legislada a possibilidade de privar uma pessoa da sua liberdade, caso essa pessoa fosse portadora de anomalia psíquica, permitindo que, em 1998, fosse aprovada a Lei de Saúde Mental. Esta, entre outros assuntos relativos aos cuidados em saúde mental, concretiza a privação da liberdade, através do internamento ou tratamento compulsivo, sempre que o portador de anomalia psíquica reúna um conjunto de características nela enunciadas. A nova lei, publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei n.º 36/98 - Lei de Saúde Mental), oficializa, ainda, a necessidade da criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si, pela via da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias.

Mas, como referem Duarte Nuno Vieira e Guilherme de Oliveira, tratando-se de um problema que se situa na fronteira da civilização ocidental contemporânea, baseado no respeito pela liberdade e pela autodeterminação dos indivíduos, ele requer de uma discussão permanente, quer para avaliar o mérito da opção que foi seguida, quer para observar o modo como as diversas autoridades aplicam as normas (Albergaria P. S., 2006).

A Lei de Saúde Mental (LSM), de 24 de Julho de 1999, encontra-se dividida em três capítulos: I- Disposições gerais. II- Do Internamento compulsivo e III- Disposições

transitórias e finais. Por sua vez o capítulo II divide-se em oito secções (Disposições gerais; Dos direitos e deveres; Internamento; Internamento de urgência; Casos especiais; Disposições comuns; Da natureza e custas do processo e Comissão de Acompanhamento). Os três capítulos incluem um total de 49 artigos, consagrando 5 deles à definição dos princípios gerais da política de saúde mental e dos direitos e deveres dos utentes; os restantes 44 artigos são dedicados ao internamento compulsivo (Lei nº 36/98, 1998).

O capítulo I da Lei de Saúde Mental portuguesa engloba os primeiros cinco artigos. O artigo 1º define como objetivo estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regular o internamento compulsivo aos portadores de anomalia psíquica, designadamente às pessoas com doença mental. No entanto, a LSM não se refere aos critérios de diagnóstico da doença mental, nomeadamente aos sistemas classificativos, nem salvaguarda, como em documentos analisados anteriormente, que a não adaptação a normas sociais, políticas ou outras não constitui doença mental.

Não se encontra, na lei portuguesa, a definição de propósito terapêutico, no entanto, é referido no artigo 2º que a proteção da saúde mental se efetiva através de ações de prevenção primária, secundária e terciária, bem como, através das ações que contribuam para a promoção da saúde mental das populações, de forma a assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, desenvolver capacidades envolvidas na construção da personalidade e promover a integração no seu meio social. Contudo, na redação da nossa lei, não se especificam ações a levar a cabo junto do público, como se referia por exemplo na Rec(2004)10.

O princípio da restrição mínima, no que se refere ao ambiente e ao tratamento, de acordo com as necessidades de saúde do doente, encontra-se no artigo 3º que se intitula:

“princípios gerais de política de saúde mental”. Neste regista-se que os cuidados devem ocorrer na comunidade, no meio menos restritivo possível e o internamento tendencialmente em hospitais gerais. No âmbito das abordagens terapêuticas, a lei portuguesa refere, também, a necessidade de mecanismos de reabilitação psicossocial e de diferentes estruturas de apoio à comunidade. Ressalva-se que, sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade e os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação psicossocial, inserção social, apoio residencial e reinserção profissional, são comparticipados pelo Estado. No que diz respeito ao desenvolvimento de medidas alternativas ao tratamento involuntário, não existe regulamentação explícita na LSM.

Relativamente à formação dos profissionais, não aparecem disposições na Lei de Saúde Mental, apenas se refere, no artigo 3º, que a prestação de cuidados é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e reabilitação. Não se encontra regulamentação acerca de aspetos específicos da sua formação/atualização.

O artigo 4º refere o Conselho Nacional de Saúde Mental, como órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental. Este é composto por representantes das várias áreas envolvidas, nomeadamente associações de familiares e de utentes, os profissionais de saúde mental e departamentos governamentais. Porém, a Lei de Saúde Mental apenas se refere à sua existência, pois os seus elementos, competências e modo de funcionamento são remetidos para decreto-lei próprio, Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro (Decreto-Lei n.º 304/2009, 2009).

O artigo 5º sobre direitos e deveres do utente enumera um conjunto de questões, ressaltando que estas complementam as que já estão determinadas na Lei de Bases da Saúde. Neste artigo consagra-se o direito à informação e à participação na elaboração do plano terapêutico, ao referir que o doente deve ser informado dos seus direitos, do plano terapêutico e seus efeitos previsíveis. O doente tem direito a receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade, bem como decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas. Salvagam-se os casos de internamento compulsivo ou situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros. O doente goza, ainda, do direito a aceitar ou recusar a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação em conformidade com a legislação em vigor, no entanto, não é feita referência específica a qualquer documento internacional. Neste artigo 5º, é conferido ao doente o direito a usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade. Encontram-se, também, explícitas normas de aplicação para intervenções terapêuticas específicas como a eletroconvulsivoterapia e a psicocirurgia. Nestes casos, surge a ressalva de o doente não poder ser submetido a eletroconvulsivoterapia (ECT) e psicocirurgia sem o seu consentimento escrito, sendo que esta última carece, ainda, de parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

O mesmo artigo 5º salvaguarda, no âmbito dos direitos civis, a comunicação com o exterior, as visitas de familiares, amigos e representante legal, de acordo com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença. De referir, também, o direito à justa remuneração pelas atividades e serviços prestados pelo doente bem como a

receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa. Quanto a este último ponto será de salientar que neste âmbito não existe regulamentação própria específica, o que pode limitar a possibilidade dos doentes serem, de facto, apoiados no que se refere à reclamação e queixa.

A lei determina que o direito de decidir receber ou recusar tratamento, de ser submetido a ECT apenas com consentimento escrito e de aceitar ou recusar participar em investigação, ensaios clínicos ou atividades de formação, são exercidos pelo representante legal, quando os doentes não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.

A LSM, no seu capítulo II, trata do internamento compulsivo, desde o artigo 6º ao 44º. Este capítulo inicia-se com a Secção I, designada “Disposições gerais”, onde se incluem os artigos 6º, 7º, 8º e 9º. Na nossa Lei de Saúde Mental, as revisões, após a decisão de proceder ao internamento, os intervalos de avaliação, as reclamações e direito a um defensor legal estão estipulados em vários artigos deste capítulo II da Lei de Saúde Mental.

O artigo 6º diz respeito ao âmbito de aplicação e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica. No entanto, a lei portuguesa não concretiza a anomalia, nem determina que a formulação do diagnóstico se deva basear em alguma classificação.

O artigo 7º apresenta as definições de internamento compulsivo, internamento voluntário, internando, estabelecimento, autoridade de saúde pública e autoridade policial.

No artigo 8º designado “Princípios gerais”, constata-se a referência ao facto das restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo serem as

estritamente necessárias. No entanto, não existe referência aos documentos internacionais em que tal artigo se fundamenta.

Em conformidade com a lei, o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado, se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram origem. No entanto, não é especificado o âmbito das intervenções consideradas terapêuticas, como já foi analisado, por exemplo, na Rec(2004)10. Este artigo 8º prevê também que, sempre que possível, o internamento seja substituído por tratamento em regime de ambulatório.

No âmbito da proteção do cidadão, face aos abusos do poder estatal, o artigo 9º defende que, nos casos omissos, se aplica, devidamente adaptado, o disposto no Código do Processo Penal.

A secção II da Lei de Saúde Mental refere-se aos direitos e deveres e inicia-se com o artigo 10º em que se abordam os direitos e deveres processuais do internando. O direito à informação individual e o acesso a uma instância independente do serviço de saúde que possa ajudar a entender e exercer os direitos do doente, já consagrados em documentos internacionais, encontram nos artigos 10º e 11º da LSM. A nossa lei determina que qualquer internamento compulsivo seja alvo de um processo judicial; assim, no artigo 10º determina-se que o doente seja informado dos direitos que o assistem, a estar presente nos atos processuais que lhe dizem respeito e a ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete, exceto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável. O internado tem, ainda, direito a ser assistido por defensor legal em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que

diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente. É referida, também, a possibilidade de oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.

O artigo 11º refere-se aos direitos e deveres do internado. Neste, para além, do que é reconhecido aos internados em hospitais gerais, é reforçado, em especial, o direito a ser informado, esclarecido sobre os seus direitos, dos motivos do internamento, a ser assistido por defensor, a comunicar em privado com este e a recorrer da decisão. Este artigo contempla, ainda, o direito a votar, a enviar e receber correspondência e a comunicar com uma comissão independente do serviço de saúde mental, também criada pela mesma lei, que se designa Comissão de Acompanhamento. Na Lei de Saúde Mental, a submissão ao tratamento encontra-se no artigo 11º, nº3 onde é referido que o internado de forma compulsiva tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados e se subentende que, nestes casos, a realização de ECT não obriga ao consentimento escrito. De salientar que, o caso da necessidade de tratamento com ECT, em doentes internados compulsivamente, está previsto na Rec(2004)10, no entanto naquele documento recomenda-se que exista uma revisão médica independente da decisão. Na LSM não se encontra referência a outros tipos de tratamento, no âmbito do IC, como os antipsicóticos de longa duração ou os tratamentos para comorbilidades somáticas.

A Secção III diz respeito ao internamento e inicia-se com o Artigo 12º que estabelece os pressupostos do IC. Este apresenta como requisito para o internamento compulsivo, em estabelecimento adequado, a existência de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recusa de submissão ao necessário tratamento médico.

De acordo com o nº 2 do artigo 12º 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.

Como se pode constatar, na lei portuguesa, a decisão de internar compulsivamente contempla pontos coincidentes com os da Rec(2004)10. No entanto, a LSM considera o internamento se a pessoa não possui discernimento para avaliar o alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado e, por outro lado, não contempla, como acontecia na Rec(2004)10, a possibilidade de internar para determinar a presença de perturbação mental. Tal determinação, na nossa lei, deverá ocorrer na avaliação clínico-psiquiátrica prévia ao internamento.

Contudo, mais uma vez, não é dada qualquer informação relativamente às perturbações abrangidas, sistemas de classificação ou de diagnóstico.

Os procedimentos do internamento compulsivo encontram-se descritos dos artigos 13º ao 21º. O artigo 13º atribui legitimidade para requerer o internamento compulsivo ao representante legal do doente, a qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, às autoridades de saúde pública, ao Ministério Público e ao diretor clínico do estabelecimento onde o doente se encontra internado voluntariamente. Este artigo contempla, ainda, a possibilidade do médico, no exercício das suas funções, poder comunicar à autoridade de saúde pública a existência de uma anomalia psíquica.

O artigo 14º refere-se ao tipo de requerimento a endereçar ao tribunal competente. No artigo 15º prevê-se que o internando seja notificado e informado dos seus direitos e deveres processuais e nomeado um defensor legal, sendo este e o familiar mais próximo

também notificados. Salva-se a possibilidade de requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

No artigo 16º com o título: “Atos instrutórios” é regulada, a pedido do tribunal, a realização de uma avaliação clínico-psiquiátrica, sendo o internando notificado. O artigo 17º refere-se à dita avaliação clínico-psiquiátrica. Esta é da competência dos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, sendo o relatório enviado ao tribunal, no prazo de 7 dias. Conforme determina o artigo 18º o juiz, após receber o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público. O juiz pode convocar para a sessão conjunta outras pessoas, designadamente o médico assistente e determinar a prestação de esclarecimentos complementares. O artigo 19º refere que na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público. Ouvidos todos os intervenientes, o juiz profere a decisão. Neste âmbito, o juiz pode passar o internamento a voluntário, se o internando o aceitar e não houver razões para duvidar da sua aceitação.

No artigo 20º é referida a necessidade da decisão sobre o internamento ser fundamentada, identificar a pessoa a internar, as razões clínicas, o diagnóstico e a justificação do internamento. No 21º apresenta-se o cumprimento da decisão de internamento. O juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, emite o mandado de condução e o internamento é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo.

Na Lei de Saúde Mental o internamento compulsivo de urgência é abordado na Secção IV, dos artigos 22º ao 27º.

No artigo 22º é referido que o portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência sempre que, para além dos pressupostos do artigo 12º, nº1, exista uma situação de perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

O artigo 23º regula a condução do internando ao estabelecimento de saúde, com mandado das autoridades de polícia ou saúde pública que é cumprido pelas forças policiais. Se pela razão de urgência não for possível emitir mandado, qualquer agente policial pode proceder à condução imediata do internando. Por sua vez, o artigo 24º regulamenta a apresentação de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária. O artigo 25º determina que, quando se concluir pela necessidade de internamento na avaliação clínico-psiquiátrica e o internando se opuser, o estabelecimento comunica de imediato ao tribunal judicial. Este procedimento também é aplicável quando, na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário, se verifique a existência dos pressupostos para IC. O Artigo 26º designado por confirmação judicial determina que, após receber a comunicação, o juiz nomeia o defensor e em 48h decide pela manutenção ou não do internamento, comunicando a decisão ao internando, ao familiar mais próximo e ao médico assistente, sendo o internado informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem. No Artigo 27º é apresentada a decisão final, através da qual o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo, ordenando que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior. Depois de receber o relatório desta segunda avaliação, o juiz marca a data da sessão conjunta.

A Secção V contempla os casos especiais e dela constam os artigos 28º e 29º. O artigo 28º refere-se à pendência do processo penal e é o único artigo da LSM a referir algo acerca deste assunto. Este determina que a pendência de processo penal em arguido com anomalia psíquica não obsta ao internamento compulsivo e por conseguinte à aplicação das disposições contidas na LSM.

O artigo 29º refere-se ao caso de inimputabilidade, permitindo que o tribunal decida acerca do internamento compulsivo de inimputável.

A Secção VI, denominada “Disposições comuns”, desenvolve-se do artigo 30º ao 35º. O artigo 30º refere-se às regras de competência, afirmando que o tribunal competente é o tribunal judicial ou o de competência especializada em matéria criminal, se existir. O Artigo 31º que se designa “*Habeas corpus* em virtude de privação da liberdade ilegal” determina que o doente possa requerer ao tribunal a imediata libertação com algum dos seguintes fundamentos: não cumprimento do prazo previsto no nº 2 do artigo 26º, a privação da liberdade ter sido efetuada por entidade incompetente ou fora dos casos ou condições previstas na LSM. Nesses casos, o juiz solicita a apresentação imediata do doente e do representante da instituição onde este se encontra e decide da manutenção ou não do internamento. O doente, seu defensor, quem requer o internamento e o Ministério Público têm, ainda, a possibilidade de, ao abrigo do artigo 32º, recorrer da decisão para o Tribunal da Relação.

O artigo 33º refere-se à substituição do internamento compulsivo por tratamento ambulatorio compulsivo. Tal acontece, mediante comunicação ao tribunal competente, sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, mediante expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente, para o

tratamento em regime ambulatorio. Se o doente deixar de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento. O Artigo 34º regula a cessação do internamento referindo que o internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem e ocorre aquando da alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica ou por decisão judicial. Verifica-se, assim, na nossa lei, que a possibilidade de tratar compulsivamente em ambulatorio é regulamentada por estes dois artigos, não havendo referência a medidas de reabilitação, apoio na comunidade, ou outras que possam assegurar a sua eficácia. Também não estão especificadas, como para o IC, as questões acerca dos critérios para este tipo de medida. Tal como para o IC, não há referência a diagnósticos abrangidos, nem se encontra especificamente determinado que uma medida compulsiva em ambulatorio possa ter início sem internamento prévio.

O artigo 35º prevê a revisão da situação do internando sempre que seja invocada causa que o justifique e obrigatoriamente de 2 em 2 meses, através de um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, havendo lugar a audição do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.

A secção VII denominada “Da natureza e das custas do processo” é constituída por dois artigos. O artigo 36º relativo à natureza do processo classifica-o como de natureza secreta e urgente. O artigo 37º determina que os processos são isentos de custas.

A Secção VIII refere-se à Comissão de Acompanhamento e desenvolve-se do artigo 38º ao 44º. No artigo 38º é estipulada a criação da Comissão de Acompanhamento, no artigo 39º definem-se os serviços de apoio à comissão e no artigo 40º refere-se que esta é

constituída por psiquiatras, juristas, técnicos de saúde mental e um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental. No artigo 41º são definidas as suas competências que incluem: visitas aos internamentos, comunicação direta com os internados, receção de reclamações, solicitação e envio de informação relativa à situação dos internados a entidades administrativas ou judiciárias, recolha e tratamento da informação relativa à aplicação da lei de saúde mental e propostas ao Governo das medidas que se entendam necessárias. Deve, ainda, solicitar ao Ministério Público, os procedimentos judiciais para correção de quaisquer situações de violação da lei. No artigo 42º determina-se que os tribunais comuniquem as decisões à comissão e que é dever das entidades públicas e privadas dispensar à comissão toda a colaboração necessária ao exercício das suas competências.

Na lei portuguesa, o tema dos dados e do seu processamento encontra-se abordado no artigo 43º que se refere à criação de uma base de dados. Este refere que a comissão promoverá, de acordo com a legislação sobre proteção de dados pessoais e o sigilo médico, uma base de dados informática relacionada com a aplicação da lei de saúde mental, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo. Na prática, esta base de dados não é utilizada, dado que apenas dispomos de dados nacionais acerca do número total de internamentos e sexo dos doentes internados. Posteriormente à implementação da lei foi necessário solicitar um parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), acerca da recolha de informação. A CNPD emitiu a autorização para a criação da base de dados em 2001. No entanto, não se regulamentou o fornecimento da informação a entidades públicas e privadas que nisso tenham interesse legítimo, permanecendo os dados apenas disponíveis para a Comissão de Acompanhamento.

O artigo 44º determina a apresentação ao Governo de um relatório anual, por parte da Comissão, relativo às suas atividades.

O capítulo III intitulado “Disposições transitórias e finais” divide-se em duas secções. A secção I com um só artigo, o 45º regula a transição da lei anterior para a atual. A secção II consta de quatro artigos estipulando, no que se refere à proteção dos interesses económicos do doente, o artigo 46º que a gestão do património de doentes mentais não declarados interditos será regulada por decreto-lei, o que até ao presente momento ainda não verificou. Portanto, para além da lei em vigor, para casos de interdição/inabilitação, não existem outras regulamentações legais que determinem formas de proteção aos doentes que se encontrem em situação de vulnerabilidade acrescida mas não cumpram os critérios de interdição/inabilitação. Na ata da reunião de fevereiro de 2013 do Conselho Nacional de Saúde Mental é referida a interligação deste tema com a revisão dos Códigos Civil e de Processo Civil, em curso na Assembleia da República tendo ficado assente que a Subcomissão ‘Capacitação das Pessoas com doença mental’ assumiria a função de redação do projeto de parecer sobre esta matéria (Ata nº 2/2013 , 2013).

O artigo 47º diz respeito à organização dos serviços de saúde mental, a regular por decreto-lei e os restantes, 48º e 49º à entrada em vigor da lei e à revogação da anterior, respetivamente.

De seguida, são abordadas algumas questões que se relacionam com o IC e a proteção à pessoa com doença mental, que se encontram regulamentadas em documentos internacionais e são consideradas relevantes mas, não estão incluídas na LSM.

Um tema relacionado com o envolvimento do público nas questões de saúde mental é tratado no Decreto-Lei nº35/99 de 5 de fevereiro que estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. No nº 3 lê-se que deve ser assegurada a participação da comunidade e dos cidadãos no funcionamento dos serviços de saúde mental, designadamente através de órgãos consultivos e do envolvimento na sua gestão efetiva de elementos relevantes da comunidade local, em particular de associações de familiares e utentes. No nº 5 do artigo 2º refere-se que devem ser implementadas outras formas de participação ativa, como o voluntariado para colaboração em atividades dos serviços de saúde mental, nomeadamente no âmbito do apoio domiciliário, da reabilitação e inserção social, e de ações de educação para a saúde (Decreto-Lei nº 35/99, 1999).

Na LSM, apesar de estar determinado em documentos internacionais, não é feita referência à necessidade de registos próprios, nas instalações psiquiátricas. Embora do processo clínico constem os registos do doente, a existência de um registo específico, nos casos de medidas compulsivas, poderia constituir uma mais valia não só para o cumprimento dos objetivos da Comissão de Acompanhamento já que, das suas atribuições constam a visita aos estabelecimentos com recolha e tratamento da informação relativa à aplicação do internamento compulsivo, mas também para o tratamento dos registos para uma base de dados.

Na lei de Saúde Mental, também, não existe referência a algum tipo de proteção aos membros da família/dependentes de pessoas com perturbação mental.

A questão das medidas de contenção e a sua aplicação não são abordadas na LSM. Tal matéria é desenvolvida na Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) de

2007 relativa à contenção física, e na Orientação da DGS de junho de 2011, na qual são abordados os diferentes meios de contenção e orientações relativas à sua utilização.

A Circular Normativa nº: 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 da Direção Geral da Saúde acerca das medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes, refere-se à contenção física. Nela se recomenda que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente e com competências técnicas específicas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. De salientar que, de acordo com este documento, a contenção física deve ser realizada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. Este documento salienta que os procedimentos devem basear-se numa decisão conjunta da equipa terapêutica e respeitar os princípios bioéticos e outras recomendações, nomeadamente, a Rec(2004)10 do Conselho da Europa, relativa à proteção dos direitos humanos e dignidade das pessoas com doença mental (Circular Normativa Nº: 08/DSPSM/DSPCS, 2007).

A orientação nº 021/2011 de 06/06/2011 da Direção Geral da Saúde acerca da prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, engloba orientações relativas às medidas de contenção em geral (físicas, mecânica, terapêutica e ambiental). Esta orientação baseia-se na conclusão de estudos que apontam para a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados a essas medidas, bem como dos benefícios que podem resultar da formação para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas. De salientar que esta circular determina que a chefia de enfermagem assegure, no processo clínico do doente, o registo da avaliação que levou ao uso da medida, das medidas preventivas usadas, das medidas de contenção analisadas com o doente ou seu representante, dos profissionais envolvidos na tomada de

decisão, das avaliações acerca da evolução do estado clínico e despiste de lesões associadas, bem como das revisões do plano de cuidados.

Na secção designada “Critérios”, este documento alerta para o facto de que as medidas de contenção implicam restrições na liberdade e impacto na autodeterminação e dignidade do doente, pelo que devem ser encaradas como incidentes para a segurança do doente, como último recurso, prevalecendo o princípio de cuidar com a menor restrição possível, ponderando os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos) e pelo menor tempo possível. É referido, ainda, que todos os profissionais devem receber formação, na admissão e a cada três anos, sobre técnicas preventivas à contenção, técnicas de contenção e aplicação das mesmas, bem como ao cuidar do doente nessas situações (Orientação nº 021/2011, 2011).

Tendo em conta os documentos internacionais analisados e a Lei de Saúde Mental Portuguesa, podemos constatar que grande parte dos pontos abordados nos diferentes documentos internacionais, no âmbito da doença mental e internamento compulsivo, se encontram na nossa Lei de Saúde Mental. Relativamente aos que não estão, é possível, na maior parte dos casos, remeter para outros diplomas ou diretivas nacionais. No entanto, considera-se que seria relevante e enriquecedora a referência mais explícita e detalhada, no que concerne às questões da proteção dos direitos humanos e civis, de acordo com as diretivas internacionalmente aceites.

Seria, ainda, desejável a reflexão acerca dos diagnósticos e classificações internacionais de doença, na abordagem às medidas compulsivas, bem como em relação a medidas de avaliação do risco.

Na nossa lei é referido que os profissionais têm treino específico, no entanto fica por confirmar a atualização das ações de formação estipuladas. Considera-se fundamental, a necessidade de estabelecer planos de formação em áreas como o respeito pela dignidade e direitos humanos e a importância de reconhecer a vulnerabilidade da pessoa doente. Neste contexto, para assegurar a proteção à pessoa doente, seria, importante um plano de monitorização e verificação das ações de formação dos profissionais e das medidas de contenção e isolamento.

Considera-se, ainda, poder constituir um benefício a organização de protocolos clínicos em áreas mais sensíveis como as do uso de terapêuticas como a ECT, os antipsicóticos de longa duração ou fármacos para tratamento de comorbilidade somática.

Para a efetiva proteção ao doente considera-se também importante que a utilização dos dados estatísticos referidos na nossa lei, os relatórios e a divulgação, relativamente à aplicação das medidas compulsivas em Portugal seja uma realidade.

Ainda por regulamentar, encontra-se, como foi referido, a proteção dos interesses económicos dos doentes mais vulneráveis não considerados interditos/inabilitados.

Para finalizar, sugerem-se algumas questões, para reflexão. A LSM é considerada por organizações de grande relevo, como a OMS, um modelo a seguir mas, desde a sua promulgação e de acordo com os documentos internacionais, temos tirado as devidas lições e aprendido com a nossa experiência? Temos, de facto, uma lei equilibrada, mas não será oportuno refletir sobre a sua aplicação e a atuação dos profissionais envolvidos? A opinião e a interpretação da lei, pelos médicos, estão de acordo com o determinado na lei portuguesa e nos documentos internacionais? A LSM pode ser melhorada, os instrumentos legais disponíveis são suficientes? Será importante o debate acerca dos procedimentos de

registo, da formação, dos instrumentos estatísticos e das bases de dados previstas, bem como de adequados e efetivos meios de monitorização? A lei responde às situações colocadas na prática clínica aos nossos profissionais e às diversas situações encontradas na sociedade portuguesa?

5. Internamento Compulsivo e Princípios Éticos

Se há princípios a respeitar e a defender, as decisões tornam obrigatório um esforço de ponderação permanente. Porém a procura e a discussão nunca deverá perder de vista a defesa da construção da pessoa e o respeito essencial pela dignidade da vida.

Luís Archer

5.1. Introdução

A efetivação dos princípios éticos é essencial, na relação médico-doente. Todavia, a sua aplicação, em situações específicas, é com frequência dificultada, uma vez que as partes envolvidas podem estar em desacordo quanto à forma correta de atuar numa situação. Neste contexto, o estudo da ética prepara os profissionais a reconhecer estas situações difíceis e a tratá-las de forma racional (Williams J. , 2009).

Os aspetos médicos, éticos e legais são essenciais para entender o que está em causa nos internamentos e tratamentos involuntários em saúde mental. Em psiquiatria, após identificar a existência de uma situação de doença grave e tendo em conta os problemas éticos associados (Stagnaro, 2013), está em causa proteger e tratar a pessoa doente. Encontra-se implícita na noção de proteção, a prevenção de situações que possam causar dano ao próprio, mas também a terceiros. No conceito de tratamento, defende-se não só a intervenção terapêutica do episódio atual, mas também evitar o aparecimento de danos permanentes associados à doença, como por exemplo, a deterioração cognitiva.

A discussão acerca da legitimidade ética para o tratamento involuntário tem evoluído, tendo em conta os dados da literatura que apontam para as suas vantagens. Isso

leva a que se concentrem as questões noutra situação específica: sob que circunstâncias deve o tratamento involuntário ser permitido? (Bloch, Green, 2009)

As questões éticas levantadas, tanto no processo de decisão da aplicação de medidas compulsivas, como na sua manutenção, são muito diversas. É fundamental e imperativo respeitar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais da pessoa doente que se encontra em situação de vulnerabilidade acrescida, de modo a proporcionar o necessário tratamento (O'Hagan, 2012). É, também, tarefa do médico avaliar as questões levantadas pelo impacto da doença em termos de segurança pública. Princípios como os da justiça, equidade, não-discriminação e não-estigmatização, privacidade e confidencialidade são, sem dúvida, relevantes no estudo das questões relacionadas com o internamento e tratamento compulsivo. No entanto, para a discussão da justificação ética das medidas compulsivas, estão em causa, para além dos já referidos, princípios como os da beneficência, autonomia e responsabilidade individual, consentimento, integridade pessoal e solidariedade. Todos eles estão envolvidos na utilização das medidas involuntárias, sendo fundamentais para identificar critérios, ponderar tratamento e seguimento, no âmbito do internamento compulsivo dos doentes com perturbação mental grave.

Pretende-se, com esta reflexão, contribuir para o reconhecimento da aplicação dos princípios éticos, nos casos de IC, organizando a sua apresentação de acordo com os artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO. Esta é concebida como uma extensão da lei internacional de direitos humanos para o campo da biomedicina. O seu texto integra uma análise bioética na estrutura conceptual da dignidade humana, dos direitos humanos e liberdades fundamentais, sendo que cento e

noventa países, entre os quais Portugal, comprometeram-se em 2005, a respeitar e aplicar os princípios éticos fundamentais relacionados com a medicina, ciências da vida e tecnologias associadas.

De seguida, apresentam-se os artigos contidos na DUBDH, que se considera serem essenciais na abordagem clínica ao IC. Estes serão apresentados, de acordo com associações estabelecidas ao longo de um percurso que se considera poder refletir o da avaliação do psiquiatra, no processo de internamento compulsivo. Os artigos a analisar serão: dignidade humana e direitos humanos; beneficência e dano; autonomia e responsabilidade individual; pessoas sem capacidade de consentir; consentimento; não-discriminação e não-estigmatização; respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; privacidade e confidencialidade; solidariedade e cooperação; igualdade, justiça e equidade.

5.2. Dignidade Humana e Direitos Humanos

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, no seu artigo 3º, refere-se à necessidade de respeitar completamente a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais, afirmando que os interesses e bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse da ciência ou da sociedade. Este é um ponto abordado no presente trabalho, a propósito da DUDH e da CEDH, que se revela de particular importância, no que se relaciona com as questões colocadas na decisão do internamento compulsivo.

Toda a sociedade humana reconhece direitos aos seus cidadãos e o seu conteúdo, social e culturalmente determinado, é variável de uma sociedade para outra. No entanto, a proclamação explícita dos direitos do homem é um produto da cultura ocidental de matriz judaico-cristã. Esta cultura foi mais longe ao reconhecer que os direitos implícitos em qualquer sociedade deveriam estar determinados, surgindo a expressão: *direitos humanos* (Vidal, 1975). Estes encontram a sua fundamentação na ideia da dignidade do homem que, sem dúvida, abarca todos os seres humanos, em todos os momentos históricos e espaços geográficos (Pan, 1992) e se concretizam em torno de exigências que consideramos imprescindíveis, como condições inexcusáveis de uma vida digna. Dizemos que os direitos humanos são fruto e expressão da dignidade inerente a todo o ser humano, independentemente da raça, sexo, religião ou qualquer outra característica acidental e secundária. Sem dúvida alguma, a pessoa e a dignidade humana são o atual ponto de partida e meta de chegada para a reflexão moral. O tema da dignidade do homem está situado no nível mais profundo da hermenêutica ética, isto é, no nível de onde brota a normatividade ética (Rahner, K., 2002). A afirmação do homem como uma realidade consistente por ela própria conduz à consideração deste como subjetividade e não como objeto. Os direitos humanos supõem uma opção humanista que, de uma ou de outra forma, reconhece o valor do homem acima de qualquer outra realidade.

Na prática clínica em psiquiatria, especialmente nos casos de IC, os interesses do indivíduo podem entrar em conflito com os da sociedade, colocando em causa a dignidade, os direitos humanos e liberdades fundamentais do doente. Assim, nestes casos, os interesses de terceiros e da sociedade têm, com frequência, de ser avaliados ou excluídos pelo médico.

De acordo com a DUBDH, a dignidade humana proporciona o pano de fundo conceptual para responder às novas preocupações acerca do respeito pelas pessoas em contexto clínico. O percurso histórico e o enquadramento e análise dos documentos internacionais realizados neste trabalho, permite perceber que a afirmação de que os direitos do homem são os direitos de todo o homem é uma verdade que, infelizmente, precisa de ser recordada, sob pena de cair no esquecimento. É um facto que a nossa sociedade avançou na consideração das pessoas com perturbação mental; efetivamente, foram abandonadas afirmações como: "das existências que são uma carga", das "carcaças humanas vazias", ... dos "insuportáveis seres maliciosos e de mente torcida " ... ou "dessas vidas indignas de serem vividas". No entanto, apesar de ser aceite que a situação de doença não implica a diminuição do valor e da dignidade fundamental, as pessoas com perturbação mental continuam a ser discutidas na sua humanidade. O médico, na sua prática clínica, pode ser confrontado com situações em que, face à atitude de terceiros perante a doença mental, o doente possa ser sujeito a avaliação médica no âmbito do IC, sendo a sua dignidade, direitos e liberdades postos em causa. De facto, é fundamental não esquecer que a atitude de terceiros perante qualquer outro membro da raça humana, só será eticamente satisfatória quando respeite, valorize e promova nele, a sua dignidade humana (Pan, 1992), encarando a perspetiva dos direitos humanos como uma categoria ética básica.

A dignidade humana reflete, portanto, no contexto da clínica e da investigação, a preocupação e a necessidade de assegurar o respeito pelo valor inerente do ser humano. No entanto, para se tornar funcional, a dignidade necessita, como se irá constatar, de outras noções mais concretas como o consentimento informado, a confidencialidade ou a integridade, formuladas sob a terminologia “direitos”.

5.3. Beneficência e Dano

Edmund D. Pellegrino refere-se à dignidade humana como propriedade inerente ao ser humano que gera a obrigação moral universal de fazer o bem e evitar o mal. Tal como já foi referido, para este objetivo ser alcançado, os interesses e o bem-estar do doente devem ter prioridade sobre outros como, por exemplo, os interesses da sociedade. Tais desígnios efetivam-se através da aplicação do artigo 4º da DUBDH que se refere à beneficência e dano, ou seja, à necessidade de maximizar os benefícios e minimizar qualquer dano. Este artigo assume-se como a aplicação do princípio da beneficência e não-maleficência e, tratando-se de um princípio que deriva da dignidade inerente ao ser humano, implica que a beneficência tem de ser protegida (Unesco, 2009). Na prática médica, a beneficência é o primeiro preceito moral da ética profissional e o que pode fazer tolerar a exposição a riscos é o benefício que se espera ocorrer após o tratamento, a prevenção ou a melhoria da doença. Assim, as possibilidades de dano são moralmente aceitáveis, quando o requisito é a maximização do benefício e a minimização do dano, precisamente, o julgamento que o médico tem de ter em conta na decisão do internamento compulsivo, já que esta é uma medida que, potencialmente acarreta danos.

Poder-se-á então questionar: o que constitui um benefício e minimização de dano quando falamos do internamento compulsivo? Proteger a vida e a integridade física? Melhorar a saúde, tratar a doença, evitar a deterioração do estado de saúde e sequelas associadas ao estado de descompensação da doença? Defender os interesses da pessoa doente e da sociedade, nomeadamente no que se refere aos riscos associados para bens patrimoniais e ao risco de perigosidade para si e para terceiros, relativamente à integridade

física e psíquica? Sem dúvida que todos estes potenciais benefícios são importantes no processo de decisão, aceitando-se que tais objetivos justificam os danos potenciais, a restrição à liberdade e a outros direitos e liberdades fundamentais do cidadão com doença mental. O julgamento é, portanto, feito entre benefícios, danos e riscos.

Apesar dos riscos do internamento compulsivo que se associam a experiências negativas relacionadas com a privação da liberdade e limitação no exercício dos direitos humanos, é fundamental ter em conta os dados que apontam para que situações de tratamento involuntário, apesar de inicialmente implicarem coerção, acabem por levar a maior liberdade a longo prazo. Por outro lado, a minimização dos danos que se impõe neste princípio, nomeadamente através do cumprimento escrupuloso das normas médicas, éticas e legais, garante a não sobreposição dos interesses da sociedade ou outros aos do indivíduo. O conflito entre a autonomia, a privação da liberdade e a limitação no exercício dos direitos humanos, em situações de tratamento involuntário podem então ser toleráveis, tendo em conta: a proteção da vida e da integridade física, a melhoria da saúde, o tratamento da doença, o evitar da deterioração e sequelas associadas à descompensação da doença, bem como a defesa dos interesses da pessoa doente e da sociedade, dos bens patrimoniais e da integridade física e psíquica.

O caráter do profissional de saúde assume, neste contexto, um papel central, perante conflitos e obrigações na implementação deste princípio e na avaliação do grau de vulnerabilidade, riscos corridos e necessidades das pessoas. São fundamentais, a prudência no julgamento, a educação dos profissionais de saúde e a competência técnica. Estas obrigações especiais impõem altos níveis de beneficência já que, através de virtudes como a benevolência, o clínico se dispõe a fazer o bem.

5.4. Autonomia e Responsabilidade Individual

A bioética moderna, que enfatiza a autonomia do doente e a doutrina do consentimento informado, estabelece que a autodeterminação, isto é, a expressão consciente da vontade moral de uma pessoa, é uma parte essencial da relação médico-doente e do processo de decisão, no sistema de saúde em geral (Moreno, 2002). A DUBDH, no seu artigo 5º, refere-se à autonomia e responsabilidade individual. Este artigo estabelece que a autonomia das pessoas para tomar decisões tem de ser respeitada, presume que o próprio assuma a responsabilidade da sua escolha e respeite a autonomia de terceiros. Tal como a beneficência, a autonomia está incluída nos princípios derivados, já que é baseada no princípio fundamental da dignidade humana. Neste contexto, o respeito pelas pessoas divide-se em dois requisitos morais distintos, importantíssimos na prática clínica, nomeadamente nos casos em que se coloca a decisão de internar compulsivamente: o reconhecimento da autonomia do indivíduo e a proteção daqueles que têm autonomia diminuída.

Uma pessoa autónoma é um indivíduo capaz de decidir sobre os seus objetivos pessoais e atuar sob a orientação dessa decisão. A falta de respeito pela autonomia de alguém acontece quando se repudiam os seus critérios e revela-se quando se nega a um indivíduo a sua liberdade de atuar segundo os mesmos ou se oculta informação necessária para que este possa emitir um juízo, quando não há razões convincentes para o fazer (Arazandi, 2003).

O direito do doente recusar tratamento é uma proteção da sua autonomia e uma forma deste tomar a responsabilidade pela decisão do tratamento. Como refere Donald

Evans, na DUBDH, a autonomia é o valor ético que surge de forma mais proeminente na prática clínica, no começo do século XXI, no contexto da emergência das noções dos direitos humanos e direitos individuais, na segunda metade do século XX.

No entanto, há muitos doentes que não são capazes de tomar decisões por si próprios. Por exemplo, as crianças, algumas pessoas com doenças neurológicas ou psiquiátricas e os que estão temporariamente inconscientes ou em coma. Para pessoas que não são capazes de exercer a autonomia e por consequência de assumir a responsabilidade da sua decisão, bem como respeitar a autonomia de terceiros, são necessárias medidas especiais, para proteger os seus direitos e interesses (Unesco, 2009).

Na maior parte dos casos em que se opta pelo internamento compulsivo, a pessoa não reconhece que está doente, o que a incapacita para a tomada de decisão. Nestes casos, o clínico pode atuar de acordo com o que a pessoa iria desejar se não estivesse incapacitada ou determinar quais os seus melhores interesses (Munetz, Galon, Frese, 2003). Esta última hipótese é a mais frequentemente usada, uma vez que a incapacidade é geralmente prolongada tornando difícil avaliar o que a pessoa iria desejar se estivesse capaz (Bloch, Green, 2009).

A escolha do representante apropriado que tome as decisões e a eleição dos critérios para as mesmas, em nome dos doentes incapacitados, representam problemas éticos. Não existem dúvidas que alguns aspetos da ética médica evoluíram com os tempos. Anteriormente era conferido ao médico o direito e o dever de decidir como tratar os seus doentes e não existia a obrigação de obter o consentimento informado do doente. Aliás, a Declaração da Associação Médica Mundial sobre os direitos do doente começa com a seguinte afirmação: *“a relação entre os médicos, seus doentes e a sociedade sofreu*

importantes mudanças nos últimos anos. Ainda que o médico deva atuar sempre de acordo com a sua consciência e no melhor interesse do doente, devem fazer-se os mesmos esforços para garantir a autonomia e a justiça”.

Quando prevalecia o paternalismo, o médico era considerado o representante apropriado para um doente incapacitado. Este poderia consultar os familiares acerca das opções de tratamento, mas tomava a decisão final. A pouco e pouco, têm vindo a acontecer alterações e, em muitos países, os doentes podem nomear os seus representantes legais, no caso de estarem incapacitados. Atualmente o médico apenas toma decisões pelo doente quando não é possível contactar o representante designado, o que acontece por exemplo em situações de emergência (Williams J. , 2009), quando esse representante não existe e em situações estipuladas por lei como é o caso do internamento compulsivo.

De acordo com T.L. Beauchamp e J. F. Childress, o princípio da autonomia não se efetiva apenas pela decisão livre, mas sim pela decisão livre e racional. A racionalidade depende do pensamento coerente, entendimento e deliberação (Beauchamp Childress, 2001), conceitos que são de difícil avaliação. Por exemplo, na depressão, a avaliação da realidade é condicionada, de acordo com os sintomas e, no extremo, pode até ser delirante. A presença de sintomas delirantes, com ausência de crítica, confere ao clínico uma certeza quanto à incapacidade da pessoa para tomar uma decisão livre e racional. No entanto, muitas situações, na prática clínica, são de difícil avaliação, dada a patologia não cursar com sintomas que possam claramente indicar a incapacidade do doente em decidir autonomamente. Assim, o médico tem de distinguir as situações em que a pessoa se encontra incapacitada daquelas em que, estando capazes, existe uma situação de maior vulnerabilidade no processo de tomada de decisão como acontece nos casos de depressão

com ideação suicida, na anorexia nervosa ou nas perturbações por dependência de álcool e drogas. Pode, ainda, ser difícil de avaliar a capacidade para tomar decisões, especialmente naqueles casos em que o potencial de raciocínio tenha sido afetado por doenças graves ou crónicas. É de salientar, como já foi anteriormente referido, que uma pessoa com doença mental pode ser capaz de tomar decisões sobre alguns aspetos da sua vida mas não sobre outros, como por exemplo em situações de debilidade intelectual. Além disso, a capacidade pode ser intermitente, isto é, um indivíduo pode ser capaz de decidir em certos momentos e não em outros, como acontece por exemplo na doença bipolar ou na esquizofrenia.

Assim, a DUBDH refere que o internamento compulsivo na doença mental surge como uma das raras situações em que existe um limite para a autonomia, tendo em vista a proteção e tratamento do doente, em situações de perigo para si, podendo ainda envolver a proteção da autonomia, liberdade e segurança de terceiros. Nesses casos, os profissionais legalmente autorizados podem internar involuntariamente, de acordo com limites cuidadosamente determinados por lei. Tal restrição da liberdade das pessoas para decidir sobre si próprias é justificada, muito raramente e sob altas restrições, de forma a assegurar que aqueles que exercem medidas extraordinárias não abusem da liberdade e autonomia dos cidadãos e que a medicina não seja usada como uma forma de controlo social.

A discussão da autonomia foca-se no balanço entre esta e a responsabilidade do indivíduo perante terceiros. No entanto, a autonomia individual tem uma importância diferente, de acordo com as culturas e a relevância conferida à família e à comunidade (Unesco, 2009). Este aspeto é de grande importância pois a orientação dos cuidados em saúde mental tem vindo a passar pela desinstitucionalização dos doentes e sua inserção na comunidade, sendo que, atualmente, para a pessoa com doença mental, espera-se mais do

que um lugar na comunidade, procura-se a preservação ou restauração da autonomia e a real reintegração do sujeito na família e na sociedade.

5.5. Pessoas sem Capacidade para Consentir

Como é referido na DUBDH, a autonomia pode ser exercida sob algumas condições. A liberdade de tomar decisões depende da capacidade de as tomar e existem pessoas que não têm essa capacidade. A este propósito, o artigo 7º, refere-se às pessoas sem capacidade para consentir, estipulando que, de acordo com as leis do país, uma proteção especial deverá ser oferecida àqueles que não têm essa capacidade. A autorização para a prática médica, como já foi referido, deve ser obtida de acordo com o melhor interesse da pessoa e com a lei, no entanto, a pessoa deve ser envolvida o mais possível no processo de tomada de decisão, bem como no de retirada do consentimento.

A competência para dar consentimento ou recusar tratamento refere-se à capacidade de entender o propósito, natureza, efeitos prováveis e riscos de um tratamento, incluindo a probabilidade do seu sucesso, as consequências de não o realizar e quaisquer alternativas ao mesmo. Assim, a capacidade de consentir envolve vários aspetos. Por um lado, o entender uma situação, os assuntos envolvidos na decisão e a sua avaliação racional constituem o que se designa como dimensão cognitiva da capacidade. Por outro lado, o tomar uma decisão racional e a liberdade de agir efetivamente para implementar essa decisão constituem a dimensão volitiva.

A capacidade relaciona-se com o sentido legal; no sentido médico-ético, usa-se o termo competência. Esta indica se um indivíduo é capaz de tomar decisão autónoma e

válida. Na clínica, os fatores relevantes para julgar a competência, principalmente em pacientes psiquiátricos, englobam uma série de variáveis que não estão incluídas nas definições legais de capacidade, tais como: a interpretação das informações pelo indivíduo e a influência da doença mental sobre essa capacidade de interpretação. Assim, a competência refere-se ao conceito clínico de possuir habilidades necessárias para a tomada de decisões em relação ao tratamento.

Para avaliar a competência, existem fatores de extrema importância no julgamento clínico, tais como: a consistência no tempo das decisões expressas, as razões das mesmas, os desejos expressos anteriormente, a personalidade antes da doença, o estado emocional atual e seu impacto no processo da tomada de decisões, o impacto psicopatológico da doença mental nos sistemas de crenças, bem como nos sistemas de valores e desejos do doente. Este conceito de competência exige do médico que, mesmo em pessoas com incapacidade legal, seja respeitada a dignidade da pessoa, sejam tidas em conta a sua vontade e preferências e que esta participe nas decisões e exprima o seu consentimento até ao máximo que permita a sua capacidade (Williams J. , 2009). Surge, assim, uma questão central na prática clínica, como assegurar que os fatores acima referidos são avaliados de forma sistemática? Que situações clínicas ou patologias se associam à diminuição da competência para tomar uma decisão autónoma? O estabelecimento dos diagnósticos de acordo com os padrões internacionalmente aceites como a Internacional *Classification of Diseases* (CID) ou o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) podem permitir uma aplicação padronizada. Além disso, como já se referiu anteriormente, os enquadramentos legais a nível nacional e as normativas internacionais definem os critérios segundo os quais são justificáveis restrições de direitos individuais e aplicáveis medidas de proteção.

5.6. Consentimento

O artigo 6º da Declaração Universal da Bioética diz respeito ao consentimento, referindo que qualquer intervenção médica, diagnóstica e terapêutica é levada a cabo com o consentimento informado prévio e livre, baseado na informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser expresso e pode ser retirado pela pessoa, a qualquer altura e por qualquer razão, sem desvantagem ou prejuízo. Este baseia-se nos princípios do respeito pelas pessoas e pela dignidade humana, não se devendo atuar contra o desejo do doente, respeitando a sua autonomia, a sua capacidade para considerar opções, tomar decisões e atuar sem influência de terceiros. O consentimento informado associa-se ao direito à integridade e ao respeito pela autonomia e autodeterminação. Assim, é necessário fornecer a informação que possa ser entendida, a tomada de decisão ser voluntária e, em certas circunstâncias, o consentimento tem de ser alvo de procedimento formal (Unesco, 2009). A assunção de que os doentes são capazes de lidar com a verdade, isto é tolerar e atuar de acordo, é um fenómeno relativamente recente. De facto, muitas dúvidas se colocam acerca da autodeterminação; Eric Cassel questiona: será que uma pessoa doente pode fornecer consentimento válido? Segundo este, o facto de estar doente e de o saber, impõe limitações inerentes à capacidade de fazer julgamentos. A visão pragmática-naturalista advogada por autores como William James e Dewey defende que a auto-determinação é possível num grau suficiente talvez e apenas porque nós queremos que assim seja, porque corresponde à experiência subjetiva que temos acerca de nós próprios como decisores. No entanto, o consentimento informado, mesmo que seja exercido sob circunstâncias difíceis, como as que passamos em alguns casos de doença, é

muito importante; ele exprime, como já foi referido, o respeito pelas pessoas (Arazandi, 2003). No contexto do máximo respeito pela liberdade e pelo consentimento, muitos defendem, como aliás já foi possível constatar nos documentos internacionais analisados, nomeadamente na Rec(2004)10, a distinção entre o internamento e o tratamento involuntário, preservando o direito dos doentes a participar na decisão do tratamento, inclusivamente quando estão internados compulsivamente. Uma razão legítima para recusar tratamento pode ser uma experiência negativa com tratamentos no passado, por exemplo no que se refere aos efeitos secundários produzidos por medicamentos psicotrópicos. Assim, na tomada de decisões, o médico deve assegurar-se que todos os direitos do doente sejam tidos em conta.

5.7. Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal

Tal como já foi abordado anteriormente, é inquestionável que o doente se encontra numa situação de vulnerabilidade acrescida, especialmente nos casos em que se coloca a hipótese do internamento ou tratamento involuntário. O respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, expresso no artigo 8º da DUBDH, implica a noção de que, na prática médica a vulnerabilidade humana deve ser tida em conta, os indivíduos e os grupos de especial vulnerabilidade devem ser protegidos e a integridade pessoal respeitada. A vulnerabilidade requer o cuidado, a responsabilidade e solidariedade, no reconhecimento e na não exploração dessa condição. Este princípio reforça, ainda, que o exercício da autonomia e o fornecimento do consentimento, não eliminam a vulnerabilidade. No que se refere à assistência clínica e, em particular, aos casos de internamento compulsivo, o

princípio da vulnerabilidade ajuda a lembrar os direitos dos doentes, apelando à responsabilidade do profissional de saúde e à das instituições, a serem protetoras dos cidadãos. Como refere Renaud, aceitar o outro numa atitude de cuidado implica que se aceite igualmente a vulnerabilidade (Renaud, 2008).

Devemos, então, proporcionar proteção a quem é um risco para si próprio ou para terceiros, mesmo quando esta não é solicitada ou até desejada? Ou devemos respeitar a autonomia mesmo que isso possa implicar o aumento da vulnerabilidade dos doentes, expondo-os a situações de exclusão e marginalidade social, ao invés de as diminuir e às suas consequências?

As perturbações mentais constituem situações de vulnerabilidade acrescida, especialmente em fases da doença em que a sua autonomia se apresenta comprometida. Nestes casos, a proteção da vida, da saúde, da integridade física e psíquica, surgem como bens que é imperativo proteger. Os doentes que são admitidos de forma involuntária aos cuidados psiquiátricos estão, ainda mais, vulneráveis em consequência da interferência de terceiros e devido às limitações pessoais decorrentes da doença psiquiátrica que podem influenciar o controlo das suas próprias vidas.

No contexto do IC, a contenção, controlo de violência e outras medidas coercivas podem ser necessárias e é fundamental que sejam tidos em conta a vulnerabilidade e o respeito pela integridade do doente. O uso de coerção, nos cuidados psiquiátricos, suscitou grandes discussões mas, na maioria dos países, é aceite como necessário. No entanto, meras alterações legislativas, provavelmente, não são suficientes para conduzir a uma mudança nos cuidados involuntários mas sim, entre outras medidas, um entendimento mais profundo do que significa a coerção para os doentes. Ser doente implica alguma

dependência dos profissionais de saúde. Nesse contexto, uma experiência positiva de dependência pode diminuir a vulnerabilidade do doente e uma experiência negativa pode aumentá-la. Um dos principais problemas dos cuidados compulsivos é o de saber como lidar com a intrusão na autonomia sem violar a integridade do doente.

5.8. Privacidade e Confidencialidade

A integridade contém, entre outros valores, o respeito pelo doente na esfera pessoal que se refere ao direito do indivíduo à privacidade. A DUBDH, no seu artigo 9, refere-se à privacidade e confidencialidade. Este artigo estabelece a relação entre privacidade, confidencialidade e consentimento, ao dizer que, na medida do possível, a informação não deve ser usada para fins que não aqueles para os quais foi colhida ou foi dado consentimento. Os seres humanos têm o direito fundamental à confidencialidade dos seus dados e ao livre consentimento, previamente à utilização dos mesmos.

A aplicação de novas tecnologias e a explosão de técnicas de comunicação e informação perturbaram a relação entre doentes e médicos. Assim, este artigo reforça o princípio da confidencialidade, procurando que as inovações técnicas, científicas e operacionais assentem no respeito pela dignidade humana, autonomia e liberdade do ser humano. Para tal contribui, ainda, a regulação, ao nível da lei internacional, acerca da difusão e utilização de dados pessoais. Na prática, os direitos e liberdades dos doentes podem entrar em conflito com as exigências do “bem comum” e com as potencialidades das tecnologias de informação, todavia o ser humano tem o direito fundamental à confidencialidade dos seus dados e ao livre consentimento, previamente à sua utilização.

Contudo, é necessário reconhecer que a proteção da privacidade tem de ter em conta a saúde coletiva e exigências sociais, segurança e direitos fundamentais do doente, pelo que o segredo médico pode, sob certas circunstâncias legais ser quebrado (Unesco, 2009). Este problema coloca-se nas questões relacionadas com o internamento compulsivo, nomeadamente nos relatórios para o tribunal ou nas audiências conjuntas, em que o fornecimento de informação relativa ao doente é necessário para que o processo judicial e consequentemente o IC possa ser levado a cabo.

5.9. Não-Discriminação e Não-Estigmatização

É um facto que, na vida quotidiana, ainda, subsistem formas de pensar e de atuar que tendem a discriminar as pessoas com doença mental. Indubitavelmente falta uma aceitação plena que conduza a posturas ativas pelas quais se excluam todas as discriminações, veladas ou manifestas (Pan, 1992). A DUBDH, no seu artigo 11º, considera a não-discriminação e não-estigmatização. A pessoa com perturbação mental deve ser reconhecida como alguém que se formou na relação social e que é portadora dos mesmos direitos fundamentais que o resto dos cidadãos; no entanto, esta pertença inicial à comunidade humana pode ser subvalorizada ou negada. Em muitas regiões, a incapacidade é considerada como um castigo e oculta-se, como algo vergonhoso. Esta tendência, oposta à integração, tem uma evidente base vital, uma vez que o ser humano tem uma inclinação natural a excluir da relação social e ver com uma atitude negativa todos os que se afastam das normas. Tratar-se-ia de uma função de defesa que podia ter sentido, em tempos remotos e em sociedades pequenas e pouco evoluídas, como necessária para a

sobrevivência. Mas atualmente, e em particular nas sociedades ocidentais baseadas em princípios de igualdade, justiça, participação, respeito mútuo, solidariedade e diálogo, procura-se a não-discriminação e não-estigmatização.

Impõe-se, pois, falar de integração, o oposto da marginalização. É através da integração que uma sociedade pode satisfazer os direitos do ser humano e honrar a sua dignidade humana. Assim, espera-se que a pessoa leve uma vida tão normal quanto possível, podendo realizar-se, sem mais limitações do que as da sua própria capacidade; isto é, sem restrições provenientes de uma discriminação suplementar, por parte dos demais membros da sociedade. O princípio da integração defende que todo o indivíduo, qualquer que seja a sua condição física ou mental, tem de ser aceite pelos demais e pela sociedade, usufruindo dos recursos da sociedade em que se insere. Tal objetivo adquire uma maior importância no caso europeu que integra uma série de Estados, numa comunidade ampla e plural. Ao falar de união e de integração europeia, esta tem de ser uma realidade para todos os que aí vivem. Portanto, não será encerrando os doentes, sob a pretensão de prevenir um hipotético mal que se efetivarão os princípios já referidos. Será, por isso, fundamental prevenir, ajudar e acompanhar as pessoas na superação das dificuldades que a vida apresenta a todos os seres humanos (Pan, 1992).

5.10. Solidariedade e Cooperação. Igualdade, Justiça e Equidade

A atuação perante o doente sob medidas compulsivas implica, ainda, o princípio da solidariedade. Ser solidário com os demais supõe reconhecer a dignidade e igualdade fundamentais, ser consciente dos laços que unem os homens entre si. O homem é um ser

social, e só em sociedade pode alcançar a sua realização. Aí radica o fundamento humano da solidariedade. A vida social não é, pois, para o homem uma sobrecarga, nem algo meramente accidental, mas faz parte do seu núcleo mais profundo. O fundamento da solidariedade consiste na realidade da empatia: saber, sentir e assumir a condição humana como um todo, no qual está incluído cada um dos seres humanos. Ser solidário com os demais supõe reconhecer a dignidade e igualdade fundamentais, ser consciente dos laços que unem os homens entre si de forma indelével e perene. Implica conhecer os problemas que afetam o outro e o conjunto, a sua realidade concreta e, em particular, sentir com eles e compartilhar as suas lutas e esperanças (Pan, 1992). Na DUBDH a solidariedade é apresentada no artigo 13º designado “Solidariedade e Cooperação” que reflete o enquadramento da ética em dois níveis; o primeiro da liberdade de ação dentro das nações e o segundo a cooperação entre as nações que se assume como um instrumento da comunidade universal que junta todos os seres humanos. A formulação deste princípio da solidariedade e cooperação constitui uma orientação para os Estados na formulação da sua legislação e outros instrumentos no campo da bioética (Unesco, 2009).

A solidariedade aparece, cada vez mais, relacionada com o princípio de justiça; de facto, ela realiza-se fazendo com que todos os seres humanos participem do conjunto dos bens disponíveis e a forma justa de partilhar os bens escassos rege-se pela lei da solidariedade: os bens são de todos e para todos. Efetivamente, a justiça tem-se vindo a definir, ao longo dos séculos, como a constante vontade de dar a cada um o que é seu por direito e que consiste em "*viver honestamente, não prejudicar os outros, e dar a cada um o que é seu*" (Gracia, 2008).

O objeto da justiça é o bem comum, para o qual cada membro da sociedade deve contribuir com uma medida de proporcionalidade (Vidal, 1975). Esse bem comum, entende-se como o bem das pessoas unidas entre si na realização de um projeto unificador; o bem comum é o bem da comunidade, o complexo de bens, fins e condições que interessam a todos e dos quais todos podem participar. Um outro assunto central da bioética é a preocupação acerca da distribuição dos recursos, de modo a garantir um sistema de saúde justo e equitativo.

No âmbito do internamento compulsivo, pode identificar-se a aplicação da solidariedade e da justiça, na distribuição dos recursos para a efetivação das medidas compulsivas e na gratuitidade das mesmas para o doente. A própria evolução da legislação, das medidas e cuidados em saúde mental relaciona-se com o facto da justiça-solidariedade se dirigir a corrigir e retificar as situações históricas que envolvem injustiças e violações da dignidade humana que, ao manterem-se, invalidariam qualquer outra conduta justa individual (Pan, 1992). A DUBDH contempla o princípio da justiça no seu artigo 10º que se designa igualdade, justiça e equidade, afirmando que só se pode respeitar a justiça e equidade se os princípios da dignidade humana, direitos humanos, autonomia, beneficência, não maleficência, integridade, privacidade e confidencialidade forem igualmente respeitados por todos os seres humanos (Unesco, 2009).

5.11. Limitações na Aplicação dos Princípios

O artigo 27 será, talvez, o mais importante de todos os artigos da DUBDH, no âmbito das medidas compulsivas em saúde mental. Este define as limitações na aplicação

dos princípios. Os Estados apenas podem impor limitações à aplicação dos princípios contidos na DUBDH em circunstâncias excepcionais, contempladas por lei, de forma consistente com a lei internacional dos direitos humanos. As limitações aos direitos humanos têm de estar determinadas, ser as estritamente necessárias e um meio proporcionado para proteger o interesse da sociedade, o que inclui leis no interesse da segurança pública e da proteção dos direitos e liberdades de terceiros (Unesco, 2009). Tal como já pudemos verificar no capítulo II, é o que acontece no nosso enquadramento legal, através da Lei de Saúde Mental que determina as situações excepcionais em que a restrição de direitos e liberdades é permitida, pela aplicação de medidas de tratamento e internamento involuntário, em pessoas com doença mental.

5.12. Reflexão Final

Podemos constatar que os diferentes princípios éticos se complementam e que, para o cumprimento de uns, os outros têm de ser respeitados, sendo tal facto importantíssimo no processo de decisão do médico. Estas ligações têm sido alvo de reflexão. A DUBDH apresenta, de forma constante, nos seus diferentes artigos, essas relações. Mas, outros autores debruçaram-se sobre estes assuntos, por exemplo, relativamente à autonomia, à integridade e ao consentimento informado, considerados como princípios inter-relacionados de um ponto de vista médico-ético. A integridade é considerada fundamental na ética médica e o consentimento informado essencial por forma a não violar a autonomia e integridade (Johansson, Lundman, 2002). Um outro exemplo, já apontado mais do que uma vez é a constatação de que, para o doente admitido involuntariamente, a liberdade de

escolha está limitada mas o direito de receber informação tem de continuar a ser respeitado. A experiência de estar sob cuidados involuntários caracteriza-se por movimentos entre extremos, entre perdas e oportunidades, sendo as experiências de perda de liberdade sentidas pela autonomia limitada e pela restrição de movimentos. Os sentimentos dos doentes perante a coerção, durante o processo de internamento, parecem estar relacionados com o sentido de justiça do próprio doente (Lidz, et al., 1995). Monahan relata que as experiências dos doentes em relação aos cuidados involuntários envolvem a falta de liberdade pessoal, liberdade de escolha e sentimentos como medo, tristeza e desesperança (Monahan, et al., 1995). O doente pode ser privado da sua liberdade por mais do que uma maneira e não conseguir atribuir qualquer sentido de participação ao cuidado que recebe. A violação da integridade envolve estas perdas, a falta de respeito dos outros e um sentimento de diminuição da sua dignidade humana. Chegamos à solidariedade, através da opção por um mundo humanizado que pede uma atitude responsável e se traduz no respeito pelos direitos humanos, pela coordenação de esforços e pelo justo partilhar. Finalmente, a responsabilidade pelo bem-estar dos cidadãos mais vulneráveis implica proteger os indivíduos e/ou o público das consequências e perigos da doença mental. Neste último caso, o médico pode enfrentar a necessidade de decidir em situações nas quais, como referem Robertson e Walter, se encontra de um lado a relação terapêutica e do outro os interesses de terceiros (Robertson, Walter, 2008).

Mas será a mera contenção suficiente ou deve o público insistir no tratamento que possa libertar as pessoas do sofrimento e limitação da doença? (Pan, 1992). A restrição da liberdade nas medidas compulsivas está em causa no internamento, mas também no tratamento ambulatorio compulsivo, as questões éticas, neste âmbito são igualmente

complexas, levantam-se questões relativas não só à melhoria da doença, do número de hospitalizações ou duração das mesmas mas, também à qualidade de vida do doente e a sua integração em termos sociais, familiares e laborais (Zanni, Stavis, 2007). Assim, não estará em causa a responsabilidade da sociedade em assegurar serviços e cuidados de saúde adequados, de modo a diminuir a necessidade de medidas compulsivas? Não será vital a permanente monitorização de cuidados e o assegurar das competências éticas dos profissionais?

As medidas compulsivas em psiquiatria levantam múltiplas questões. Foi a partir da reflexão ética destes assuntos que, inicialmente se realizou um exercício de fundamentação e informação, relativamente aos consensos existentes a nível europeu e mundial. Este conduziu a várias questões que originaram a constatação da necessidade de pesquisar a realidade da prática clínica entre os psiquiatras portugueses, nomeadamente sobre o que pensam, como ponderam questões éticas difíceis, como encaram assuntos relacionados com a privação de direitos e princípios éticos relacionados com a coerção e tratamento involuntário. Com o intuito de encontrar respostas para os problemas identificados, desenvolveu-se um trabalho de pesquisa que se apresenta nos capítulos seguintes.

6. Estudo Sistemático do Internamento e Tratamento Compulsivos

«Mas o homem, pela inteligência e capacidade inventiva da ciência, sempre se esforçou por controlar o acaso e os riscos da natureza, para construir um mundo seguro que se encaminhe, se possível, para o mito da perfeição e da vida sem risco.»

Luís Archer

6.1. Justificação do Tema

O internamento compulsivo de pessoas com perturbação mental e o tratamento contra a vontade do doente são encarados como problemas legais e éticos que requerem critérios de aplicação específicos. Assim, o estudo dos aspetos éticos relacionados com a perturbação mental e as medidas de internamento e tratamento involuntário revestem-se de grande importância, verificando-se, cada vez mais, o aumento das exigências neste campo de atuação.

Na sociedade dos nossos dias, vários constrangimentos são sentidos pelos profissionais na prática quotidiana. São esperadas decisões rápidas, por vezes no imediato, são exigidos altos padrões de competência técnico-científica e, de forma crescente, emergem questões relacionadas com a racionalização de recursos.

Todos estes fatores se associam, na prática clínica, à necessidade do médico cumprir um conjunto de procedimentos deontológicos e legais que, apesar de estarem em

conformidade com os preceitos éticos, chegam, muitas vezes, ao seu executante na forma de normas ou procedimentos e, portanto, alvo de escassa reflexão.

Considera-se, pois, essencial o conhecimento e a reflexão acerca do que é realizado na prática clínica, bem como, o exercício de aplicação dos princípios éticos e formas de atuação, como meio de conseguir, por parte dos profissionais, a efetiva aplicação das normas nacional e internacionalmente aceites. Assim se poderá assegurar que as decisões dos clínicos sejam baseadas num conhecimento real e fundamentado e que, tal como se pretende para o consentimento, a prática médica seja, também ela, verdadeiramente livre e informada.

6.2. Enquadramento e Apresentação do Problema de Investigação

A Lei de Saúde Mental concretiza a privação da liberdade, através do internamento ou tratamento ambulatorio compulsivo, sempre que o portador de anomalia psíquica reúna um conjunto de características enunciadas na referida lei.

Coexistem na discussão ética pontos de grande pertinência, particularmente os que abordam os princípios da autonomia, beneficência, vulnerabilidade, integridade, solidariedade e responsabilidade.

No âmbito da proteção da autonomia, sobressaem questões tão relevantes como a competência e a capacidade das pessoas tomarem decisões relativamente ao seu tratamento, bem como ao exercício dos seus direitos civis. A necessidade de atuar de acordo com o melhor interesse da pessoa, dada a sua vulnerabilidade acrescida, bem como os aspetos relacionados com a integridade do doente, a responsabilidade do médico e a

solidariedade, emergem com uma relevância inquestionável, desafiando os profissionais a equacionar os diferentes princípios éticos numa área de atuação de grande delicadeza.

Nesta matéria, a OMS alerta para a necessidade de legislação sobre saúde mental, de forma a proteger os direitos das pessoas com perturbação mental (Herrman, Saxena, Moodie, 2005), sem esquecer a manutenção do equilíbrio entre os direitos individuais de liberdade e dignidade, por um lado, e a necessidade de proteção da sociedade, por outro. A lei deve, assim, encontrar um equilíbrio entre bem-estar e justiça, envolvendo o direito ao tratamento, à proteção dos direitos do doente e ao bem-comum.

A Lei de Saúde Mental de 1998, em Portugal, como é referido por Pedro Soares de Albergaria, dedica grande parte do seu articulado ao processo e pressupostos materiais do internamento compulsivo. Este assunto, na verdade, foi alvo de grandes alterações, em relação à lei anterior, no sentido de estabelecer e salvaguardar as garantias e direitos do portador de anomalia psíquica (Albergaria P. , 2003).

Apesar da lei ter como objetivo a proteção dos direitos do doente, a verdade é que podem existir divergências entre os princípios que norteiam uma lei e as atitudes éticas e clínicas dos profissionais, alterando, assim, o impacto da mesma. Roberts e colaboradores referem que os médicos atuam de acordo com uma ética baseada na capacidade e autonomia, embora na prática estejam preparados para ultrapassar a recusa do doente, se as consequências forem suficientemente adversas (Roberts, Peay, Eastman, 2002). Luchins e colaboradores, num outro estudo de atitudes, constataram que, na ausência de risco iminente, os psiquiatras se mostraram hesitantes em hospitalizar involuntariamente (Luchins, et al., 2004). Estes dados são de extrema importância e remetem-nos para

assuntos tão relevantes como o da justificação de intervenções para a proteção de terceiros, em vez da proteção dos interesses de saúde do doente (Szmukler, Appelbaum, 2008).

No que concerne ao internamento involuntário é de particular importância a aplicação de medidas coercivas. É aceite que as atitudes relativamente ao seu uso são um fator preditivo da sua utilização nos cuidados de saúde mental. Assim, é referida a importância de estudar as atitudes relativamente às medidas coercivas como um assunto ético, de forma a poder diminuir o seu uso (Husum, Finset, Ruud, 2008). Necessitamos de um melhor entendimento da influência das medidas compulsivas no tratamento (Diseth, Høglend, 2014), bem como dos preditores e fatores envolvidos no uso de coerção, já que, apesar dos seus objetivos terapêuticos, estas medidas colidem com direitos e liberdades civis (Link, Castille, Stuber, 2008).

De acordo com a pesquisa efetuada, este é um assunto de escassa investigação e não foram encontrados estudos acerca das atitudes dos médicos psiquiatras em Portugal. Considera-se, portanto, ser pertinente o estudo da aplicação das medidas compulsivas, no nosso país, de forma a procurar avaliar o modo como são aplicadas as normas éticas, legislação e recomendações disponíveis, conhecer a nossa realidade e desenvolver linhas de orientação e de ação baseadas na experiência dos profissionais e, por isso, adequadas à realidade nacional.

6.3. Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação

Este trabalho pretende refletir acerca das questões éticas envolvidas nas medidas de internamento e tratamento compulsivo, em pessoas com diagnóstico de perturbação mental.

Pretende-se, não só estudar o modo como são aplicadas, no nosso país, as normas éticas e as leis disponíveis mas também, identificar áreas em que possam necessitar de atenção, estudo e debate e, ainda, estabelecer planos de trabalho ou linhas orientadoras de conduta para os profissionais, a desenvolver no futuro.

Com base na análise teórica já desenvolvida e os resultados obtidos no estudo, apresentam-se os dados recolhidos e a sua discussão, tendo em conta que o cuidado às pessoas com doença mental e as medidas compulsivas devem respeitar as disposições constantes na lei de saúde mental portuguesa e nas recomendações internacionais no âmbito da bioética, psiquiatria e internamento/tratamento compulsivos.

De acordo com a pesquisa efetuada, pretende-se, ainda, avaliar a pertinência de um plano de ação a desenvolver, posteriormente à análise de resultados, na área da informação em psiquiatria e bioética, direcionado à sociedade civil, nomeadamente aos utentes dos serviços de saúde mental e familiares e, ainda, aos profissionais de saúde envolvidos no processo de internamento compulsivo.

De acordo com os objetivos traçados, foram elaboradas as questões de investigação e os objetivos deste estudo. Para responder às questões de investigação e cumprir os objetivos do estudo, procedeu-se ao agrupamento das diferentes questões colocadas aos médicos no inquérito de opinião, de acordo com os diferentes temas a analisar.

As questões de investigação e objetivos do estudo levado a cabo através da aplicação de inquérito de opinião relativo às medidas de internamento compulsivo (IC) e tratamento ambulatorio compulsivo (TAC) aos médicos portugueses são apresentados a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 – Questões de investigação e objetivos do estudo

Questões de Investigação	Objetivos
1. Para os médicos, um internamento compulsivo tem de encerrar obrigatoriamente um propósito terapêutico?	1. Determinar se o propósito terapêutico é considerado indispensável para concretizar o internamento compulsivo, bem como qual a importância atribuída aos seus diferentes componentes.
2. Será a visão relacionada com o risco mais consistente com a prática dos médicos do que aquela que se relaciona com a perda de competência para tomar decisões?	2. Determinar se os fatores associados ao risco para o doente/terceiros são mais valorizados do que aqueles relacionados com a ausência da capacidade do doente para consentir
3. Consideram os médicos que o direito à informação é prestado de forma adequada?	3. Avaliar a opinião dos médicos no que se refere à forma como a informação é fornecida ao doente internado compulsivamente.
4. Consideram os médicos que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo?	4. Verificar a opinião dos médicos relativamente à possibilidade de recusa ao tratamento pelo doente e ao uso de intervenções terapêuticas específicas sem consentimento.
5. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização?	5. Avaliar se os médicos consideram importantes os procedimentos orientados para a proteção ao doente e sua monitorização.
6. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de cuidados em ambulatório? Qual a opinião dos médicos relativamente ao Tratamento Ambulatorio Compulsivo? Que fatores consideram importantes no começo e término desta medida?	6. Determinar se os médicos consideram o Tratamento Ambulatorio Compulsivo como uma medida útil, tendo em conta os meios técnicos e estruturais disponíveis.
7. Existirá variação considerável entre as atitudes dos profissionais acerca de diferentes quadros clínicos e o seu impacto na capacidade de decisão?	7. Avaliar a opinião dos médicos relativamente a quadros clínicos específicos relativamente à sua classificação como anomalia psíquica grave, indicação para IC e capacidade para recusar tratamento.

Tendo em conta o enquadramento teórico e de acordo com as questões de investigação e objetivos traçados, passa-se à elaboração das hipóteses de investigação que são as seguintes:

1. Para os médicos, um internamento compulsivo tem de encerrar, obrigatoriamente, um propósito terapêutico.

1.a) O propósito terapêutico inclui, para os médicos, atitudes de prevenção, diagnóstico, controlo/cura e reabilitação.

2. A visão relacionada com o risco é mais consistente com a prática dos médicos do que aquela que se relaciona com a perda de competência para tomar decisões.

3. Os médicos consideram que o direito à informação é prestado de forma adequada.

3.a) Os médicos concordam que a sua presença na sessão conjunta prejudica a relação médico-doente e que os esclarecimentos ao tribunal devem ser feitos fora do seu âmbito.

4. Os médicos consideram que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo.

5. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização.

5.a) Os médicos consideram que deveriam estar definidos os diagnósticos abrangidos no IC e os que não são suficientes para IC, bem como a utilização de escalas de determinação do risco.

5.b) Os médicos concordam com a formação relativa a assuntos bioéticos e IC.

5.c) Para os médicos devem existir registos específicos para medidas coercivas.

5.d) Os médicos não discordam da existência da declaração de vontade antecipada.

5.e) Os médicos consideram que a LSM não é corretamente aplicada, concordam com a importância da comissão de acompanhamento e com a existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas.

6. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de cuidados em ambulatório

6.a) Os médicos consideram que os benefícios do TAC se sobrepõem ao impacto coercivo no doente.

6.b) Os médicos consideram que o TAC deve poder ocorrer sem internamento prévio, merecer regulamentação própria e ter pressupostos diferentes do internamento.

6.c) A inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial é o fator que mais relevância tem, na diminuição da eficácia do TAC.

6.d) A coerção envolvida, o peso administrativo e o aumento dos custos para o sistema de saúde não limitam o uso do TAC.

6.e) A melhoria clínica, a adesão ao tratamento e a redução de risco para o próprio/terceiros são fatores importantes quando o médico pondera terminar o TAC.

Nos capítulos 5,6 e 7 serão analisados, estudados e explorados as questões, os objetivos e as hipóteses de investigação apresentados.

6.4. Metodologia de Investigação

Após um percurso de análise, que se pretendeu ser exaustivo e detalhado de vários documentos de âmbito bioético, legal e deontológico, considera-se importante o conhecimento da realidade e aplicação dos assuntos até agora tratados.

Pretende-se, com a realização de uma investigação quantitativa, analisar o tema em estudo, de forma objetiva, independente do investigador e seus juízos de valor. Assim, foi levado a cabo um estudo quantitativo, de metodologia descritiva. Este foi realizado através de um questionário de autopreenchimento destinado aos médicos psiquiatras e internos da especialidade de psiquiatria, em Portugal. Através da sua análise, pretende-se, no contexto de uma interpenetração de saberes e metodologias, oriundas de diferentes áreas científicas, enriquecer a análise ética dos assuntos relacionados com o internamento e tratamento ambulatorio compulsivos.

O consentimento dos participantes foi dado através do preenchimento do inquérito de opinião; os dados utilizados são anónimos, toda a informação foi mantida confidencial e não foram realizadas intervenções adicionais, pelo que o estudo se baseia em dados observacionais.

6.4.1. Construção do Instrumento de Recolha de Dados

Foi elaborado um questionário, com a consultoria de profissionais da área da análise de dados (Professor Dr. Armando Teixeira Pinto, Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade da Porto), no sentido da organização de questões metodológicas.

Inicialmente, esse inquérito elaborado pela investigadora, foi apresentado a três médicos psiquiatras, com experiência na área do internamento compulsivo e aplicação da Lei de Saúde Mental (Dr. Bessa Peixoto, Dr. Joaquim Duarte e Dr. Sousa Cepa) e a dois especialistas em Bioética (Professora Doutora Ana Sofia Carvalho e Professor Doutor Daniel Serrão), no sentido de avaliar e detetar pontos a modificar.

De acordo com as intervenções referidas acima, foram feitas alterações nas questões, mais uma vez, em colaboração com profissionais da área da análise de dados.

Posteriormente, no último trimestre de 2010, procedeu-se à elaboração de um pré-teste, dirigido a médicos psiquiatras, com experiência nas questões do internamento compulsivo, psiquiatria forense e na bioética (Professor Doutor Fernando Almeida, Professor Doutor Rui Coelho e Dr. Zeferino Venade Ribeiro), para aperfeiçoamento do inquérito e identificação das questões mais sensíveis, dificuldades ou dúvidas no seu preenchimento.

-
- A versão final do questionário ficou, então, dividida em quatro partes (Anexo I):
- 1) Folha de informação acerca do estudo, suas características e objetivos
 - 2) Recolha de informação sociodemográfica sucinta dos inquiridos.
 - 3) Questões relacionadas com diferentes elementos envolvidos no processo de decisão relativa ao internamento e tratamento ambulatorio compulsivos.
 - 4) Elaboração de vinhetas clínicas para avaliação de atitudes éticas relativamente a situações ou diagnósticos que colocam questões de difícil decisão.

6.4.2. Método de Seleção de Participantes

Foram incluídos na amostra, a título voluntário, médicos especialistas e internos da especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental, a trabalhar em estabelecimentos que procedem a internamento e tratamento ambulatorio compulsivos, em Portugal Continental, Madeira e Açores. O número de psiquiatras, de acordo com dados da DGS é de 417 (Direção-Geral da Saúde, 2004) e o de internos de especialidade, de acordo com dados da Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria é de 193 (Pinto da Costa, et al., 2013).

Durante o ano de 2011, foram enviados os primeiros pedidos de autorização para realização do estudo aos hospitais portugueses com serviço de psiquiatria e posteriormente, ao Instituto S. João de Deus em Lisboa, Madeira e Açores.

Para a aplicação dos instrumentos a nível institucional, foi solicitada a autorização aos órgãos institucionais competentes: Conselho de Administração, Comissão de Ética e Diretores de Serviço. A recolha de dados estendeu-se entre 2011 e 2013.

6.4.3. Método de Recolha de Dados

A forma de distribuição do inquérito variou de acordo com a localização geográfica e com a organização dos serviços. Foi feito envio por via postal, internet ou pessoalmente; nesta última situação a investigadora distribuiu o mesmo individualmente ou deslocou-se às instituições para a sua distribuição. Nos casos em que a investigadora entregou pessoalmente os inquéritos, de forma a não interferir com as respostas, era apenas dada, de forma verbal, a informação que consta na 1ª página do inquérito, que descreve o estudo e o seu objetivo principal, onde se salientava que se tratava de um projeto de estudo na área do internamento e tratamento compulsivos, realizado através de um inquérito de opinião, onde não existiam respostas certas ou erradas.

De acordo com a preferência individual, a recolha dos inquéritos foi feita logo após o seu preenchimento, ou noutros casos através do envio dos mesmos por via postal.

6.4.4. Análise e Tratamento Estatístico dos Dados.

As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para testar hipóteses sobre a independência de variáveis categóricas foram aplicados o teste de Qui-quadrado de independência ou o teste exato de Fisher, conforme apropriado.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de 5% e a análise foi efetuada utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS® v.20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

6.4.5. Resultados

Obteve-se resposta a 99 inquéritos que englobaram profissionais de vários locais de trabalho no país: Viana do Castelo, Guimarães, Braga, Porto, Gaia, Viseu, Guarda, Coimbra, Portalegre, Lisboa, Amadora, Faro, Funchal e S. Miguel.

Dos 99 inquéritos devolvidos, 75 eram respostas de médicos especialistas em Psiquiatria e Saúde Mental (17,9% da população em estudo) e 24 eram respostas de médicos internos de especialidade (12% da população em estudo).

6.5. Considerações Éticas

Na perspetiva clínica, o médico depara-se com o problema da manutenção da relação médico doente e com o impacto que as medidas compulsivas podem ter no processo terapêutico. Neste sentido, como refere Sheenan, os investigadores necessitam de combinar as perspetivas empíricas e teóricas, bem como as metodologias quantitativas e qualitativas. Atendendo a que a complexidade dos cuidados psiquiátricos compulsivos pode ser reconhecida através de estudos de investigação, o objetivo da investigação neste campo não deve ser determinar se o tratamento compulsivo é bom ou mau, mas investigar quando é que ele pode ser implementado efetivamente e como pode ser usado para fortalecer a relação terapêutica (Sheenan, 2009).

7. Internamento e Tratamento Compulsivos: Análise Descritiva

«A investigação científica é indispensável ao progresso da medicina e é exigida pela busca determinada de conhecimentos sobre a vida, a saúde e a doença. É ainda uma obrigação ética, pois o bem do Homem, ao serviço do qual se encontra a reflexão ética, não dispensa o gradual dilucidar das causas do seu sofrimento e dos eventuais remédios que o previnam ou o curem»

Walter Oswald

7.1. Introdução

O internamento e tratamento compulsivos em psiquiatria têm sido debatidos a diferentes níveis, nomeadamente organizações de direitos humanos e legisladores, profissionais de saúde mental, associações de doentes e familiares. Contudo, pouco se sabe acerca do uso mais adequado do internamento compulsivo e dos fatores que o determinam (Hustoft, et al., 2013). Considerando que é um objetivo profissional limitar o internamento compulsivo àqueles que realmente necessitam e que os dados da realidade em que nos inserimos são essenciais para aferir práticas, realizou-se o estudo que se passa a descrever.

7.2. Tratamento Estatístico de Dados

Procedeu-se à construção e preenchimento de uma base de dados com os resultados dos 99 inquéritos recebidos. As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). A análise quantitativa foi realizada com o programa *IBM -*

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®, Chicago, Illinois, USA, versão 20 para *Windows*.

7.3. Caracterização Demográfica

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos médicos participantes no estudo

Idade	n	(%)
25-35 anos	39	(39%)
35-45 anos	25	(25%)
45-55 anos	20	(20%)
>55 anos	15	(15%)
Sexo		
M	50	(51%)
F	49	(49%)
Interno de especialidade		
Não	75	(76%)
Sim	24	(24%)
Área de atividade profissional		
Norte	65	(66%)
Centro	20	(20%)
Sul	12	(12%)
Ilhas	2	(2%)

Na Tabela 2 constata-se que 39% dos inquiridos se encontram na faixa etária dos 25 aos 35 anos. Na faixa etária dos 35-45 e 45-55, as percentagens são semelhantes, 25% e 20% respetivamente. Relativamente aos médicos com idade igual ou superior a 55 anos verifica-se que representam 15% da amostra. O facto da faixa etária dos 25-35 estar mais representada relaciona-se com o facto de incluir os internos de especialidade, que estão, regra geral, entre os 25 e os 35 anos de idade e constituem 24% da amostra.

Quanto ao género, a amostra divide-se de forma semelhante, 51% dos inquiridos são do sexo masculino e 49% do sexo feminino.

No que se refere à distribuição por área de exercício da sua atividade profissional, verificou-se um predomínio da área norte. Tal é explicado por ser a zona em que a investigadora exerce a sua atividade profissional e onde conseguiu um contacto mais estreito com as entidades e os colegas, facilitando o evoluir do processo de recolha de dados.

7.4. Propósito Terapêutico e IC

Na análise descritiva dos dados, optou-se por agrupar os resultados obtidos nos inquéritos, em função das 7 questões de investigação e dos objetivos do trabalho.

A primeira questão e objetivo apresentam-se na Tabela 3.

Tabela 3. Primeira questão e objetivo de investigação

Questão de Investigação	Objetivo
1. Para os médicos, um internamento compulsivo tem de encerrar obrigatoriamente um propósito terapêutico?	1. Determinar se o propósito terapêutico é considerado indispensável para concretizar o internamento compulsivo, bem como qual a importância atribuída aos seus diferentes componentes.

Para responder à questão formulada, são analisadas as Tabelas 4, 5, 6 e 7. Estas correspondem às questões do inquérito de opinião em que se abordam os assuntos relacionados com o tratamento, no âmbito do internamento compulsivo.

Tabela 4. Resultados do inquérito: Atitudes incluídas no propósito terapêutico e o IC

O propósito terapêutico no IC, deve incluir atitudes de	n	(%)
Prevenção		
Discordo totalmente	5	(5%)
Discordo	14	(14%)
Não concordo nem discordo	12	(12%)
Concordo	28	(29%)
Concordo totalmente	39	(40%)
Diagnóstico		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	12	(12%)
Não concordo nem discordo	20	(21%)
Concordo	41	(42%)
Concordo totalmente	20	(21%)
Controlo/Cura		
Discordo totalmente	1	(1%)
Discordo	0	(0%)
Não concordo nem discordo	5	(5%)
Concordo	19	(20%)
Concordo totalmente	71	(74%)
Reabilitação		
Discordo totalmente	5	(5%)
Discordo	17	(17%)
Não concordo nem discordo	25	(26%)
Concordo	29	(30%)
Concordo totalmente	22	(22%)

Como se pode ver na Tabela 4, 94% dos inquiridos é de opinião que, num IC, o propósito terapêutico deve incluir medidas de controlo/cura. Quanto às medidas de prevenção e diagnóstico, as opiniões são semelhantes já que 69% e 63%, respetivamente, concorda que tais medidas devam ser incluídas no âmbito do propósito terapêutico do IC. As medidas de reabilitação foram apontadas como devendo ser incluídas no propósito terapêutico, por 52% dos inquiridos.

Esta questão procura identificar o que os médicos entendem por propósito terapêutico, já que de acordo com a definição da Rec(2004)10 nele são incluídos, não só medidas de controlo ou cura da perturbação, mas também de prevenção, diagnóstico e reabilitação.

Verifica-se que as medidas de controlo/cura reúnem consenso quanto ao facto de serem incluídas no processo terapêutico; no entanto, a concordância relativamente às atitudes de prevenção, diagnóstico e reabilitação como medidas terapêuticas, no âmbito do IC, é bastante menor. Tal poderá ser explicado pelo facto de o sistema de cuidados existente, ao nível das instituições que realizam IC, no nosso país, estar vocacionado para o tratamento e controlo de situações agudas. Importa, assim, alertar para a possibilidade de existir, por parte dos psiquiatras, uma visão dos cuidados a prestar em IC como aqueles que são necessários no imediato o que, conseqüentemente, privilegia as medidas de controlo e cura, em detrimento das medidas de prevenção e reabilitação. É, no entanto, fundamental ter em conta estas medidas, cujo impacto será, inevitavelmente, sentido pelos doentes no seu seio familiar e ao nível da inserção na comunidade. Este constitui um tema de reflexão, na medida em que a consideração das medidas de prevenção e reabilitação no propósito terapêutico do IC se relaciona com a necessidade da efetiva complementaridade de cuidados entre as estruturas hospitalares e as de apoio na comunidade. Estas assumem-se tão necessárias como as de controlo e cura, para que o tratamento do doente seja, de facto, o mais completo e adequado a cada caso, avalie a vulnerabilidade associada à pessoa doente e promova o verdadeiro respeito pela integridade e dignidade humana.

Tabela 5. Resultados do inquérito: O propósito terapêutico e o IC

Se existe anomalia psíquica grave, o IC	n	(%)
Deve ser usado apenas se houver propósito terapêutico		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	17	(17%)
Não concordo nem discordo	15	(15%)
Concordo	35	(36%)
Concordo totalmente	27	(28%)

Tabela 6. Resultados do inquérito: Ausência de propósito terapêutico e o IC

Na presença de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado se não houver propósito terapêutico, mas existir	n	(%)
Risco de lesão para o próprio/terceiros		
Discordo totalmente	7	(7%)
Discordo	6	(6%)
Não concordo nem discordo	19	(20%)
Concordo	29	(31%)
Concordo totalmente	34	(36%)

Tabela 7. Resultados do inquérito: Determinar anomalia psíquica grave e o IC

O IC deve poder ser acionado para determinar se existe	n	(%)
Anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros		
Discordo totalmente	12	(12%)
Discordo	28	(29%)
Não concordo nem discordo	21	(22%)
Concordo	20	(21%)
Concordo totalmente	16	(16%)

A análise das três tabelas anteriores vem apresentar dados, aparentemente, contraditórios. Por um lado, na Tabela 5 verifica-se que 64% dos inquiridos é de opinião que o IC só deve ocorrer, se existir propósito terapêutico. No entanto, na Tabela 6 constata-se que 67% respondeu que o IC deve ser usado se não existir propósito terapêutico mas houver risco de lesão para o próprio e terceiros, na presença de doença mental grave.

Apesar desta resposta, na Tabela 7, verifica-se que existe uma grande dispersão das respostas, no que toca à possibilidade de internar para avaliar se existe anomalia psíquica grave que coloque em risco o próprio ou terceiros. Pode ver-se que 41% é de opinião que tal não deve acontecer, 22% não tem opinião e 37% concorda.

Tais resultados tornam-se complexos de avaliar. As opiniões parecem contraditórias. Existirá uma visão compartimentada da situação?

A nossa lei de saúde mental considera, no seu artigo 8º, que o IC só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento. Mas, através da análise das respostas, verifica-se que cerca de 1/4 dos psiquiatras não concorda que o IC só deva acontecer caso exista propósito terapêutico. Para além disso verifica-se que o internamento por perigosidade é aceite por mais de metade dos psiquiatras, mesmo não existindo propósito terapêutico. Esta é uma questão a aprofundar em análises ou debates posteriores pois colocam-se questões importantíssimas na fundamentação das decisões, nas premissas usadas e, na concordância com a lei. Será que, por não considerarem as medidas de prevenção e reabilitação como medidas terapêuticas, ao decidir o IC com esses objetivos, os médicos consideram que a decisão de internar alguém compulsivamente não tem propósito terapêutico? Ou serão as questões relacionadas com a responsabilidade perante a sociedade e controlo de terceiros mais importantes na decisão do médico do que a liberdade do doente?

A possibilidade de internar para determinar se existe anomalia psíquica, apesar de ser uma possibilidade considerada em documentos internacionais como a Rec(2004)10, poderá ter sido encarada pelos psiquiatras como uma forma de privação da liberdade desnecessária pois, como já tivemos oportunidade de referir, na nossa Lei de Saúde

Mental, a determinação da existência de anomalia psíquica é realizada no momento da avaliação clínico-psiquiátrica, portanto, previamente ao internamento. Este é um assunto delicado, do ponto de vista ético, devido à coerção envolvida. Existe quem defenda que algum grau de coerção é necessário para a adesão ao tratamento, diminui o estigma e melhora a qualidade de vida a longo prazo. No entanto, uma outra perspectiva considera que a coerção é destrutiva para os objetivos terapêuticos e as suas consequências negativas para o estigma e qualidade de vida. Assim, sugere-se que a investigação e políticas futuras devam encontrar formas de assegurar que as pessoas que necessitam de tratamento o recebam, mas de uma forma que minimize circunstâncias que induzam percepções de coerção (Link, Castille, Stuber, 2008). Neste caso, a avaliação clínico-psiquiátrica e a decisão de internar com base na presença de anomalia psíquica grave que necessita de tratamento é, sem dúvida, uma proteção que assegura que as pessoas que necessitam tenham, o tratamento necessário e que os internamentos involuntários sejam os estritamente necessários.

7.5 Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC

A segunda questão e objetivo são apresentadas, na Tabela 8.

Tabela 8. Segunda questão e objetivo de investigação

Questão de Investigação	Objetivo
2. Será a visão relacionada com o risco mais consistente com a prática dos médicos do que aquela que se relaciona com a perda de competência para tomar decisões?	2. Determinar se os fatores associados ao risco para o doente/terceiros são mais valorizados do que aqueles relacionados com a ausência da capacidade do doente para consentir

Para estudar a relação que os médicos estabelecem entre IC e risco/competência para tomar decisões, são analisadas as Tabelas 9 e 10.

Tabela 9. Resultados do inquérito: Fatores envolvidos na decisão do IC

Na presença de anomalia psíquica, qual a importância dos seguintes fatores, na decisão de internar compulsivamente:	n	(%)
Ausência de discernimento/capacidade para consentir		
1- Pouco Importante	2	(2%)
2	5	(5%)
3	10	(10%)
4	25	(26%)
5- Muito importante	56	(57%)
Ausência de crítica para a situação de doença		
1- Pouco Importante	1	(1%)
2 -	3	(3%)
3- -	11	(11%)
4- --	17	(18%)
5- Muito importante	65	(67%)
Proteger a saúde/integridade física do doente		
1- Pouco Importante	0	(0%)
2 -	0	(0%)
3- -	4	(4%)
4- --	16	(16%)
5- Muito importante	77	(79%)
Evitar deterioração acentuada da saúde do doente		
1- Pouco Importante	2	(2%)
2 -	2	(2%)
3- -	18	(18%)
4- --	34	(35%)
5- Muito importante	42	(43%)
Defender a integridade física do doente ou terceiros		
1- Pouco Importante	0	(0%)
2 -	1	(1%)
3- -	3	(3%)
4- --	13	(13%)
5- Muito importante	82	(83%)
Existência de bens patrimoniais em risco		
1- Pouco Importante	4	(4%)
2 -	6	(6%)
3- -	19	(20%)
4- --	49	(52%)
5- Muito importante	17	(18%)
A família solicita o internamento compulsivo		
1- Pouco Importante	43	(44%)
2 -	22	(23%)
3- -	24	(25%)
4- --	6	(6%)
5- Muito importante	1	(1%)

Verifica-se que a proteção da saúde/integridade física do doente ou a integridade física de terceiros constituem as razões que mais consenso reúnem, quanto à importância para a decisão de internar compulsivamente, respectivamente, 95% e 96% dos inquiridos.

No que se refere à ausência de discernimento/capacidade para consentir e a ausência de crítica para a situação de doença, verifica-se que 83% e 85% dos inquiridos, respectivamente, considera estes fatores importantes, no processo de decisão de internar compulsivamente. O evitar a deterioração acentuada da saúde do doente é considerado importante por 78% dos psiquiatras e a existência de bens patrimoniais em risco por 70%. O pedido de familiares foi considerado um fator importante na decisão para 7% dos inquiridos (Tabela 9).

Tabela 10. Resultados do inquérito: IC e capacidade de decidir

Se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado nos casos em que a pessoa recusa o tratamento e:	n	(%)
Não está capaz de tomar decisões		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	5	(5%)
Não concordo nem discordo	7	(7%)
Concordo	29	(30%)
Concordo totalmente	53	(54%)
Capaz ou não de decidir coloca em risco a sua saúde/terceiros		
Discordo totalmente	3	(3%)
Discordo	9	(9%)
Não concordo nem discordo	11	(11%)
Concordo	21	(21%)
Concordo totalmente	54	(55%)

A propósito da possibilidade de internar compulsivamente, no caso de recusa ao tratamento, as opiniões são semelhantes, no que se refere à visão relacionada com o risco

ou com a perda de competência para tomar decisões. A opinião de 85% dos inquiridos é que o IC deve acontecer quando o doente não está capaz de tomar decisões e 76% entende que o IC deve ocorrer nos casos em que, capaz ou não de decidir, o doente coloca em risco a si ou terceiros (Tabela 10).

Relativamente ao internamento compulsivo e à capacidade de consentir, pode constatar-se que não existe uma preponderância da visão relacionada com o risco, nem da que se relaciona com a perda de competência para tomar decisões. A opinião dos psiquiatras aponta para a importância de ambas, refletindo os pressupostos de internamento do artigo 12º da LSM, onde se refere que o IC pode ocorrer por perigosidade ou pela via tutelar. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Brooks, num inquérito a psiquiatras americanos (Brooks R. , 2007). Pode, ainda, verificar-se que o risco para bens patrimoniais, embora considerado importante por uma maioria, é menos valorizado do que o risco para a saúde e integridade física. Apesar do risco para bens de relevante valor se encontrar nos pressupostos da lei para IC, estes resultados podem relacionar-se com o facto de os profissionais não encararem a proteção patrimonial no âmbito das suas competências clínicas. Esta consideração alerta para a importância da regulamentação legal nesta área, o que aliás está previsto na LSM, pois verifica-se, pela análise dos dados, poder ser um assunto relacionado com a proteção ao doente que está menos acautelado do que os que se relacionam com o risco para a saúde/integridade física do próprio ou terceiros.

7.6. Direito à Informação e IC

A terceira questão e objetivo apresentam-se, na Tabela 11.

Tabela 11. Terceira questão e objetivo de investigação

Questão de Investigação	Objetivo
3. Consideram os médicos que o direito à informação é prestado de forma adequada?	3. Avaliar a opinião dos médicos no que se refere à forma como a informação é fornecida ao doente internado compulsivamente.

Para estudar o tema relacionado com direito dos doentes à informação, no âmbito do internamento compulsivo, são analisadas as Tabelas 12 e 13, correspondentes às questões do inquérito onde se pretende saber a opinião dos médicos relativamente ao fornecimento de informação ao doente no internamento e na sessão conjunta.

Tabela 12. Resultados do inquérito: Direito à informação e IC

Durante o IC, a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal	n	(%)
É prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa		
Discordo totalmente	5	(5%)
Discordo	28	(29%)
Não concordo nem discordo	24	(24%)
Concordo	30	(31%)
Concordo totalmente	10	(10%)

Através da análise da Tabela 12, verifica-se uma dispersão dos resultados. 41% é de opinião que a informação é prestada de forma adequada, 34% tem opinião contrária e 24% não concorda nem discorda.

Tabela 13. Resultados do inquérito: Sessão conjunta e IC

A propósito da sessão conjunta	n	(%)
A presença do médico prejudica a relação médico-doente		
Discordo totalmente	6	(6%)
Discordo	25	(26%)
Não concordo nem discordo	20	(21%)
Concordo	31	(32%)
Concordo totalmente	14	(15%)
Os esclarecimentos ao tribunal deveriam ser fornecidos fora do seu âmbito		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	12	(12%)
Não concordo nem discordo	21	(22%)
Concordo	39	(41%)
Concordo totalmente	18	(19%)

A questão da presença do médico na sessão conjunta e seu impacto na relação médico-doente, também não demonstra consensos. Observa-se que 47% dos inquiridos concorda que a relação médico-doente seja prejudicada pela presença do médico, 32% discorda e 21% não tem opinião. No que se refere à forma de prestar esclarecimentos ao tribunal, encontram-se dados mais expressivos sendo que 60% entende que estes deveriam ser prestados fora do âmbito da sessão conjunta (Tabela 13).

A necessidade de informar o doente dos seus direitos e a existência de estruturas para além do sistema de saúde que prestem informação ao utente estão previstas em vários documentos internacionais. A Rec(2004)10 estipula que, durante o internamento compulsivo, o doente deve ser informado periodicamente e de forma apropriada das razões para a decisão de internar, bem como dos critérios para a sua manutenção ou fim. De acordo com as diretivas internacionais e a LSM, o direito do doente à informação tem de ser salvaguardado.

Este é, no entanto, um direito difícil de assegurar, na maior parte dos casos de doença mental que originam o IC. Neste contexto, o seu exercício, exige dos profissionais, bem como das instituições de saúde e judiciais uma atenção especial. De facto, não se verificou uma opinião predominante, quanto à salvaguarda do direito à informação aos doentes, o que pode relacionar-se com o facto de, muitas vezes, o doente não se encontrar em situação de poder entender a informação que lhe é prestada. No entanto, tal como em relação ao consentimento informado, é de aceitar que, apesar de não se poder assegurar o seu pleno exercício, se devem manter os procedimentos legais. Além disso, de acordo com a LSM, o defensor legal e o familiar mais próximo, também são informados do processo em curso, podendo estes, de forma indireta, assegurar que este direito do doente seja salvaguardado.

A presença do médico na sessão conjunta e o seu impacto na relação médico-doente foi considerada negativa por cerca de metade dos inquiridos. A sessão conjunta, encarada como uma salvaguarda dos direitos do doente à informação, a ser ouvido e a ter defesa, deve, de acordo com estes dados, ter em conta a importância da relação médico-doente que, pela natureza involuntária do internamento, já se encontra fragilizada. Assim, será de evitar mais elementos estranhos à mesma. Tal, pode explicar o facto de 60% dos médicos considerar que os esclarecimentos ao tribunal devem ocorrer fora do âmbito da sessão conjunta.

7.7. Direito a Recusar Tratamento e IC

A quarta questão e objetivo apresentam-se, na Tabela 14.

Tabela 14. Quarta questão e objetivo de investigação.

Questão de Investigação	Objetivo
4. Consideram os médicos que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo?	4. Verificar a opinião dos médicos relativamente à possibilidade de recusa ao tratamento pelo doente e ao uso de intervenções terapêuticas específicas sem consentimento.

Para avaliar a opinião dos psiquiatras acerca do direito a recusar tratamento no âmbito do IC, são analisadas as Tabelas 15,16,17 e 18.

Tabela 15. Resultados do inquérito: Medidas terapêuticas e IC

Relativamente às medidas terapêuticas	n	(%)
Deveria existir distinção entre IC e tratamento compulsivo		
Discordo totalmente	0	(0%)
Discordo	6	(6%)
Não concordo nem discordo	10	(10%)
Concordo	39	(41%)
Concordo totalmente	39	(41%)
O IC deveria ter em conta o consentimento informado do doente para o tratamento		
Discordo totalmente	17	(17%)
Discordo	27	(27%)
Não concordo nem discordo	18	(18%)
Concordo	22	(22%)
Concordo totalmente	12	(12%)

A análise da Tabela 15 revela que 82% dos inquiridos concorda que deveria existir distinção entre IC e tratamento compulsivo, no entanto apenas 34% é de opinião que se deva ter em conta o consentimento informado para o tratamento, nos casos de IC.

Tabela 16. Resultados do inquérito: Tratamento involuntário e IC

O tratamento contra vontade é justificado, independentemente da capacidade de consentir, se:		
	n	(%)
A perturbação representa um risco significativo para si/terceiros		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	11	(11%)
Não concordo nem discordo	11	(11%)
Concordo	27	(27%)
Concordo totalmente	46	(46%)
É esperado que a pessoa recupere e tenha melhor prognóstico		
Discordo totalmente	9	(9%)
Discordo	23	(23%)
Não concordo nem discordo	22	(22%)
Concordo	27	(28%)
Concordo totalmente	17	(17%)
É esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento		
Discordo totalmente	36	(37%)
Discordo	23	(24%)
Não concordo nem discordo	20	(21%)
Concordo	11	(11%)
Concordo totalmente	6	(6%)

Na Tabela 16, acerca do tratamento contra vontade, verifica-se que 73% concorda com o tratamento contra vontade se a perturbação representa risco significativo para si ou para terceiros. Nos casos em que se espera que a pessoa recupere e tenha melhor prognóstico, apenas 45% concorda com o tratamento contra vontade. Quanto ao facto da pessoa poder vir a sentir-se feliz por ter sido submetida a tratamento de forma involuntária verifica-se que 61% discorda que tal deva ocorrer.

Tabela 17. Resultados do inquérito: Incapacidade de consentir, tratamento e IC

Se a pessoa, não tem capacidade para consentir, o médico deve (ainda que não seja situação de emergência)	n	(%)
Optar pelo tratamento que lhe parecer melhor		
Discordo totalmente	3	(3%)
Discordo	5	(5%)
Não concordo nem discordo	8	(8%)
Concordo	43	(43%)
Concordo totalmente	40	(40%)

Tabela 18. Resultados do inquérito: Decisão dos tratamentos a instituir e IC

É adequado que o médico decida, sem consentimento, o uso de	n	(%)
Antipsicóticos injetáveis de longa duração		
Discordo totalmente	7	(7%)
Discordo	19	(20%)
Não concordo nem discordo	12	(13%)
Concordo	27	(28%)
Concordo totalmente	29	(31%)
Fármacos para tratamento de comorbilidade somática		
Discordo totalmente	10	(11%)
Discordo	23	(24%)
Não concordo nem discordo	16	(17%)
Concordo	26	(28%)
Concordo totalmente	17	(18%)
Electroconvulsivoterapia		
Discordo totalmente	18	(20%)
Discordo	33	(36%)
Não concordo nem discordo	9	(10%)
Concordo	25	(27%)
Concordo totalmente	7	(8%)
Psicocirurgia		
Discordo totalmente	51	(55%)
Discordo	31	(33%)
Não concordo nem discordo	10	(11%)
Concordo	0	(0%)
Concordo totalmente	1	(1%)

Na Tabela 17 verifica-se que 83% concorda que o médico deva optar pelo tratamento que lhe pareça mais adequado, se a pessoa não tem capacidade de consentir. No entanto, na Tabela 18, ao avaliar a concordância dos psiquiatras em relação aos diferentes tipos de tratamento em IC, sem o consentimento do doente, verifica-se que 59% concorda com a administração de antipsicóticos de longa duração. Quanto ao tratamento da comorbilidade somática não se verifica uma opinião preponderante. De salientar, ainda, a opinião relativa à electroconvulsivoterapia (ECT) em que 56% discorda da sua utilização, nestas condições. A psicocirurgia reúne mais consenso, já que 88% discorda da sua aplicação, sem consentimento.

A discrepância entre uma maioria que concorda com a distinção entre IC e tratamento compulsivo e uma minoria que concorda com o consentimento informado para o tratamento, levanta várias questões. Poderá a questão do tratamento ter sido interpretada como estando no âmbito das medidas de TAC? Caso a pergunta tenha sido entendida, como era o objetivo, durante o internamento compulsivo, é de admitir que os médicos possam partilhar da opinião de Sjonstrand e Helgesson. Para estes autores o tratamento involuntário não pode ser defendido pela proteção de terceiros, ele só é aceitável se o doente não está capaz de decisão autónoma acerca do seu tratamento e de acordo com o seu melhor interesse. O tratamento pode ser requerido de forma a promover os interesses de saúde do doente mas, mesmo nestas situações, apenas deve ser dado se não for contra a autonomia do doente (Sjöstrand Helgesson, 2008). Assim, será interessante avaliar quais as questões que os clínicos gostariam de ver separadas nos dois processos pois há uma escassez de literatura na área da coerção na administração de tratamentos e muito mais

pesquisa é necessária para examinar todos os aspetos desta prática controversa (Jarrett, Bowers, Simpson, 2008).

A nossa Lei de Saúde Mental não contempla a necessidade de procedimentos separados para o IC e o tratamento no âmbito do internamento, no entanto verifica-se que as respostas às questões colocadas quanto à decisão de tratamentos específicos como os de duração longa, aqueles que estão fora do âmbito da patologia mental ou procedimentos invasivos, denotam as dificuldades sentidas pelos médicos nestas situações. Por exemplo, a ECT cuja aplicação em IC, encontra na LSM, possibilidade de aplicação sem consentimento, apenas reúne a concordância de 35% dos psiquiatras. Esta percentagem é muito inferior à observada noutros estudos (Alem, et al., 2002). Seria interessante que estes assuntos fossem alvo de debate e regulamentação específica, já que, de acordo com documentos internacionais como a Rec (2004)¹⁰, os Estados Membros são responsáveis pela decisão de quais os tratamentos incluídos nesta categoria após o escrutínio ético, através do desenvolvimento de uma lei nacional que regule determinado tratamento ou de protocolos clínicos, relativos ao seu uso. De acordo com Van der Post, existem fortes indicadores que quanto maior for o nível de satisfação, menor é o risco de internamento compulsivo no futuro. Com base nestes achados e de dados comparáveis de investigação do Reino Unido, Van der Post recomenda que os doentes admitidos compulsivamente devam ser questionados (com um método padronizado) acerca das suas opiniões relativamente ao tratamento, advogando que com esses resultados poder-se-á melhorar a satisfação do doente com o tratamento (Van der Post L. , 2012).

7.8. Organização e Monitorização de Procedimentos

A quinta questão de investigação e objetivo, apresentam-se na Tabela 19.

Tabela 19. Quinta questão e objetivo de investigação.

Questão de Investigação	Objetivo
5. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização?	5. Avaliar se os médicos consideram importantes os procedimentos orientados para a proteção ao doente e sua monitorização.

Para estudar os aspetos relacionados com a proteção ao doente, através da organização e monitorização de procedimentos, são analisadas as Tabelas 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27. Nestas são abordados os assuntos relacionados com o diagnóstico, avaliação do risco, medidas de contenção e controlo da violência, bem como a monitorização, no âmbito do internamento compulsivo.

Tabela 20. Resultados do inquérito: Diagnósticos e IC

Deveriam constar na lei ou nouro instrumento de âmbito nacional	n	(%)
Os diagnósticos abrangidos no IC		
Discordo totalmente	17	(17%)
Discordo	22	(22%)
Não concordo nem discordo	13	(13%)
Concordo	24	(24%)
Concordo totalmente	22	(22%)
Os diagnósticos/condições que não são suficientes para IC		
Discordo totalmente	16	(16%)
Discordo	17	(17%)
Não concordo nem discordo	16	(16%)
Concordo	27	(27%)
Concordo totalmente	22	(22%)

Relativamente aos diagnósticos ou condições clínicas que devem ser satisfeitos, no caso do IC, verifica-se uma grande dispersão das respostas. Regista-se um ligeiro predomínio dos que concordam (46%) em relação aos que discordam (39%) com o estabelecimento dos diagnósticos que deveriam ser abrangidos no IC, bem como dos que concordam (49%) em relação aos que discordam (33%) com o estabelecimento dos diagnósticos/condições que não são suficientes para o IC (Tabela 20).

Estes dados refletem as dificuldades sentidas na prática clínica. Por um lado, a constatação de que o estabelecimento de diagnósticos abrangidos pode servir de base à intervenção do médico e proteger os doentes de abusos; por outro, a dificuldade de estabelecer fronteiras claras e diagnósticos, em determinadas situações, o que pode, levar a que doentes necessitando de tratamento fiquem fora dos critérios para IC e, portanto, mais vulneráveis e sem proteção. No fundo, estes dados, refletem também as dificuldades sentidas por outros Países da Europa, uma vez que o projeto de investigação da Comissão Europeia em 2002 constatou que apesar da disponibilidade de definições detalhadas nos sistemas de classificação internacional (ex. ICD-10 ou DSM-IV), os enquadramentos legais dos Estados Membros, raramente definiam critérios de diagnóstico claros e específicos; e quando as categorias diagnósticas eram mencionadas, usavam-se conceitos muito genéricos.

O mesmo raciocínio se poderá aplicar em relação à existência de condições de exclusão ou insuficientes para internamento compulsivo. O mesmo projeto da União Europeia verificou que o estabelecimento dessas condições em estatutos, leis ou atos, estava presente em alguns países mas, ainda assim, as categorias eram muito heterogéneas.

Tabela 21. Resultados do inquérito: Escalas de risco e IC

A avaliação clínico-psiquiátrica deveria incluir a aplicação de	n	(%)
Escalas de determinação (quantificação) do risco		
Discordo totalmente	18	(18%)
Discordo	25	(25%)
Não concordo nem discordo	26	(26%)
Concordo	22	(22%)
Concordo totalmente	8	(8%)

Tabela 22. Resultados do inquérito: Formação e IC

A proteção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais, a prevenção e controlo da violência, medidas de isolamento/contenção física deveriam	n	(%)
Ser temas de formação continua entre os profissionais de saúde		
Discordo	0	(0%)
Não concordo nem discordo	7	(7%)
Concordo	29	(29%)
Concordo totalmente	63	(64%)

Tabela 23. Resultados do inquérito: Registo medidas coercivas e IC

A aplicação de medidas coercivas	n	(%)
Deve ser alvo de procedimentos de registo específico		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	2	(2%)
Não concordo nem discordo	5	(5%)
Concordo	29	(30%)
Concordo totalmente	60	(61%)

Quanto ao uso de escalas de avaliação do risco, verifica-se que apenas 30% dos médicos concorda com a sua existência e 43% discorda (Tabela 21).

No que se refere a temas como a proteção da dignidade, direitos humanos, prevenção/controlo da violência e medidas de isolamento/contenção física, pode constatar-se que 93% concorda que estes devam ser incluídos na formação contínua dos profissionais (Tabela 22).

Relativamente aos procedimentos de registo, 91% dos inquiridos concorda que a aplicação de medidas coercivas deve ter procedimentos de registo específico (Tabela 23).

Tabela 24. Resultados do inquérito: Declaração de vontade antecipada e IC

A declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento	n	(%)
Deveria ser um instrumento disponível		
Discordo totalmente	5	(5%)
Discordo	6	(6%)
Não concordo nem discordo	22	(23%)
Concordo	39	(41%)
Concordo totalmente	22	(23%)

Na tabela 24, verifica-se que 64% concorda que a declaração de vontade antecipada deva ser um instrumento disponível nos cuidados à pessoa com doença mental.

O risco e perigosidade para si/terceiros é um critério para IC mas, a LSM não especifica o nível de perigo e os limiares definidos são vagos. Neste estudo, verifica-se que não existe uma opinião predominante em relação à utilização de escalas de quantificação do risco, na avaliação clínico-psiquiátrica. No entanto, é de lembrar que o projeto de investigação da Comissão Europeia de 2002 considerou que o uso de instrumentos de

avaliação do risco pode melhorar a qualidade da confirmação do critério de perigosidade, referindo que estas avaliações em psiquiatria forense se têm provado úteis e fiáveis.

A elevada concordância dos profissionais com a importância da formação contínua em áreas específicas está de acordo com a Rec(2004)10 onde a proteção da dignidade, direitos humanos, prevenção/controlo da violência e medidas para evitar o uso de isolamento ou contenção física são apontadas com temas em que deve existir treino apropriado.

A maioria dos psiquiatras concorda que a aplicação de medidas coercivas deva ser alvo de procedimentos de registo específico. Em Portugal, tal registo é regulado pela norma da DGS de 2007, devendo realizar-se no processo clínico do doente. Mas, este assunto remete-nos para a existência de uma folha de registo de episódios de contenção física, criada na referida norma para notificação obrigatória, cuja aplicação não está em prática. Monahan alerta para o facto do uso de coerção sofrer variações de acordo com a instituição ou programas de tratamento. Assim, apenas usando os mesmos métodos e instrumentos, será possível comparar dados e contribuir para um tratamento do doente mais humano e efetivo (Monahan, et al., 1995).

As diretivas antecipadas, constituindo instruções pré-definidas de um doente acerca da preferência ou recusa de certos tratamentos ou intervenções, no caso de uma incapacidade futura para decidir, em razão do seu estado mental, surgem como um assunto cada vez mais pertinente. A opinião favorável de mais de metade dos psiquiatras a este tipo de instrumento reflete a importância conferida ao respeito pela autonomia em situações de vulnerabilidade acrescida.

Tabela 25. Resultados do inquérito: Utilização da LSM e IC

Na minha opinião, a Lei da Saúde Mental	n	(%)
É usada de forma apropriada		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	18	(19%)
Não concordo nem discordo	28	(29%)
Concordo	40	(42%)
Concordo totalmente	6	(6%)
É usada com demasiada frequência		
Discordo totalmente	6	(6%)
Discordo	20	(21%)
Não concordo nem discordo	28	(29%)
Concordo	31	(32%)
Concordo totalmente	12	(12%)
O procedimento de urgência é usado em exagero		
Discordo totalmente	7	(7%)
Discordo	19	(20%)
Não concordo nem discordo	17	(18%)
Concordo	35	(37%)
Concordo totalmente	17	(18%)

Tabela 26. Resultados do inquérito: Comissão de acompanhamento e IC

Relativamente à comissão de acompanhamento: na minha opinião, o exercício das suas competências	n	(%)
Ajudava na minha prática clínica		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	12	(13%)
Não concordo nem discordo	33	(36%)
Concordo	36	(39%)
Concordo totalmente	6	(7%)
Melhorava a assistência e proteção aos doentes		
Discordo totalmente	1	(1%)
Discordo	6	(7%)
Não concordo nem discordo	29	(32%)
Concordo	46	(50%)
Concordo totalmente	7	(8%)

Tabela 27. Resultados do inquérito: Base de dados e IC

A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria		
	n	(%)
Importante para a proteção dos doentes		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	10	(10%)
Não concordo nem discordo	26	(27%)
Concordo	42	(44%)
Concordo totalmente	15	(16%)
Útil na minha prática clínica		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	7	(7%)
Não concordo nem discordo	17	(17%)
Concordo	47	(48%)
Concordo totalmente	23	(23%)

Quanto à aplicação da lei de saúde mental, 48% considera que a lei é usada de forma apropriada sendo que, 44% é de opinião que ela é usada com demasiada frequência e 55% concorda que o procedimento de urgência é usado em exagero (Tabela 25).

Na Tabela 26 verifica-se que, apesar de não existir uma opinião claramente favorável ao benefício para a prática clínica, através do exercício das competências da comissão de acompanhamento, quando falamos da proteção ao doente, 58% dos psiquiatras concorda que tal melhoraria a assistência e proteção ao doente.

A Tabela 27 refere-se aos dados estatísticos. Verifica-se que 60% dos médicos concorda que a existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria importante para a proteção dos doentes. A divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses foi considerado útil na prática clínica por 71% dos inquiridos.

A constatação de que mais de metade dos psiquiatras considera que o procedimento de urgência é usado com demasiada frequência, alerta-nos para a necessidade de reflexão acerca da forma como a LSM está a ser aplicada, no nosso país.

A Rec(2004)10 acerca do procedimento de internamento e tratamento involuntário de urgência, chama a atenção para o facto de os procedimentos de urgência não deverem ser usados, para evitar a aplicação dos outros procedimentos regulares. Tal situação, também se encontra definida na nossa LSM e assim, através do cumprimento da lei e dos procedimentos, procura-se garantir a salvaguarda dos direitos dos doentes.

No ponto seguinte, avalia-se a importância do exercício das competências da comissão de acompanhamento. Mais de metade dos médicos concorda que esse exercício melhoraria a assistência e proteção ao doente. Este é um dos assuntos cuja reflexão e discussão, baseada numa opinião que poderá vir a ser replicada, poderia trazer benefícios ao doente, tendo em vista o cumprimento de todo um processo que se deseja poder ser monitorizado de forma capaz e adequada, de acordo com a lei.

A opinião inequívoca dos médicos relativamente à importância, para a proteção dos doentes, da existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e do acesso à mesma por entidades com legítimos interesses, bem como da divulgação dos dados estatísticos das medidas compulsivas, como a lei portuguesa define, obriga a que este seja um assunto na ordem do dia. Trata-se de uma obrigação legal, importantíssima para que todos os intervenientes possam avaliar a realidade nacional e aferir a sua prática. Constitui, além disso, um instrumento que pode permitir identificação de situações que necessitem de ajustes e necessariamente mais uma garantia da salvaguarda dos direitos da pessoa doente.

7.9. Tratamento Ambulatório Compulsivo

A sexta questão e objetivo relacionam-se com o tratamento ambulatório compulsivo (TAC) e apresentam-se na Tabela 28.

Tabela 28. Sexta questão e objetivo de investigação.

Questão de Investigação	Objetivo
6. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de cuidados em ambulatório? Qual a opinião dos médicos relativamente ao Tratamento Ambulatório Compulsivo? Que fatores consideram importantes no começo e término desta medida?	6. Determinar se os médicos consideram o Tratamento Ambulatório Compulsivo como uma medida útil, tendo em conta os meios técnicos e estruturais disponíveis.

Para estudar a opinião sobre o TAC, são analisadas as Tabelas 29, 30, 31, 32 e 33, correspondentes às questões do inquérito em que eram abordados os assuntos relacionados com o tratamento ambulatório compulsivo.

Tabela 29. Resultados do inquérito: TAC e aspetos legais

Na sua opinião, o tratamento ambulatório compulsivo deve	n	(%)
Poder ocorrer sem internamento prévio		
Discordo totalmente	1	(1%)
Discordo	1	(1%)
Não concordo nem discordo	4	(4%)
Concordo	45	(47%)
Concordo totalmente	45	(47%)
Merecer regulamentação própria		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	3	(3%)
Não concordo nem discordo	8	(8%)
Concordo	52	(54%)
Concordo totalmente	31	(32%)
Ter pressupostos diferentes do internamento compulsivo		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	5	(5%)
Não concordo nem discordo	9	(9%)
Concordo	47	(49%)
Concordo totalmente	31	(32%)

Existem pareceres a referir que, pelo facto da Lei de Saúde Mental determinar que o tratamento deve ocorrer no meio menos restritivo possível, o TAC pode ocorrer, sem internamento prévio. No entanto, tal não se encontra de forma explícita na redação da lei portuguesa.

A propósito deste assunto, na Tabela 29 podemos constatar que os médicos afirmam, com grande expressividade, que o TAC deve poder ocorrer sem internamento prévio (94%), que deve ter regulamentação própria (86%) e que, para além disso, os pressupostos devem poder ser diferentes dos do internamento compulsivo (81%).

Tabela 30. Resultados do inquérito: TAC, benefícios e impacto coercivo

Tratamento ambulatorio compulsivo		
Se usado apropriadamente	n	(%)
Os beneficios sobrepõem-se ao impacto coercivo no doente		
Discordo totalmente	3	(3%)
Discordo	1	(1%)
Não concordo nem discordo	7	(7%)
Concordo	46	(48%)
Concordo totalmente	38	(40%)

Através da análise da Tabela 30, podemos verificar que 88% dos inquiridos considera que, se usado apropriadamente, os benefícios do TAC se sobrepõem ao impacto coercivo no doente.

Quanto aos fatores que diminuem a eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo, como se pode observar na Tabela 31, verifica-se que a inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial é, dos fatores em apreço, nesta questão, aquele que mais médicos consideram diminuir a eficácia desta medida (88%).

De seguida surgem: o abuso de substâncias (70%), a dificuldade em promover a adesão à medicação (65%) e finalmente a falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal (53%).

Tabela 31. Resultados do inquérito: TAC e fatores que diminuem a sua eficácia

A eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo é diminuída devido		
	n	(%)
Dificuldade em promover a adesão à medicação		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	18	(18%)
Não concordo nem discordo	11	(11%)
Concordo	49	(50%)
Concordo totalmente	15	(15%)
Abuso de substâncias pelos doentes		
Discordo totalmente	3	(3%)
Discordo	9	(9%)
Não concordo nem discordo	17	(18%)
Concordo	45	(46%)
Concordo totalmente	23	(24%)
Falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal		
Discordo totalmente	4	(4%)
Discordo	18	(18%)
Não concordo nem discordo	24	(24%)
Concordo	37	(38%)
Concordo totalmente	15	(15%)
Inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	0	(0%)
Não concordo nem discordo	10	(10%)
Concordo	45	(46%)
Concordo totalmente	41	(42%)

Das respostas analisadas depreende-se que o tratamento ambulatorio compulsivo é considerado pelos médicos como uma alternativa útil, na sua prática clínica. Apesar dos dados internacionais serem inconsistentes, a experiência dos psiquiatras portugueses inquiridos aponta para que o TAC seja uma medida importante no cuidado e proteção aos doentes, na qual valerá a pena investir.

De acordo com a necessidade sentida em termos da sua regulamentação legal, deve ser encarado como um assunto de discussão, em eventuais alterações à lei de saúde mental, tendo em vista a proteção e a melhoria da saúde da pessoa com doença mental.

De salientar, ainda, que o tratamento ambulatorio compulsivo, como já foi referido no documento da OMS de 2003, necessita de uma estrutura de cuidados que vai mais além do que as consultas a nível hospitalar e que, para ser eficaz, promover a adesão à medicação, um estilo de vida mais saudável e uma real integração do individuo no seio da comunidade, são necessárias medidas de reabilitação e estruturas de apoio e tratamento baseadas na comunidade bem desenvolvidas, de forma a minimizar os efeitos da doença e promover a adesão ao plano terapêutico.

Essa é, precisamente, a conclusão que podemos retirar da análise dos dados deste estudo, onde se pode verificar a opinião maioritária de que a eficácia do TAC é diminuída pela inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial e pelo abuso de substâncias, situações estas que poderiam ser tratadas e minimizadas, através de uma rede de cuidados eficaz a nível da comunidade.

Tabela 32. Resultados do inquérito: TAC e fatores que limitam o seu uso

Evito o uso do Tratamento Ambulatório Compulsivo devido	n	(%)
À coerção envolvida		
Discordo totalmente	21	(23%)
Discordo	35	(38%)
Não concordo nem discordo	13	(14%)
Concordo	20	(22%)
Concordo totalmente	3	(3%)
Ao peso administrativo		
Discordo totalmente	24	(26%)
Discordo	37	(40%)
Não concordo nem discordo	12	(13%)
Concordo	13	(14%)
Concordo totalmente	6	(7%)
Ao aumento dos custos para os serviços de saúde		
Discordo totalmente	26	(28%)
Discordo	44	(47%)
Não concordo nem discordo	20	(21%)
Concordo	3	(3%)
Concordo totalmente	0	(0%)

Relativamente ao tratamento ambulatório compulsivo, procurou-se identificar os fatores considerados importantes pelos médicos, quer no início, quer no término desta medida. Na Tabela 32 verifica-se que uma maioria dos inquiridos discorda que os custos (75%), a coerção envolvida (61%) e o peso administrativo (66%) levem a que, na sua prática clínica, evitem dar início ao TAC.

Tabela 33. Resultados do inquérito: TAC e fatores envolvidos no seu término

Indique a importância de cada um dos seguintes fatores, quando está a ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo	n	(%)
Vontade do doentes ter alta		
Discordo totalmente	16	(17%)
Discordo	34	(35%)
Não concordo nem discordo	26	(27%)
Concordo	15	(16%)
Concordo totalmente	4	(4%)
Aumentar a liberdade do doente		
Discordo totalmente	14	(15%)
Discordo	20	(21%)
Não concordo nem discordo	23	(24%)
Concordo	28	(30%)
Concordo totalmente	9	(10%)
Melhoria clínica		
Discordo totalmente	1	(1%)
Discordo	1	(1%)
Não concordo nem discordo	3	(3%)
Concordo	45	(47%)
Concordo totalmente	46	(48%)
Adesão ao tratamento		
Discordo totalmente	1	(1%)
Discordo	0	(0%)
Não concordo nem discordo	0	(0%)
Concordo	37	(39%)
Concordo totalmente	58	(60%)
Melhoria das relações sociais/familiares/laborais		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	6	(6%)
Não concordo nem discordo	17	(18%)
Concordo	48	(50%)
Concordo totalmente	23	(24%)
Redução do risco para o próprio/terceiros		
Discordo totalmente	2	(2%)
Discordo	2	(2%)
Não concordo nem discordo	3	(3%)
Concordo	44	(46%)
Concordo totalmente	45	(47%)

Em relação ao terminar do tratamento ambulatorio compulsivo, verifica-se que 99% é de opinião que a adesão ao tratamento é um fator importante, seguida da melhoria clínica com 95% de concordância e da redução do risco para o próprio/terceiros, em 91%. A melhoria das relações sociais/familiares é considerada importante, por 74% dos inquiridos. Por seu turno, 52% discorda que a vontade do doente em ter alta seja um fator importante na decisão de terminar o TAC. No que se refere à preocupação em aumentar a liberdade do doente, as respostas dividem-se e não se observa uma opinião maioritária (Tabela 33).

Destas respostas analisadas depreende-se que o tratamento ambulatorio compulsivo não é considerado pelos médicos uma medida cuja coerção e custos sejam considerados limitativos do seu uso. Estes dados vão de encontro aos encontrados noutros estudos, em que os psiquiatras encaram o TAC como uma forma de prestar o cuidado adequado ao doente (Desviat, et al., 1999). No entanto, as questões relacionadas com a coerção e a limitação da liberdade são assuntos importantes, pois se é verdade que o doente está em casa, no seu seio familiar, também é verdade que, em Portugal, de acordo com a LSM, tem obrigatoriamente de se apresentar de dois em dois meses num serviço de saúde. Para além disso, procura-se que exista monitorização por terceiros das tomas da medicação, o que mais uma vez limita as liberdades do doente. Alguns estudos consideram a eficácia do TAC limitada, no que se refere à diminuição dos internamentos e outros concluem que os benefícios para um pequeno número de doentes são ultrapassados pelo grande número de doentes que é necessário tratar. Assim, o entendimento é o de que não se justifica a restrição da liberdade do doente (Burns, et al., 2013) e, dado existir falta de provas da sua efetividade, Jacobsen propõe o uso de *guidelines* de monitorização para medidas involuntárias, como um primeiro passo para melhorar o conhecimento nesta área

(Jacobsen, 2012). No entanto, a diminuição do número de reinternamentos não deve ser o único índice a considerar, pois numa visão menos economicista, pode apontar-se a importância de fatores como a qualidade de vida, a real inserção na família e sociedade; muitos casos existirão em que, apesar do doente não necessitar de internamento pode, por ausência de crítica para a doença, recusar o tratamento e assim permanecer vulnerável e sem acesso aos tratamentos disponíveis. Situação semelhante verificou Kisely, referindo que os doentes em TAC tinham menor probabilidade de ser vítimas de crimes. O autor reconhece que não é claro se esse benefício é devido à intensidade do tratamento ou à sua natureza compulsiva, pelo que se aconselha a avaliação de um amplo conjunto de resultados quando se introduz legislação nesta matéria (Kisely, Campbell, Preston, 2011). Outros autores consideram que o tratamento ambulatorio compulsivo pode ser eficaz para doentes com doença mental grave e para aqueles em que a descontinuação do tratamento acarreta um alto risco de recaída (Lera-Calatayud, et al., 2013).

Assim, considera-se que esta é uma medida de restrição da liberdade que merece atenção e discussão, junto dos intervenientes, nomeadamente dos psiquiatras. A adesão ao tratamento e a redução do risco para o próprio/terceiros são as principais razões que os médicos apontam para terminarem o tratamento ambulatorio compulsivo. Neste sentido, é de realçar que a já referida falta de estruturas de apoio na comunidade pode limitar a concretização destes objetivos e, nesse sentido, perpetuar uma medida que, apesar de menos restritiva em comparação ao internamento, continua a representar uma limitação aos direitos do doente.

7.10. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão

A sétima questão e objetivo, apresentam-se na Tabela 34.

Tabela 34. Sétima questão e objetivo de investigação.

Questão de Investigação	Objetivo
7. Existirá variação considerável entre as atitudes dos médicos acerca de diferentes quadros clínicos e o seu impacto na capacidade de decisão?	7. Avaliar a opinião dos médicos relativamente a quadros clínicos específicos relativamente à sua classificação como anomalia psíquica grave, indicação para IC e capacidade para recusar tratamento.

Para estudar a opinião dos médicos relativamente a diferentes diagnósticos que se considerou poderem ser casos de difícil decisão, são analisadas as Tabelas 35,36,37,38,39 e 40. Nestas são abordados assuntos relacionados com diferentes casos clínicos e o internamento compulsivo.

Tabela 35. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Alcoolismo Crónico

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança de terceiros		Competência para recusar tratamento está comprometida		Apropriado a desintoxicação forçada		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mulher, 53 anos, tratamento em ambulatório. Diagnóstico- alcoolismo crónico há 15 anos. Relutante em manter abstinência, entende que caso continue a beber pode colocar a sua saúde e a vida em risco, bem como a do seu filho de 11 anos. Nega internamento. Familiares não conseguem ajudá-la e querem que seja internada.	3	6%	9	17%	8	15%	8	15%	15	29%	7	13%	Discordo totalmente
	7	13%	23	43%	21	40%	24	46%	23	44%	12	23%	Discordo
	6	11%	9	17%	9	17%	8	15%	8	15%	15	28%	Não concordo nem discordo
	23	43%	10	19%	12	23%	10	19%	5	10%	15	28%	Concordo
	14	26%	2	4%	3	6%	2	4%	1	2%	4	8%	Concordo totalmente

No que se refere ao alcoolismo crônico, como se pode ver na Tabela 35, a percentagem de médicos que concorda com a sua classificação como anomalia psíquica grave é de 36% e a dos que discorda é, também, de 36%.

A maioria (73%) discorda da possibilidade de desintoxicação involuntária, 61% não concorda que a competência para recusar tratamento esteja comprometida, 23% é desta opinião e 15% não concorda nem discorda.

60% não concorda que se deva usar o IC para proteger a sua saúde/segurança do próprio e 55% não concorda com o IC para proteger a saúde/segurança de terceiros. 69% dos psiquiatras entende que a recusa ao tratamento deve ser respeitada (Tabela 35).

Tabela 36. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Dependência de opiáceos

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança de terceiros		Competência para recusar tratamento está comprometida		Apropriado a desintoxicação forçada		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homem, 28 anos, seguimento irregular em ambulatório. Diagnóstico- pert. dependência opiáceos . Relutante em manter abstinência. Entende que pode colocar a sua saúde, integridade física e de terceiros em risco. Apesar de tratamento com Metadona, continua a consumir, com comportamentos agressivos e delinquência (furtos). Não aceita tratar-se. Pais não conseguem cuidar dele e querem que seja internado	2	4%	13	25%	13	25%	13	25%	14	26%	8	15%	Discordo totalmente
	3	6%	22	42%	22	42%	26	49%	29	55%	17	31%	Discordo
	7	13%	7	13%	6	11%	9	17%	6	11%	19	35%	Não concordo nem discordo
	22	40%	10	19%	9	17%	4	8%	2	4%	7	13%	Concordo
	20	37%	1	2%	3	6%	1	2%	2	4%	3	6%	Concordo totalmente

Como se pode observar na Tabela 36, a perturbação por dependência de opiáceos é considerada uma anomalia psíquica grave por 46% dos médicos.

A maioria (81%) discorda da desintoxicação involuntária, 74% discorda que a competência para recusar tratamento esteja comprometida e apenas 10% acha que a competência para recusar tratamento está comprometida.

Verifica-se que 67% discorda que o IC deva ser usado nestes casos para proteção do próprio ou de terceiros e 77% dos inquiridos entende que a recusa ao tratamento deve ser respeitada (Tabela 36).

Tabela 37. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Anorexia nervosa

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		Competência para recusar tratamento está comprometida		Apropriado alimentação forçada		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mulher, 25 anos, seguida e a fazer tratamento ambulatorio, com diagnóstico de anorexia nervosa . Entende que caso continue a perder peso pode colocar a sua saúde e vida em risco. Apesar do tratamento psicológico e aconselhamento dietético, continua a perder peso. A situação é grave mas ainda não ameaçadora da vida. Ela não aceita a recomendação de internamento. Os pais acham que já não conseguem cuidar dela em casa e querem que seja internada	3	6%	5	9%	3	6%	8	16%	0	0%	Discordo totalmente
	11	21%	25	47%	23	44%	32	63%	1	2%	Discordo
	3	6%	7	13%	12	23%	5	10%	10	19%	Não concordo nem discordo
	26	49%	11	21%	12	23%	5	10%	21	40%	Concordo
	10	19%	5	9%	2	4%	1	2%	21	40%	Concordo totalmente

Na Tabela 37 pode verificar-se que 80% dos inquiridos considera a anorexia nervosa uma anomalia psíquica grave.

A maioria (79%) discorda da alimentação involuntária, 50% discorda que a competência para recusar tratamento esteja comprometida e 56% discorda que o IC deva ser usado nestes casos para proteção da saúde do próprio. 68% entende que a recusa ao tratamento deve ser respeitada (Tabela 37).

Tabela 38. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Perturbação depressiva major

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		Competência para recusar tratamento está comprometida		Apropriado o tratamento forçado		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Homem, 38 anos, seguido em ambulatório. Diagnóstico -perturbação depressiva major . Ideação suicida ativa, com plano de concretização estruturado. Antecedentes de tentativa de suicídio por arma de fogo. Aceita medicação, mantém humor deprimido. Não apresenta sintomatologia deliróide ou delirante, marcados sentimentos de desesperança. Não aceita internamento. Vive só, recusa ir para casa de familiares que sentem não conseguir lidar com a situação e querem que seja internado.	6	12%	1	2%	4	8%	3	6%	0	0%	Discordo totalmente
	25	48%	10	19%	8	15%	12	24%	0	0%	Discordo
	4	8%	6	12%	11	21%	5	10%	13	25%	Não concordo nem discordo
	12	23%	21	40%	21	40%	25	49%	21	40%	Concordo
	5	10%	14	27%	8	15%	6	12%	17	33%	Concordo totalmente

A perturbação depressiva major com ideação suicida é considerada uma anomalia psíquica grave por 73% dos médicos. 55% dos médicos concorda que a competência para recusar tratamento está comprometida e 67% que o IC deva ser usado para proteção da saúde do próprio. 60% entende que a recusa ao tratamento não deve ser respeitada (Tabela 38).

Tabela 39. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Ideação suicida

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		Competência para recusar tratamento está comprometida		Apropriado o tratamento forçado		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homem, 42 anos, sem seguimento por psiquiatria. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização. Sem evidência de pert. depressiva, com labilidade emocional e dificuldade no planeamento de tarefas. Sem sintomas deliroides ou delirantes, sentimentos de desesperança. Recusa internamento. Familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado	1	2%	2	4%	3	6%	4	8%	1	2%	Discordo totalmente
	16	31%	18	35%	16	31%	18	35%	11	21%	Discordo
	10	19%	11	21%	15	29%	12	24%	22	42%	Não concordo nem discordo
	22	42%	14	27%	13	25%	13	25%	9	17%	Concordo
	3	6%	7	13%	4	8%	4	8%	8	15%	Concordo totalmente

Na Tabela 39 apresenta-se um caso clínico de ideação suicida ativa sem psicopatologia identificada. Neste caso 32% dos médicos é de opinião que se trata de um caso de anomalia psíquica grave, 33% concorda e 43% discorda do tratamento forçado, enquanto que 42% não exprime opinião.

Quanto ao IC para proteção do doente verifica-se que 40% concorda e 39% discorda da utilização desta medida. De forma semelhante 33% dos médicos concorda que a competência para decidir está comprometida e 37% discorda. Relativamente à questão do tratamento, 48% dos inquiridos concorda que a recusa ao tratamento deve ser respeitada enquanto que 33% discorda.

Tabela 40. Resultados do inquérito: Vinheta clínica – Perturbação da personalidade

Vinheta Clínica	Recusa ao tratamento deve ser respeitada		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança do doente		IC deve ser usado para proteger saúde e segurança de terceiros		Competência para recusar tratamento está comprometida		Trata-se de uma anomalia psíquica grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homem, 35 anos, seguido em ambulatório. Diagnóstico- pert. personalidade . Apresenta alterações do comportamento com agressões à esposa e ameaças de morte a pessoas com quem se incompatibilizou. Aceita medicação, embora nem toda. Apresenta labilidade emocional e dificuldade no controlo de impulsos, sem alterações do humor/sintomas psicóticos. Familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado	3	6%	9	17%	7	13%	10	19%	9	17%	Discordo totalmente
	10	19%	24	45%	26	49%	28	53%	12	23%	Discordo
	5	9%	5	9%	3	6%	6	11%	15	28%	Não concordo nem concordo
	19	35%	9	17%	8	15%	6	11%	14	26%	Concordo
	17	31%	6	11%	9	17%	3	6%	3	6%	Concordo totalmente

Relativamente às questões relacionadas com a perturbação da personalidade, não se verifica um predomínio de nenhuma das opiniões acerca do facto de se tratar de uma anomalia psíquica grave. Constata-se que 40% discorda que se deva considerar uma anomalia psíquica grave e 32% concorda. Quanto à competência para recusar o tratamento 72% é de opinião que esta não está comprometida e 62% discorda que se deva usar o IC para proteger a saúde do doente e de terceiros. 66% é de opinião que a recusa ao tratamento deve ser respeitada (Tabela 40).

Verifica-se que, tanto no caso de **alcoolismo crônico** como no de **perturbação por dependência de opiáceos**, não existe um consenso quanto à sua classificação como anomalia psíquica grave. Em ambos os casos a maioria dos médicos discorda com a desintoxicação involuntária e é de opinião que a recusa ao tratamento deve ser respeitada. Embora em percentagens ligeiramente inferiores, mais de metade discorda que a competência para recusar tratamento esteja comprometida e discorda da possibilidade de internar compulsivamente quer para proteção do próprio, quer para proteção de terceiros. Uma minoria concorda com o IC, resultados semelhantes aos encontrados num estudo de Brooks, no qual cerca de 20% dos médicos era a favor do IC nos casos de alcoolismo e toxicodependência (Brooks R. , 2007) (Brooks R. , 2006). Pode, ainda, verificar-se que a opinião sobre a competência para recusar tratamento não estar comprometida é mais consensual para a toxicodependência do que para o alcoolismo. As questões de avaliação destas duas patologias, podem estar relacionadas com aspetos organizacionais, já que a toxicodependência é tratada a nível institucional em locais diferentes dos hospitais gerais. As orientações relativas ao alcoolismo têm vindo a mudar, não sendo o tratamento fornecido, em todas as áreas do país, da mesma forma e nos hospitais gerais. Esta dispersão pode comprometer a forma de entender e cuidar o doente com problemas relacionados com a adição que, como refere Patrão Neves, do ponto de vista ético deve ser considerado um doente grave, em que é difícil o estabelecimento de uma relação terapêutica e a prestação de cuidados (Patrão Neves, 2007).

A opinião relativa ao caso clínico de **perturbação da personalidade** organiza-se de forma semelhante aos anteriores.

Não se verifica um predomínio de uma posição relativa ao facto deste diagnóstico configurar uma anomalia psíquica grave. Mais de metade dos médicos considera que a recusa a tratamento deve ser respeitada e que não deve ser acionado o IC nestes casos. Tal como para a toxicoddependência mais de 70% concorda que a competência para recusar tratamento não está comprometida.

Podem encontrar-se semelhanças noutros dois diagnósticos apresentados a **anorexia nervosa** e a **perturbação depressiva major** com ideação suicida. Em ambos os casos a maioria considera que se tratam de dois casos de anomalia psíquica grave e cerca de metade dos médicos considera que a competência para recusar tratamento está comprometida. No entanto, no que se refere aos cuidados fornecidos de forma involuntária, cerca de 4/5 dos médicos discorda da alimentação forçada na anorexia nervosa, enquanto 3/5 é a favor do tratamento involuntário na depressão major. Este resultado relativo à elevada concordância com o IC na depressão com ideação suicida (67%) é inferior ao encontrado por Desviat (82,8%) (Desviat, et al., 1999). A este propósito é de chamar a atenção para que, dados os limites da avaliação de risco de suicídio, alguns autores defendam que uma política pública que permita a detenção preventiva involuntária de pessoas competentes, que se pensa estarem em risco de suicídio, coloca um fardo muito grande sobre todas as pessoas que vivem com a doença mental, o que não se justifica. Sugerem, assim, que o IC apenas seja acionado se a pessoa não tiver capacidade de tomar decisões acerca dos riscos relacionados com a sua saúde, depois do suporte apropriado ter sido fornecido e, nos outros casos, entendem que a melhor forma do médico servir os interesses dos doentes e respeitar os direitos humanos das pessoas com doença mental é respeitar e apoiar o direito a tomar decisões (Callaghan, Ryan, Kerridge, 2013).

No caso da **anorexia nervosa**, mais de 3/5 concorda que se deva respeitar a recusa ao tratamento e apenas 1/3 concorda que o IC deva ser usado para proteger o próprio, ao contrário do que verificaram Tan e colaboradores (Tan, et al., 2008). No caso dos psiquiatras portugueses a visão baseada na competência para tomar decisões acerca do tratamento é mais consistente com a prática clínica do que se baseia no risco de lesão para o próprio. Na depressão major verifica-se exatamente o contrário, 3/5 discorda que a recusa ao tratamento deva ser respeitada e mais de 3/5 é de opinião que o IC deve ser usado para proteger o doente.

No caso clínico da **ideação suicida** sem outra psicopatologia não se encontram posições maioritárias, em nenhuma das questões, o que revela a dificuldade de avaliação na área do comportamento humano que se pode considerar fora do âmbito da patologia e dentro do âmbito da livre escolha do ser humano. De facto, neste caso, de acordo com Hoyer podemos questionar: quando se fala do perigo para terceiros, os críticos referem que se o sistema criminal não tem poder para retirar a liberdade da pessoa antes desta cometer um crime, porque deve o sistema mental ter tais poderes? (Hoyer, 2008). Existe uma preocupação crescente que se criem critérios duplos para justificar a perda de liberdade, um para pessoas com doença mental e outro para o resto da população. Quando nos referimos ao dano para o próprio, os críticos referem que os utilizadores dos serviços gerais de saúde têm o direito a recusar tratamento com consequências gravosas para o próprio, mas o utilizador de serviços de saúde mental não tem. Como refere Hoyer, por detrás destes padrões duplos estão subjacentes assunções implícitas acerca da incapacidade de pessoas que usam os serviços de saúde mental (Hoyer, 2008).

Uma discussão pertinente, resultante da análise destes dados, é a de que a classificação de anomalia psíquica grave, para os inquiridos não é sinónimo de critério para IC. Por exemplo na anorexia nervosa considerada uma anomalia psíquica grave por 80% dos médicos verifica-se que o IC só é considerado por 56% dos inquiridos. Estes dados remetem, também, para a discussão da pertinência de estabelecimento de diagnósticos ou condições de inclusão/exclusão para IC, determinadas por instrumentos legais.

7.11. Considerações Finais

Os dados analisados apontam para a existência de aspetos que os médicos consideram necessitar de atenção na sua prática clínica, mas também na melhoria dos cuidados ao doente. Estes resultados são importantes já que, de acordo com estudos recentes, apenas um terço dos doentes encara de forma satisfatória o seu internamento compulsivo e este assume-se como um preditor de não satisfação com os serviços de saúde (Van der Post, et al., 2013). Associa-se, ainda, a menor colaboração no tratamento, maior probabilidade de evitar cuidados no futuro, maior risco de deterioração da doença e de novos internamentos involuntários. Assim, é útil desenvolver intervenções e estudos que possam contribuir para aumentar a satisfação do doente em relação ao IC (Katsakou, et al., 2010).

Após a análise descritiva efetuada, será estudada a opinião dos médicos de acordo com o género, o facto de estar ou não em formação e o maior ou menor número de anos de prática em psiquiatria.

8. Internamento e Tratamento Compulsivos: Comparação entre Grupos

8.1. Análise Estatística

Os dados recolhidos dos noventa e nove inquiridos a médicos portugueses foram inseridos numa base de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*®, Chicago, Illinois, USA, versão 20.0, aplicando-se os métodos estatísticos adequados na análise dos dados.

Após a análise descritiva, procura-se determinar as diferenças entre a opinião dos inquiridos, de acordo com algumas características demográficas e profissionais. Assim, é realizada a análise das questões anteriormente apresentadas, em função da divisão em dois grupos etários (<45 e ≥45), género masculino e feminino e internos e especialistas, como se pode ver na Tabela 34.

Tabela 34. Distribuição da amostra por grupos

	n	(%)
Idade		
25-45 anos	64	(65%)
≥45 anos	35	(35%)
Sexo		
M	50	(51%)
F	49	(49%)
Interno de especialidade		
Não	75	(76%)
Sim	24	(24%)

Para simplificar a análise dos dados, procedeu-se ainda ao agrupamento das opções de resposta, fornecidas nos inquiridos, juntando-se os dados “discordo totalmente” e “discordo”; “concordo totalmente” e “concordo”.

Nas opções de resposta que continham 5 graus de concordância entre “pouco importante” até “muito importante”, agruparam-se as opções “1” e “2”; e as “4” e “5”.

Na comparação entre grupos, a relação entre variáveis categóricas foi testada através do teste Qui-quadrado (χ^2). Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de $\alpha=5\%$. A análise quantitativa foi realizada com o programa IBM - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*®, Chicago, Illinois, USA, versão 20 para Windows.

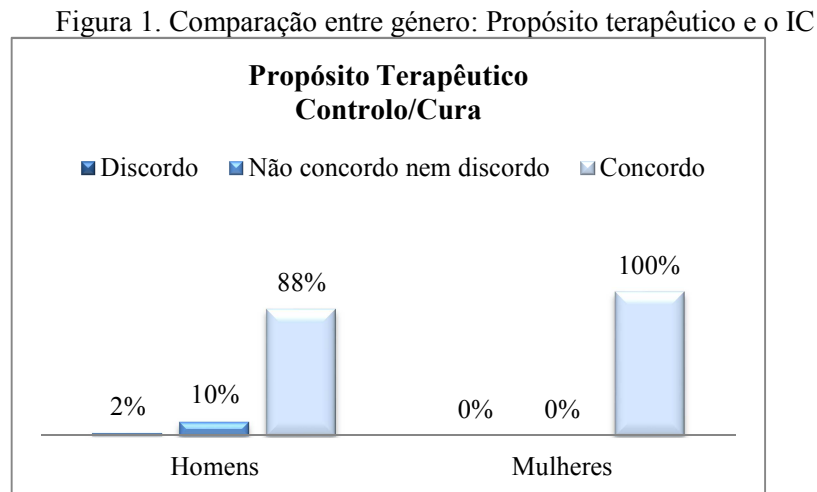
8.2. Comparação entre Género

8.2.1. Propósito Terapêutico e IC

O primeiro objetivo é determinar se o propósito terapêutico é considerado indispensável para o IC e a importância atribuída aos seus diferentes componentes. Para tal, foi analisada a Tabela 1 que consta no Anexo II. Esta corresponde às questões em que são abordados os assuntos relacionados com o tratamento, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra por género (Masculino e Feminino).

Na análise por género, verifica-se que não existe diferença significativa ($p=0,417$), nas opiniões relativas à indicação do internamento compulsivo apenas quando haja propósito terapêutico, verifica-se concordância em 62% dos homens e 65% das mulheres. Quanto à inclusão de medidas de prevenção, diagnóstico, controlo/cura e reabilitação no propósito terapêutico, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas para as medidas de controlo/cura ($p=0,026$), observando-se que as mulheres concordam mais no

item de incluir estas atitudes no propósito terapêutico do que os homens (100% vs 88%), como se pode observar na Figura 1.



É de salientar que nas medidas de reabilitação, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,233$), a opinião entre géneros tem uma diferença considerável, já que relativamente à concordância da inclusão destas medidas no processo terapêutico, as mulheres exprimem um acordo superior ao dos homens (60% vs 44%).

Quanto à decisão de internar compulsivamente se não houver propósito terapêutico, mas existir risco de lesão para o próprio/terceiros ou para determinar se existe anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros, também não se encontram diferenças significativas de opinião entre sexos, com $p=0,282$ e $p=0,454$, respetivamente.

Nesta análise, que procura avaliar a existência de diferenças de opinião constatamos a opinião inequívoca das mulheres em relação à inclusão das medidas de controlo/cura no propósito terapêutico, mas também a maior importância conferida por estas às medidas de reabilitação, o que, como já tem vindo a ser referido, está de acordo com a Rec(2004)10 onde se refere que as medidas de reabilitação devem estar incluídas nas medidas terapêuticas.

8.2.2. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC

O segundo objetivo do estudo é determinar se os fatores associados ao risco para o doente/terceiros são mais valorizados do que aqueles relacionados com a ausência da capacidade do doente para consentir. Foi analisada a Tabela 2 (Anexo II) que corresponde às questões em que são abordados assuntos relacionados com o risco e a competência em tomar decisões, no âmbito do internamento compulsivo. Neste ponto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No inquérito de opinião os médicos foram questionados acerca da importância de um conjunto de fatores, na decisão de internar compulsivamente: a ausência de discernimento/capacidade para consentir ($p=0,730$), proteger a saúde/integridade física do doente ($p>0,999$), a existência de bens patrimoniais em risco ($p=0,473$), a família solicitar o internamento compulsivo ($p=0,748$) e a ausência de crítica para a situação da doença ($p=0,096$). A ausência de crítica como fator importante na decisão é semelhante em ambos os sexos (83 e 86%), no entanto, salienta-se que a opinião dos homens se divide entre as outras duas hipóteses de pouco importante e importância intermédia, enquanto que, nenhuma mulher considera que este seja um fator pouco importante.

De salientar, também, relativamente à importância na decisão de internar compulsivamente que o evitar a deterioração acentuada da saúde do doente, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,212$), apresenta uma concordância maior nas mulheres, relativamente aos homens (85% vs 70%), bem como a defesa da integridade física do doente ou terceiros para a qual se verifica uma maior concordância das mulheres (100% vs 92% com $p=0,179$).

Foram, ainda, avaliadas mais duas questões; numa delas procurava-se determinar a opinião acerca do IC se existe anomalia psíquica grave, a pessoa recusa o tratamento e não está capaz de tomar decisões ($p=0,711$) e na outra se capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros. Em relação à primeira questão as opiniões são muito semelhantes, em relação à segunda, que se relaciona com o risco, a opinião das mulheres é de maior concordância em relação aos homens (83% vs 70%, com $p= 0,309$).

Desta análise pode verificar-se que, apesar de não existirem diferenças significativas, nas opiniões entre género, as mulheres exprimem maior concordância com as questões relacionadas com o evitar da deterioração acentuada da saúde do doente, a defesa da integridade física do doente/terceiros e o risco para a saúde do doente e de terceiros, quer o doente esteja ou não capaz de tomar decisões. No entanto, como já foi referido na análise descritiva, não existe um predomínio da concordância quer com os fatores relacionados com a perda de capacidade para tomar decisões, quer com a perigosidade para si/terceiros.

8.2.3. Direito à Informação e IC

O terceiro objetivo do estudo procura determinar se os profissionais portugueses consideram que o direito à informação é prestado de forma adequada. Foi analisada a Tabela 3 (Anexo II). Esta corresponde às questões em que se abordam os assuntos relacionados com o fornecimento de informação ao doente, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com o género.

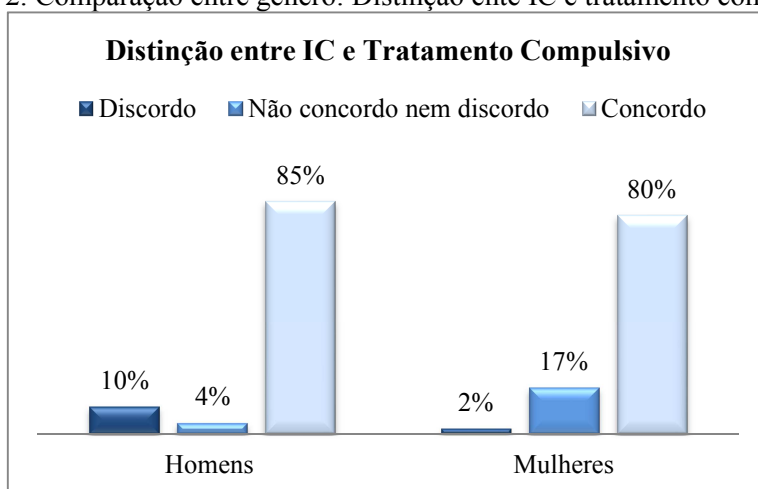
Embora não se encontrem diferenças estatisticamente significativas, constata-se que, quanto à informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal ser prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa ($p=0,143$), existe uma diferença entre homens e mulheres; 50% das mulheres concorda, enquanto que apenas 33% dos homens é dessa opinião. Nas questões relativas à sessão conjunta as opiniões são muito semelhantes, sem diferenças estatisticamente significativas.

A opinião mais favorável das mulheres, relativamente à adequação do fornecimento da informação, pode ser um assunto interessante a investigar no futuro.

8.2.4. Direito a Recusar Tratamento e IC

O quarto objetivo do estudo pretende verificar se os profissionais consideram que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo, tendo sido analisadas as Tabelas 4a) e 4b) do Anexo II. No que respeita às medidas terapêuticas e quanto à questão da distinção entre IC e tratamento compulsivo, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre a opinião de homens e mulheres ($p=0,043$). A concordância da existência de distinção entre IC e tratamento é semelhante entre homens e mulheres (85% vs 80%); as diferenças maiores estão entre aqueles que discordam, 10% nos homens e 2% nas mulheres e naqueles que não exprimem concordância nem discordância, 4% nos homens e 17% nas mulheres (Figura 2).

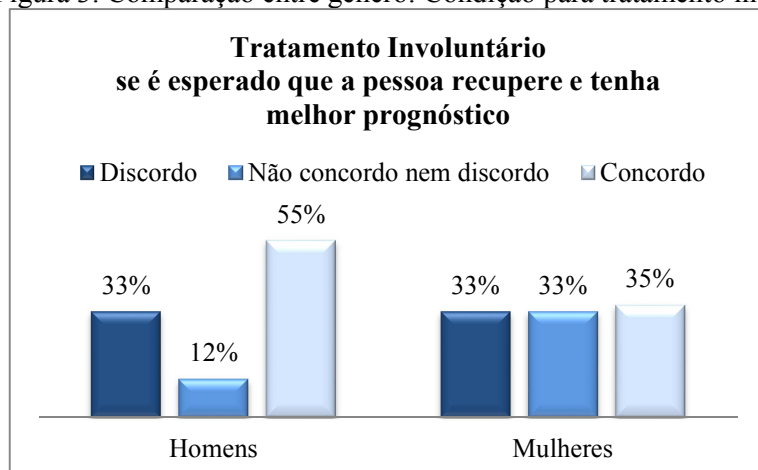
Figura 2. Comparação entre género: Distinção ente IC e tratamento compulsivo



Em relação ao consentimento informado para o tratamento, no âmbito do IC, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre género ($p=0,896$).

Porém, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,031$) na questão relativa ao tratamento contra vontade ser justificado, independentemente da capacidade de consentir, se é esperado que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico. Nestes casos, 55% dos homens concorda com o IC em relação a 35% das mulheres (Figura 3).

Figura 3. Comparação entre género: Condição para tratamento involuntário



No que concerne ao tratamento involuntário se a perturbação representa um risco significativo para si/terceiros e se é esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter

sido forçada ao tratamento, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p > 0,999$).

Não se verifica diferença estatisticamente significativa ($p = 0,133$) na questão relativa à opção do médico (ainda que não seja situação de emergência) pelo tratamento que lhe pareça melhor, se a pessoa não tem capacidade para consentir. No entanto é de salientar que a concordância nas mulheres é superior à dos homens (92% vs 76%).

Relativamente à decisão do médico, sem consentimento, da utilização de antipsicóticos de longa duração ($p = 0,799$), do tratamento de comorbilidade somática ($p = 0,923$), da eletroconvulsivoterapia ($p = 0,909$) e da psicocirurgia ($p = 0,630$), não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Tal como já foi referido na análise descritiva será importante estudar o que os profissionais gostariam de ver separado entre o internamento e o tratamento compulsivos. Nesta análise verifica-se que apesar dos homens concordarem ligeiramente mais com a existência de distinção destas duas situações, um décimo discorda e entre as mulheres praticamente não há discordância.

Em relação à opinião acerca dos motivos para o médico decidir o tratamento de forma involuntária, os homens assinalam o risco de forma semelhante à das mulheres, no entanto em relação à proteção da saúde, da recuperação e do melhor prognóstico justificar o tratamento involuntário, os homens exprimem uma concordância significativamente maior. Estes resultados apontam para que os homens usem mais o internamento tutelar em relação às mulheres.

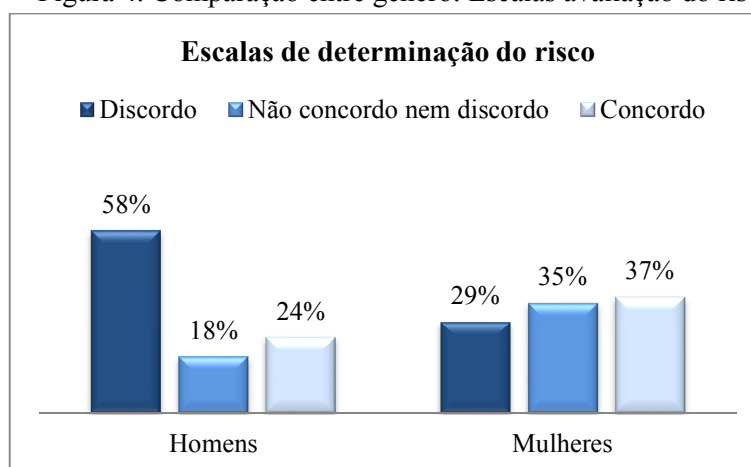
8.2.5. Organização e Monitorização de Procedimentos

O quinto objetivo do estudo consiste em verificar se a proteção ao doente se enquadra numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização, no âmbito do internamento compulsivo, tendo sido analisadas as Tabelas 5a) e 5b) do Anexo II.

Embora não se encontre diferença estatisticamente significativa ($p=0,169$) relativamente à questão se deveriam constar na lei ou noutro instrumento de âmbito nacional os diagnósticos abrangidos no IC, pode constatar-se, ainda assim, que a percentagem de homens que discorda é maior do que a das mulheres (49% vs 31%). Verifica-se uma tendência semelhante a propósito dos diagnósticos/condições que não são suficientes para IC deverem constar na lei ($p=0,531$).

Para a opinião acerca da inclusão da aplicação de escalas de determinação (quantificação) do risco, na avaliação clinico-psiquiátrica, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre género ($p=0,012$), com uma discordância mais marcada entre os homens (Figura 4).

Figura 4. Comparação entre género: Escalas avaliação do risco e IC



Não se verificam diferenças estatisticamente significativas e as opiniões são muito semelhantes em ambos os sexos, com concordância superior a 90% em relação à proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais, a prevenção e controlo da violência e o uso de isolamento/contenção física deverem ser temas de formação contínua entre os profissionais de saúde envolvidos ($p > 0,999$); tal como as respostas à questão sobre a aplicação de medidas coercivas serem alvo de procedimentos de registo específico ($p = 0,756$).

A questão relativa à possibilidade de existir uma declaração de vontade antecipada, para cuidados de tratamento ($p = 0,293$), encontra uma maior concordância das mulheres, relativamente aos homens (70% vs 62%).

Quanto à lei de saúde mental ser usada de forma apropriada, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,534$). No entanto, verifica-se uma maior concordância das mulheres em relação aos homens (54% vs 43%). No que se refere à opinião acerca do uso da LSM ser demasiado frequente ($p = 0,521$) e o procedimento de urgência ser usado em exagero ($p = 0,879$), os resultados são semelhantes.

Relativamente à comissão de acompanhamento, a opinião acerca de se o exercício das suas competências ajudava na prática clínica do médico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,067$), no entanto é possível observar que as mulheres apresentam uma opinião neutra numa percentagem maior do que nos homens (48% vs 27% e uma discordância inferior à dos homens (9% vs 22%). Verifica-se a mesma tendência na pergunta acerca do exercício das competências da comissão de acompanhamento ajudar na melhoria da assistência e proteção aos doentes ($p = 0,079$).

A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses ser importante para a proteção dos doentes ($p=0,311$), não apresenta diferenças significativas.

Em relação à divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses ser útil na prática clínica, embora não se verifique uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,113$), constata-se que os homens concordam, neste ponto, numa percentagem bastante superior à das mulheres (80% vs 62%).

Constata-se, então, uma opinião mais desfavorável à existência das escalas de avaliação do risco, entre os homens. Este é um dado interessante, pois de acordo com o ponto anterior verificamos que os homens entendem o risco para internamento compulsivo importante, tal como o internamento tutelar que as mulheres escolhiam com menor importância. Estarão, os homens menos sensibilizados para as questões do risco e da sua avaliação de uma forma mais padronizada?

As mulheres, apesar de concordarem com a existência da base de dados, apresentam menor concordância com a divulgação dos dados estatísticos, o que poderá estar relacionado com questões levantadas em termos da confidencialidade. Estes dados apontam para a existência de várias questões com pertinência em avaliações futuras.

8.2.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo

O sexto objetivo do estudo é verificar a opinião dos profissionais relativamente tratamento ambulatório compulsivo e que fatores consideram importantes no começo e término desta medida, no âmbito das medidas compulsivas, tendo sido analisadas as Tabelas 6a) e 6b) do Anexo II.

As respostas quanto ao TAC poder ocorrer sem internamento prévio ($p=0,554$), merecer regulamentação própria ($p=0,093$) e ter pressupostos diferentes do IC ($p=0,162$), não apresentam diferenças de opinião entre os dois grupos. Relativamente à questão acerca dos benefícios do tratamento ambulatório compulsivo, se usado apropriadamente, se sobrepõem ao impacto coercivo no doente ($p=0,710$), não se verificam diferenças entre os dois grupos.

As questões relacionadas com os fatores que podem diminuir a eficácia do tratamento ambulatório compulsivo, não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, é de salientar que quanto à dificuldade em promover a adesão à medicação ($p=0,060$), verifica-se que as mulheres concordam mais do que os homens (75% vs 57%). Para o abuso de substâncias pelos doentes ($p=0,220$), a tendência é semelhante (74% vs 66%) e cerca de metade dos médicos, em ambos os grupos, concordam que a falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal ($p=0,311$) diminui a eficácia do TAC. As opiniões também são sobreponíveis quanto à questão da inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial ($p>0,869$), reduzir a eficácia do TAC. De igual modo, as questões relativas aos fatores que podem limitar o uso do TAC não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos,

nomeadamente se o médico evita o seu uso devido à coerção envolvida ($p=0,543$), ao peso administrativo ($p=0,820$) e ao aumento dos custos para os serviços de saúde ($p=0,314$), sendo que a maioria dos médicos discorda que estes fatores contribuam para que o uso do TAC seja evitado. De salientar que os homens discordam mais do que as mulheres com o facto dos custos para os serviços de saúde condicionarem o uso do TAC (81% vs 69%).

Foi, também, solicitado aos médicos que indicassem a importância atribuída a um conjunto de fatores, ao ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo. Em relação à vontade do doente ter alta ($p=0,412$) verifica-se que esse não é um fator importante na decisão do médico em ambos os grupos, apenas 15% das mulheres e 25% dos homens concorda que era um fator importante na decisão de terminar o TAC. Não se verificam diferenças de opinião para a melhoria clínica ($p=0,823$), para a adesão ao tratamento ($p>0,999$) e para a redução de risco para o próprio/terceiros ($p=0,143$); nestes casos ambos os grupos concordam, em mais de 90% dos casos que estes são fatores importantes quando ponderam terminar o TAC. Também não houve diferença significativa entre os dois grupos, quer para o aumentar a liberdade do doente ($p=0,752$), quer para a melhoria das relações sociais/familiares/laborais ($p=0,173$), sendo as opiniões entre homens e mulheres muito semelhantes.

Verifica-se que as mulheres concordam mais do que os homens com a importância da dificuldade em promover a adesão à medicação, como um fator que limita a eficácia do TAC. Este é um assunto de grande atualidade e vem lembrar, como refere Lay, que a integração do doente nos serviços de saúde mental necessita de incluir esforços para promover a psicoeducação e medidas preventivas, de acordo com a continuidade de cuidados, de forma a melhorar a adesão ao programa terapêutico (Lay, et al., 2012).

8.2.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão

O sétimo objetivo do estudo é verificar se existe variação considerável entre as atitudes dos profissionais acerca de diferentes quadros clínicos e o seu impacto na capacidade de decisão, no âmbito das medidas compulsivas.

Para estudar a opinião dos médicos, em função do género, relativamente a diferentes diagnósticos que se considerou poderem ser casos de difícil decisão, foram analisadas as Tabelas 7,8,9,10,11 e 12 do Anexo II.

Em relação ao caso clínico de alcoolismo, não se detetam diferenças entre homens e mulheres (AII.7).

Para o caso clínico de toxicod dependência, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre género. De assinalar que os homens exprimem maior concordância com o facto da toxicod dependência ser uma anomalia psíquica grave, relativamente às mulheres (28% vs 10%) (AII.8).

De igual modo, no caso clínico de perturbação da personalidade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, sendo as opiniões entre homens e mulheres muito semelhantes. Mais uma vez, para a questão se o médico considera a perturbação da personalidade uma anomalia psíquica grave ($p=0,472$), os homens apresentam uma concordância maior do que as mulheres (42% vs 24%) (AII.9).

No caso clínico de anorexia nervosa não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários. De salientar que, os homens concordam mais com o facto da recusa ao tratamento dever ser respeitada ($p=0,192$) (77% vs 59%) e discordam mais do IC nestes casos (65% vs 48%) (AII.10).

No caso clínico da perturbação depressiva major com ideação suicida, as opiniões entre homens e mulheres são, igualmente, muito semelhantes, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas (AII.11).

No caso clínico da ideação suicida, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (AII.12). No entanto, quanto à competência para recusar o tratamento estar comprometida ($p=0,569$) verifica-se maior concordância entre os homens do que entre as mulheres (42% vs 26%), tal como para a situação descrita configurar uma anomalia psíquica grave ($p=0,177$) (40% vs 27%).

Concluindo, não se verificam diferenças consideráveis de opinião entre homens e mulheres, nos diferentes quadros clínicos.

Para os casos clínicos da toxicod dependência e da perturbação de personalidade e para a ideação suicida, os homens apresentam maior concordância com o facto de estarmos perante uma anomalia psíquica grave.

Para a anorexia nervosa os homens discordam mais do IC e concordam mais com a preservação da capacidade de decidir.

No caso da ideação suicida sem evidência de psicopatologia, os homens concordam mais com o facto da capacidade de recusar o tratamento estar comprometida.

8.3. Comparação entre Grupo Etário

8.3.1. Propósito Terapêutico e IC

O primeiro objetivo é determinar se o propósito terapêutico é considerado indispensável para concretizar o internamento compulsivo, bem como qual a importância atribuída aos seus diferentes componentes. Foi analisada a Tabela 1 do Anexo III que corresponde às questões em que são abordados os assuntos relacionados com o tratamento, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra por grupo etário (<45 anos e ≥45anos).

Na análise, por grupo etário, verifica-se que não existe diferença significativa ($p=0,455$) nas opiniões relativas ao uso do internamento compulsivo apenas nos casos em que haja propósito terapêutico, verificando-se que a mais de metade concorda, embora a concordância seja menor nos psiquiatras com idade inferior a 45 anos e maior naqueles com idade superior a 45 anos (59% vs 71%).

No que se refere à inclusão de medidas de prevenção, diagnóstico, controlo/cura e reabilitação no propósito terapêutico, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Observam-se, no entanto, alguns dados que merecem atenção, nomeadamente o facto dos médicos com idade <45 anos exprimirem uma concordância maior acerca da inclusão das medidas diagnósticas no propósito terapêutico, em relação aos médicos maiores de 45 anos (67% vs 55%); salienta-se que nas medidas de reabilitação, a opinião entre os dois grupos etários tem uma diferença semelhante, já que relativamente à concordância da inclusão destas medidas no processo terapêutico, os

médicos com menos de 45 anos exprimem uma concordância maior dos que de idade superior a 45anos (56% vs 44%).

Quanto à decisão de internar compulsivamente se não houver propósito terapêutico, mas existir risco de lesão para o próprio/terceiros ou para determinar se existe anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros, não se encontram diferenças significativas de opinião entre os dois grupos etários, com $p=0,243$ e $p=0,509$, respetivamente. Verifica-se que uma percentagem maior de médicos com idade superior a 45 anos concorda com o IC de acordo com a perigosidade mas sem propósito terapêutico, em relação aos menores de 45 anos (71% vs 64%). Quanto ao uso do IC para avaliar se existe anomalia psíquica grave, verifica-se menor concordância nos maiores de 45 anos em relação aos de idade inferior a 45 anos (29% vs 41%).

De salientar, destes resultados, a maior concordância dos médicos mais novos com as medidas de diagnóstico e reabilitação, no âmbito do propósito terapêutico, bem como com a possibilidade de internar para avaliar a existência de anomalia psíquica grave. Estas constatações, revelam que os médicos mais novos têm uma visão mais aproximada daquela que é a recomendada pela Rec(2004)10. Para além disso, refletem as necessidades sentidas pelos médicos que se confrontam com a tendência de internamentos curtos que, muitas vezes, levam a reinternamentos mais frequentes (Van der Post, et al., 2008) e exigem medidas terapêuticas para além do controlo farmacológico.

8.3.2. Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC

O segundo objetivo do estudo é determinar se os fatores associados ao risco para o doente/terceiros são mais valorizados do que aqueles relacionados com a ausência da capacidade do doente para consentir. Foi analisada a Tabela 2 do Anexo III. Esta corresponde às questões em que são abordados assuntos relacionados com o risco e a competência em tomar decisões, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão por grupo etário (<45 anos e ≥45anos).

Questionou-se qual a importância de um conjunto de fatores, na decisão de internar compulsivamente. Relativamente à ausência de discernimento/capacidade para consentir ($p=0,139$) e ausência de crítica para a situação da doença ($p=0,185$), apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, verifica-se uma concordância menor com a importância destes fatores na decisão de internar compulsivamente entre os médicos mais velhos (77% vs 86%) e (76% vs 89%).

Em relação à proteção da saúde/integridade física do doente ($p=0,295$), ao evitar a deterioração acentuada da saúde do doente ($p=0,711$) e ao defender a integridade física do doente ou terceiros ($p=0,391$), também não se registam diferenças significativas. Nestes três fatores verifica-se uma maior concordância acerca da sua importância na decisão de IC, nos médicos com mais de 45 anos (94% vs 100%), (75% vs 82%) e (94% vs 100%).

As opiniões são muito semelhantes, no que se refere à existência de bens patrimoniais em risco ($p=0,840$) e à família solicitar o internamento compulsivo ($p=0,3986$).

À questão se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado no caso em que a pessoa recusa o tratamento e não está capaz de tomar decisões ($p=0,222$), não há diferença significativa de opiniões, no entanto, ao contrário do que se tinha verificado na pergunta anterior acerca da ausência da capacidade/discernimento para consentir, neste caso os médicos com mais de 45 anos exprimem uma concordância maior (91% vs 79%).

As opiniões no caso de IC, estando o doente capaz ou não de tomar decisões mas colocando em risco a sua saúde/de terceiros são semelhantes, nos dois grupos etários (77% e 76% concorda, com $p= 0,820$).

Desta análise resulta que não se verificaram diferenças significativas nas opiniões entre os dois grupos etários (<45 e ≥ 45), não se encontrando uma visão do IC mais consistente com o risco ou a perda de competência para tomar decisões, em função da idade. De facto, as opiniões são semelhantes e apenas a solicitação da família é considerada pouco importante no processo de decisão. Os restantes fatores são considerados importantes pela maioria dos médicos, independentemente da idade.

8.3.3. Direito à Informação e IC

O terceiro objetivo do estudo procura determinar se os profissionais portugueses consideram que o direito à informação é prestado de forma adequada. Foi analisada a Tabela 3 do Anexo III que corresponde às questões relacionadas com o fornecimento de informação ao doente, no âmbito do internamento compulsivo.

No que se refere à questão que aborda o fornecimento da informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal, não se verifica diferença estatisticamente

significativa ($p=0,120$). Pode verificar-se que existem opiniões diferentes entre menores e maiores de 45 anos. Assim, 54% dos médicos com mais de 45 anos concorda que a informação é prestada de forma adequada ao estado de saúde do doente, enquanto que apenas 34% dos que têm menos de 45 anos é dessa opinião. Nas questões relativas à sessão conjunta também não se encontram diferenças estatisticamente significativas. Em relação à presença do médico na sessão conjunta prejudicar a relação médico-doente, verifica-se uma dispersão de opiniões ($p=0,359$). É de salientar que, relativamente à concordância acerca dos esclarecimentos ao tribunal, por parte do médico, serem realizados fora do âmbito da sessão conjunta ($p=0,144$), verifica-se uma opinião mais favorável por parte dos médicos com idade superior a 45 anos (71% vs 54%).

Encontra-se uma opinião predominante, nos médicos com mais de 45 anos, quanto ao facto de entenderem que os esclarecimentos ao tribunal devem ser feitos fora do âmbito da sessão conjunta. Relativamente à forma como a informação é prestada ser adequada, verifica-se que os médicos mais novos manifestam uma concordância menor do que os de idade superior a 45 anos. Estes dados são aparentemente contraditórios pois se os psiquiatras mais velhos entendem que os esclarecimentos do médico ao tribunal devem ser prestados fora do âmbito da sessão conjunta, e esta é uma forma do doente ver salvaguardado o seu direito à informação, também deveriam considerar que o direito à informação não é prestado de forma adequada; no entanto, tal opinião poderá estar relacionada com o facto de os médicos entenderem que se tratam de fases diferentes do internamento, já que a resposta relativa aos direitos e defensor legal se refere a uma fase inicial do internamento em que o doente, logo após admissão, é obrigatoriamente informado acerca dos seus direitos, através de ofício do tribunal.

8.3.4. Direito a Recusar Tratamento e IC

O quarto objetivo do estudo pretende verificar se os profissionais consideram que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo. Foi analisada a Tabela 4 do Anexo III que corresponde às questões em que são abordados estes assuntos, de acordo com a divisão da amostra entre dois grupos etários (<45 e ≥45).

Relativamente às medidas terapêuticas e à possibilidade de existir distinção entre IC e tratamento compulsivo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre a opinião dos dois grupos etários ($p=0,054$). No entanto, verifica-se que os médicos com mais de 45 anos apresentam uma concordância maior com a existência de distinção entre IC e tratamento (94% vs 78%).

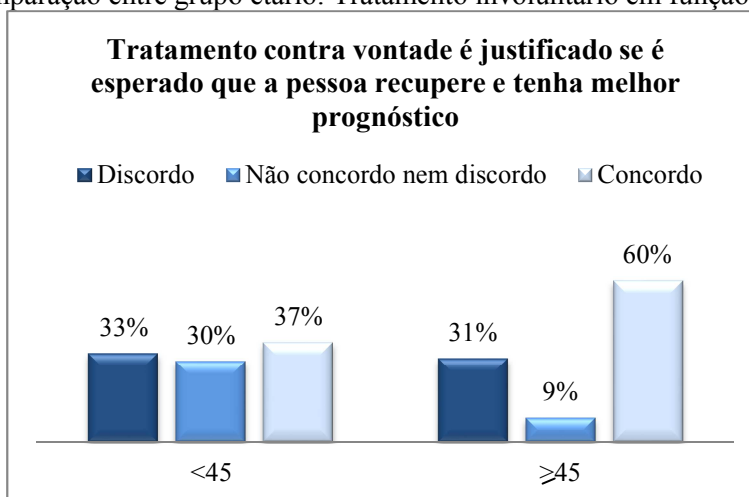
Quanto ao facto de ter em consideração o consentimento informado para o tratamento, no âmbito do IC, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ($p=0,141$), embora se verifique que os médicos com mais de 45 anos manifestam maior concordância relativamente aos de idade inferior a 45 anos (48% vs 29%).

Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas na questão relativa ao tratamento contra vontade ser justificado, independentemente da capacidade de consentir, se a perturbação representa um risco significativo para si/terceiros ($p=0,275$), constatando-se, no entanto, maior concordância entre os maiores de 45 anos em relação aos menores de 45 anos (83% vs 69%) e se é esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por

ter sido forçada ao tratamento ($p=0,162$) em que se verifica que entre os médicos com menos de 45 anos discordam mais do que os de idade superior a 45 anos, (67% vs 50 %).

Relativamente à justificação do IC, quando se espera que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,025$). Nestes casos, 60% dos médicos com mais de 45 anos concorda com o IC em relação a 37% dos menores de 45 anos. Verifica-se que os médicos mais jovens não exprimem uma opinião predominante, em relação a esta questão.

Figura 5. Comparação entre grupo etário: Tratamento involuntário em função do prognóstico



Para a questão relativa ao facto de o médico dever optar pelo tratamento que lhe parecer melhor, se a pessoa não tem capacidade para consentir, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,584$). As opiniões são muito semelhantes, entre os dois grupos, sendo a concordância entre os médicos com menos de 45 de 84% e 83% entre os maiores de 45 anos.

Em relação à decisão do médico utilizar antipsicóticos de longa duração ($p=0,702$), fármacos para tratamento de comorbilidade somática ($p=0,350$), eletroconvulsivoterapia

($p=0,851$) e psicocirurgia ($p=0,826$), sem o consentimento do doente, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas, sendo a opinião entre os dois grupos, muito semelhante.

Em relação à distinção entre internamento compulsivo e tratamento, verifica-se uma opinião favorável mais evidente nos médicos com mais experiência, bem como para a opção pelo IC se é esperado que a pessoa recupere e tenha melhor prognóstico. Esta visão pode estar relacionada com o que Sjostrand e Helgesson referem quando falam da possibilidade do internamento prevenir a perda da autonomia no futuro, devido à doença mental, argumentando que o restaurar da autonomia constitui uma razão para o tratamento médico (Sjöstrand, Helgesson, 2008).

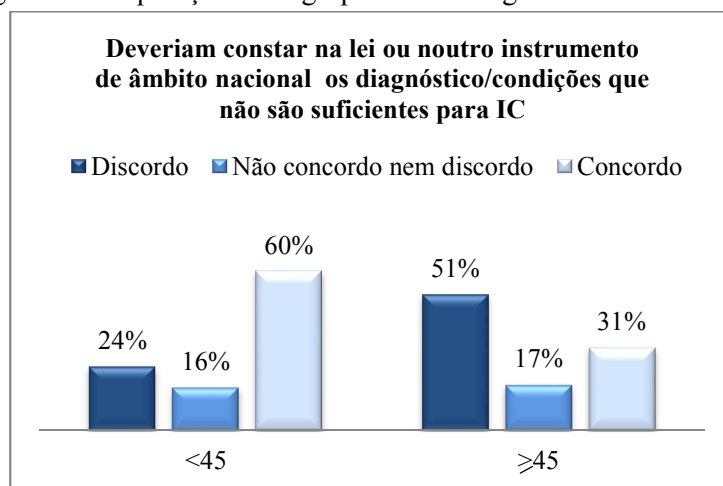
8.3.5. Organização e Monitorização de Procedimentos

O quinto objetivo do estudo consiste em verificar se a proteção ao doente se enquadra numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização, no âmbito do internamento compulsivo. Para tal foram analisadas as Tabelas 5a) e 5b) do Anexo III que correspondem às questões relacionadas com a organização de procedimentos e sua monitorização, nos doentes submetidos a internamento compulsivo.

Relativamente aos diagnósticos que deveriam constar na lei ou nouro instrumento de âmbito nacional, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,054$) mas pode constatar-se que, de acordo com a idade, as opiniões invertem-se, isto é, entre os médicos de idade inferior a 45 anos 56% concorda e 33% discorda. No grupo etário com mais de 45 anos 31% concorda e 51% discorda.

Verifica-se uma tendência semelhante, desta vez com uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$) para a questão relativa aos diagnósticos/condições que não são suficientes para IC (Figura 6).

Figura 6. Comparação entre grupo etário: Diagnósticos não abrangidos no IC



Quanto à questão relativa à avaliação clínico-psiquiátrica e se esta deveria incluir a aplicação de escalas de determinação (quantificação) do risco, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ($p=0,489$).

Nos pontos seguintes também não se verificam diferenças estatisticamente significativas e as opiniões são consensuais, entre os dois grupos etários. Assim, 95% dos médicos com idade inferior a 45 anos e 89% dos maiores de 45 anos concordam que a proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais, a prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física deveriam ser temas de formação continua entre os profissionais de saúde envolvidos ($p=0,211$).

Em relação à opinião acerca da aplicação de medidas coercivas dever ser alvo de procedimentos de registo específico ($p=0,532$), não se verificam diferenças, sendo que a

maioria dos médicos, em ambos os grupos considera que tal deve acontecer. A maioria concorda, também, que a declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível ($p=0,477$).

A opinião acerca da lei de saúde mental ser usada de forma apropriada, não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=0,960$), tal como a opinião acerca do seu uso ser demasiado frequente ($p=0,420$) e o procedimento de urgência ser usado em exagero ($p=0,701$).

Relativamente às questões sobre a comissão de acompanhamento e ao facto do exercício das suas competências ajudar na prática clínica ($p=0,262$), verifica-se uma concordância maior no grupo com mais de 45 anos (56% vs 42%) enquanto que, na melhoria da assistência aos doentes, a opinião é mais aproximada, com os médicos maiores de 45 anos a concordar mais em relação aos menores de 45 anos (65% vs 56%).

Quanto às questões relacionadas com a existência de uma base de dados, as opiniões são, igualmente, semelhantes entre os dois grupos, verificando-se que a maior parte dos médicos concorda que a sua existência, acesso e divulgação seria importante para a proteção dos doentes ($p=0,373$) e útil na prática clínica ($p=0,772$).

Constata-se uma opinião favorável à determinação dos diagnósticos a incluir e excluir no IC, entre os médicos mais novos. Este é um dado interessante, poder-se-á argumentar que entre aqueles que têm menos anos de experiência, a existência de diagnósticos que possam servir de base ao processo de decisão pode ser útil na tomada de decisões na prática clínica.

8.3.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo

O sexto objetivo do estudo é verificar a opinião dos profissionais relativamente tratamento ambulatório compulsivo e que fatores consideram importantes no começo e término desta medida, tendo sido analisadas as Tabelas 6a) e 6b) do Anexo III.

No que se refere à possibilidade do TAC poder ocorrer sem internamento prévio ($p=0,087$), apesar de a maioria concordar, os médicos com menos de 45 anos exprimem uma concordância maior do que os de idade superior a 45 anos (97% vs 88%). Quanto ao facto do TAC merecer regulamentação própria, verifica-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,008$), constatando-se uma maior concordância nos médicos com menos de 45 anos (92% vs 76%). No que se refere à existência de pressupostos diferentes para o IC e TAC, não se verificam diferenças ($p=0,615$), com a concordância de 81% dos médicos com menos de 45 anos e 82% dos maiores de 45 anos.

Quanto aos benefícios do tratamento ambulatório compulsivo, se usado apropriadamente, se sobreporem ao impacto coercivo no doente ($p=0,151$), verifica-se uma concordância maior no grupo etário acima dos 45 anos (97% vs 83%).

Relativamente a um conjunto de fatores que influenciam negativamente a eficácia do tratamento ambulatório compulsivo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Quanto à dificuldade em promover a adesão à medicação ($p=0,674$) verifica-se que, apesar da maioria dos médicos concordar, esta concordância é maior nos médicos com mais de 45 anos relativamente aos que têm menos de 45 anos (71% vs 67%), para o abuso de substâncias pelos doentes ($p=0,677$), a tendência é semelhante (74% vs 68%). Cerca de metade dos médicos, em ambos os grupos, concordam

que a falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal ($p=0,346$) diminui a eficácia do TAC. As opiniões também foram sobreponíveis relativamente à inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial ($p>0,999$), reduzir a eficácia do TAC .

Para a questão de se na prática clínica, o médico evita o uso do tratamento ambulatorio compulsivo devido à coerção envolvida ($p=0,844$), ao peso administrativo ($p=0,261$) e ao aumento dos custos para os serviços de saúde ($p=0,686$) verifica-se não existirem diferenças entre os dois grupos, sendo que a maioria dos médicos discorda que estes fatores contribuam para que o uso do TAC seja evitado.

Foi ainda solicitado aos médicos que indicassem a importância de um conjunto de fatores, quando estão a ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo. Em relação à vontade do doente ter alta ($p=0,233$) verifica-se não ser um fator importante na decisão em ambos os grupos, sendo que apenas 18% dos médicos com menos de 45 anos e 23% dos médicos com mais de 45 anos concorda que este é um fator importante na decisão de terminar o TAC. Não se verificam diferenças de opinião para a melhoria clínica ($p=0,611$) e adesão ao tratamento ($p=0,365$); tanto num caso como no outro, ambos os grupos etários concordam, em mais de 90%, que estes são fatores importantes quando ponderam terminar o TAC.

Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos para os seguintes fatores: aumentar a liberdade do doente ($p=0,007$), melhoria das relações sociais/familiares/laborais ($p=0,008$) e redução do risco para o próprio/terceiros ($p=0,005$).

No que se refere ao aumento da liberdade do doente, verifica-se que este é um fator muito menos importante para os médicos com mais de 45 anos (Figura 7).

Figura 7. Comparação entre grupo etário: Liberdade do doente e TAC

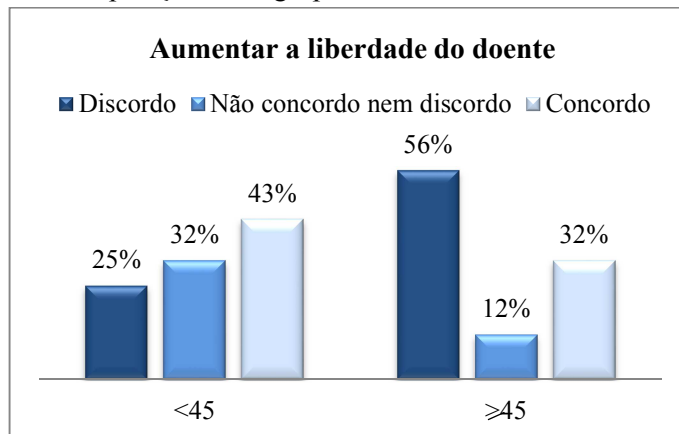
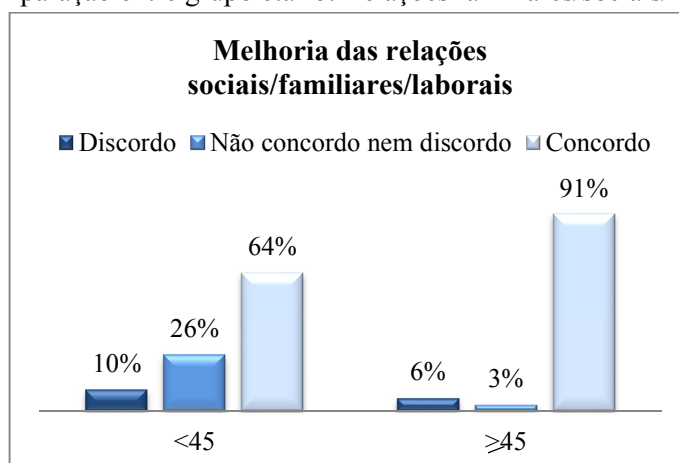


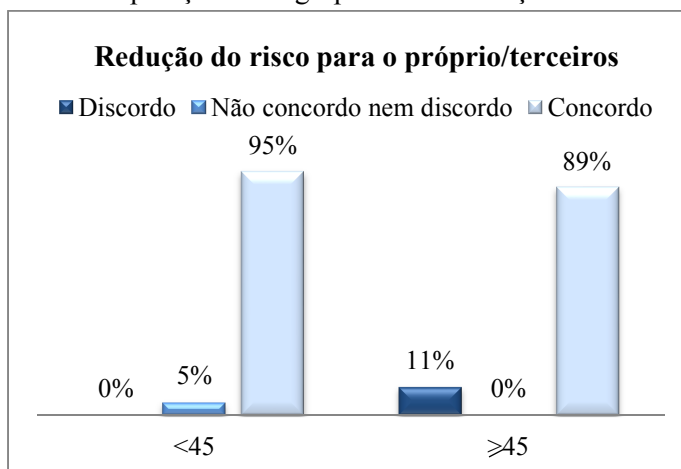
Figura 8. Comparação entre grupo etário: Relações familiares/sociais/laborais e TAC



Na Figura 8 pode observar-se que a melhoria das relações sociais, familiares e laborais do doente, constituem fatores mais importantes para a decisão de terminar o TAC entre os médicos com mais de 45 anos.

No que se refere à redução do risco para o próprio e para terceiros verifica-se, na Figura 9, ser um fator que, em ambos os grupos, a maior parte dos médicos considera importante no término do TAC.

Figura 9. Comparação entre grupo etário: Redução do risco e TAC



Embora sem diferença estatisticamente significativa, é de salientar que os médicos com mais de 45 anos, na sua quase totalidade (97%) concordaram que os benefícios do TAC se sobrepõem ao impacto coercivo. Estes dados estão de acordo com o que Romans verificou num estudo efetuado com psiquiatras, no qual concluiu que o TAC, se usado apropriadamente, melhora o acesso a cuidados, fornece a estrutura para o tratamento, favorece um período de estabilidade e os benefícios superam o impacto coercivo (Romans, et al., 2004).

8.3.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão

O sétimo objetivo do estudo é verificar se existe variação considerável entre as atitudes dos profissionais acerca de diferentes quadros clínicos e o seu impacto na capacidade de decisão, no âmbito das medidas compulsivas.

Para estudar a opinião dos médicos relativamente a diferentes diagnósticos considerados casos de difícil decisão, foram analisadas as Tabelas 7,8,9,10,11 e 12, do anexo III, em função do grupo etário.

Em relação à vinheta do caso clínico de alcoolismo, não se detetam diferenças entre os dois grupos etários (AIII.7).

No caso clínico da toxicod dependência (AIII.8), não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários. Apenas, é de assinalar que os médicos com mais de 45 anos exprimem maior concordância com ao classificar a toxicod dependência como uma anomalia psíquica grave (32% vs 11%).

No caso clínico de perturbação da personalidade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente em relação ao uso do IC para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,017$), em que os médicos com mais de 45 anos manifestam concordância maior do que os menores de 45 anos (50% vs 20%). Quanto ao uso do IC para proteger a saúde e segurança de terceiros ($p=0,023$), os resultados são semelhantes, 56% dos inquiridos com mais de 45 anos concorda e apenas 20% dos menores de 45 anos é da mesma opinião. Os médicos mais velhos concordam em 58% dos casos que a perturbação da personalidade é uma anomalia psíquica grave e apenas 18% do grupo etário com menos de 45 é da mesma opinião ($p=0,011$). Embora sem diferença estatisticamente significativa, os médicos com menos de 45 anos concordam mais do que os menores de 45 anos com o facto da recusa ao tratamento dever ser respeitada (74% vs 53%). Quanto à competência para recusar tratamento estar comprometida, a concordância dos médicos com mais de 45 anos é superior à dos médicos com menos de 45 anos (32% vs 9%) (AIII.9).

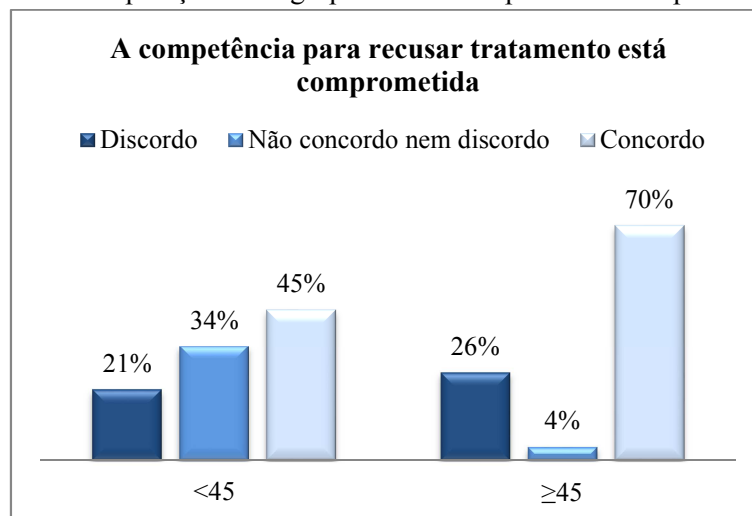
No caso clínico da anorexia nervosa não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários (AIII.10). De salientar que, em relação à classificação da anorexia nervosa como uma anomalia psíquica grave, apesar de não

existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,086$), se encontra uma maior concordância entre os médicos com mais de 45 anos em relação aos de idade inferior a 45 anos (92% vs 69%).

No caso clínico da perturbação depressiva major com ideação suicida, relativamente à recusa a tratamento ser respeitada, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários. No entanto, os médicos com idade superior a 45 anos referem maior discordância com o facto da recusa ao tratamento dever ser respeitada (65% vs 55%) e por seu turno os médicos com mais de 45 anos exprimem maior concordância com o facto de considerar apropriado o tratamento forçado ($p=0,647$) (68% vs 55%) e o uso do IC para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,177$) (78% vs 59%).

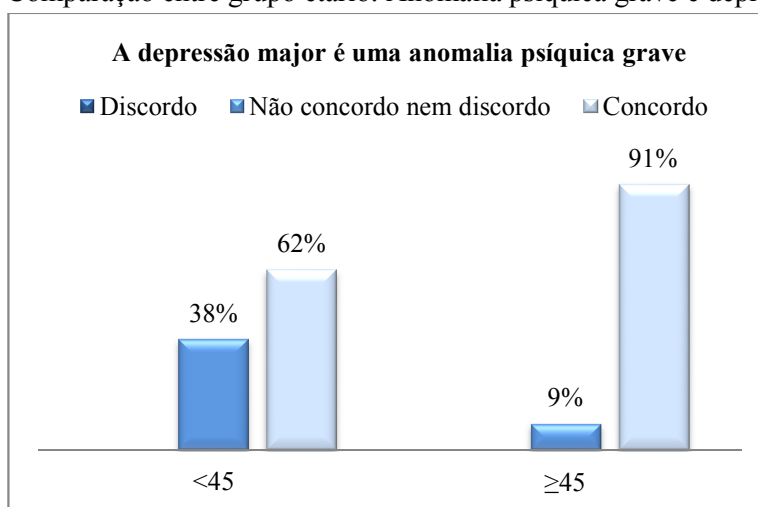
Verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a competência para recusar tratamento estar comprometida ($p=0,032$) observando-se que os médicos com mais de 45 anos exprimem uma maior concordância relativamente aos médicos com idade inferior a 45 anos (70% vs 45%), como se pode ver na Figura 10.

Figura 10. Comparação entre grupo etário: Competência na depressão major



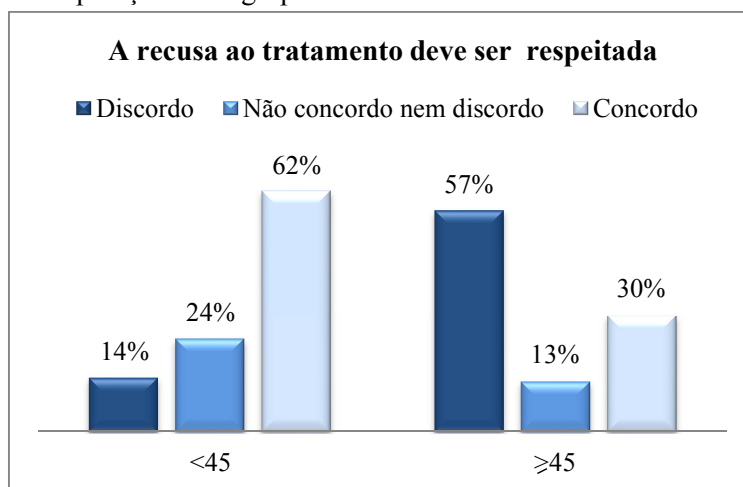
Também há diferença significativa na classificação da depressão major como uma anomalia psíquica grave ($p=0,025$). Verifica-se que a concordância é superior nos médicos com mais de 45 anos relativamente aos de idade inferior a 45 anos (91% vs 62%), como se pode ver na Figura 11.

Figura 11. Comparação entre grupo etário: Anomalia psíquica grave e depressão major



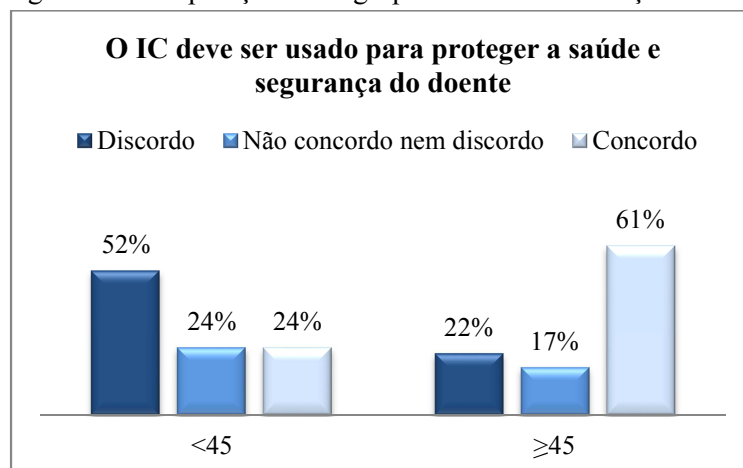
No caso clínico da ideação suicida, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários, para: a recusa ao tratamento dever ser respeitada ($p=0,005$), o IC dever ser usado para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,025$), a competência para recusar o tratamento estar comprometida ($p=0,011$) e a situação descrita configurar uma anomalia psíquica grave ($p=0,002$). Verifica-se que 62% dos médicos com menos de 45 anos concordam que a recusa ao tratamento deve ser respeitada enquanto que a concordância dos médicos com mais de 45 anos é de 30% (Figura 12).

Figura 12. Comparação entre grupo etário: Recusa ao tratamento na ideação suicida



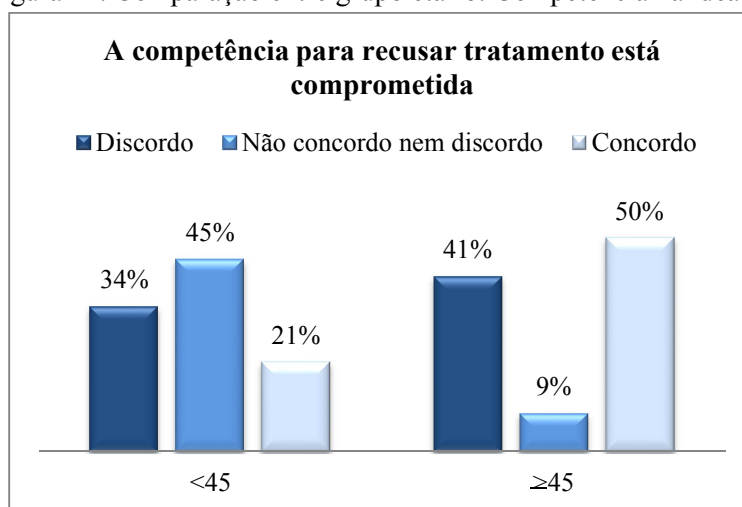
Em relação ao uso do IC para proteger a saúde e segurança do doente, verifica-se, que os médicos com mais de 45 anos concordam em 61% dos casos, enquanto que os menores discordam em 52% dos casos (Figura 13).

Figura 13. Comparação entre grupo etário: IC na ideação suicida



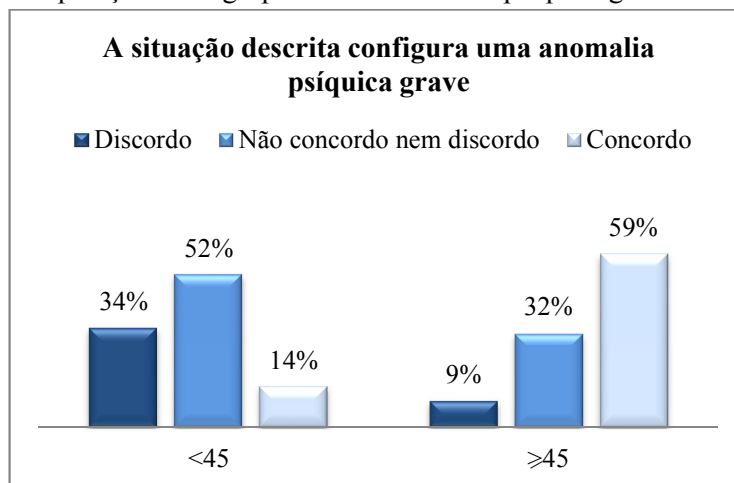
Quanto à competência para recusar o tratamento estar comprometida, 50% dos >45 concorda, enquanto que apenas 21% dos <45 são da mesma opinião (Figura 14).

Figura 14. Comparação entre grupo etário: Competência na ideação suicida



Relativamente à questão de classificar a situação descrita como uma anomalia psíquica grave, verifica-se que os médicos com mais de 45 anos exprimem maior concordância relativamente aos de idade inferior a 45 anos (59% vs 14%), como se pode observar na Figura 15.

Figura 15. Comparação entre grupo etário: Anomalia psíquica grave e ideação suicida



Em relação à questão de ser apropriado o tratamento forçado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,262$), embora os médicos com mais de 45 anos expressem uma concordância maior (45% vs 24%).

Concluindo, no que respeita à diferença de opiniões entre médicos com menos e mais de 45 anos verifica-se que existem diferenças consideráveis de opinião. Para todos os casos clínicos apresentados os médicos com mais de 45 anos apresentam maior concordância com o facto de estarmos perante uma anomalia psíquica grave.

No caso da depressão major com ideação suicida os médicos com mais de 45 anos concordam mais com o IC e o tratamento involuntário e discordam que se deva respeitar a recusa ao tratamento, considerando que a competência para decidir está comprometida.

No caso da ideação suicida sem evidência de psicopatologia as opiniões são antagónicas, com a maioria dos médicos mais novos a entender que se deve respeitar a recusa do doente ao tratamento, que não se deve usar o IC, que a competência para decidir não está comprometida e não se considerar este quadro clínico como uma anomalia psíquica grave.

8.4.Comparação entre Especialistas e Internos de Especialidade

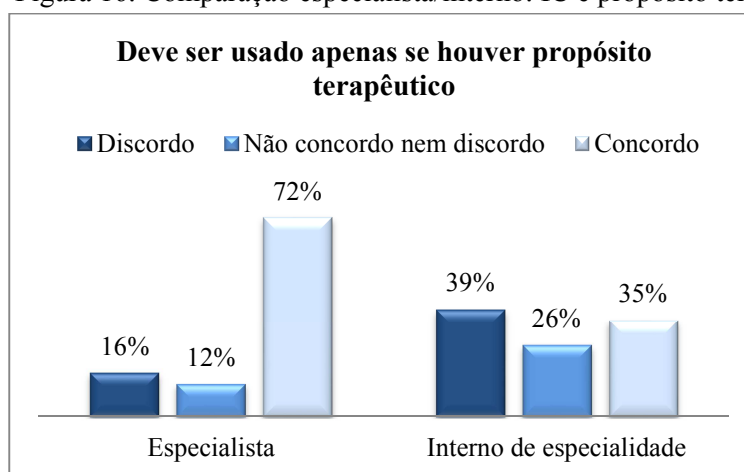
8.4.1.Propósito Terapêutico e IC

O primeiro objetivo é determinar se o propósito terapêutico é considerado indispensável para o IC e a importância atribuída aos seus diferentes componentes.

Foi analisada a Tabela 1 do Anexo IV que corresponde às questões em que são abordados assuntos relacionados com o tratamento, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra em dois grupos, especialistas e internos de especialidade.

Na análise, verifica-se diferença estatisticamente significativa relativamente ao uso de IC apenas no caso de haver propósito terapêutico ($p=0,004$). Como se pode ver na Figura 16, os especialistas concordam em maior número que assim seja, relativamente aos internos de especialidade (72% vs 35%).

Figura 16. Comparação especialista/interno: IC e propósito terapêutico



No que se refere à inclusão de medidas de prevenção, diagnóstico, controlo/cura e reabilitação no propósito terapêutico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as diferentes atitudes: prevenção ($p=0,875$), diagnóstico ($p=0,078$), controlo/cura ($p=0,325$) e reabilitação ($p=0,074$). Observam-se, no entanto, alguns dados a considerar, em particular o facto dos médicos especialistas exprimirem uma maior discordância acerca da inclusão das medidas diagnósticas no propósito terapêutico, em relação aos internos (21% vs 4%). Por sua vez, nas medidas de reabilitação, a concordância da inclusão destas medidas no processo terapêutico, é maior nos médicos internos do que nos especialistas (67% vs 47%).

Quanto à decisão de internar compulsivamente se não houver propósito terapêutico, mas existir risco de lesão para o próprio/terceiros não se encontram diferenças

estatisticamente significativas ($p=0,062$), no entanto, constata-se que a concordância é maior para os internos do que para os especialistas (75% vs 63%). A opinião acerca do uso de IC para determinar se existe anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros, é semelhante entre os dois grupos, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas ($p=0,445$). Verifica-se maior discordância nos internos em relação aos especialistas (50% vs 38%).

De salientar, nestes resultados, a maior concordância dos médicos especialistas com o IC apenas se houver propósito terapêutico e o facto dos internos concordarem mais com o IC por perigosidade, mesmo que não haja propósito terapêutico.

Constata-se, também uma maior concordância dos internos com a inclusão das medidas de reabilitação, no âmbito do propósito terapêutico do internamento compulsivo.

8.4.2.Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e IC

O segundo objetivo do estudo é determinar se os fatores associados ao risco para o doente/terceiros são mais valorizados do que aqueles relacionados com a ausência da capacidade do doente para consentir.

Foi analisada a Tabela 2 do Anexo IV relativa às questões em que eram abordados assuntos relacionados com o risco e a competência em tomar decisões, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra em especialistas e internos de especialidade.

Questionou-se a importância de um conjunto de fatores, na decisão de internar compulsivamente. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas,

relativamente à ausência de discernimento/capacidade para consentir ($p=0,300$) e ausência de crítica para a situação da doença ($p=0,691$), à proteção da saúde/integridade física do doente ($p>0,999$), ao evitar a deterioração acentuada da saúde do doente ($p=0,429$), e o defender a integridade física do doente ou terceiros ($p=0,354$).

Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas no que se refere à existência de bens patrimoniais em risco ($p=0,133$), e à família solicitar o internamento compulsivo ($p=0,741$). No caso dos bens em risco, 75% dos especialistas consideram este fator muito importante na decisão de internar compulsivamente, relativamente a 54% dos internos. Quanto ao pedido das famílias, ambos os grupos consideram ser um fator pouco importante na decisão (68% vs 67%).

À questão de saber se, perante uma situação de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado caso a pessoa recusa o tratamento e não está capaz de tomar decisões ($p=0,722$) e estando o doente capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros ($p= 0,849$) as opiniões são semelhantes, nos dois grupos.

Desta análise pode constatar-se que não se verificam diferenças significativas nas opiniões entre os especialistas e os internos, não se encontrando uma visão do IC mais consistente com o risco ou com a perda de competência para tomar decisões. De facto, as opiniões são semelhantes e apenas a solicitação da família é considerada pouco importante no processo de decisão. Os restantes fatores são considerados importantes pela maioria dos médicos, independentemente de estar ou não em período de formação.

8.4.3. Direito à Informação e IC

O terceiro objetivo do estudo é determinar se os profissionais portugueses consideram que o direito à informação é prestado de forma adequada. Foi analisada a Tabela 3 do Anexo IV. Esta corresponde às questões em que são abordados os assuntos relacionados o fornecimento de informação ao doente, no âmbito do internamento compulsivo.

Embora não se encontrem diferenças estatisticamente significativas, acerca da opinião sobre a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal, ser prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa ($p=0,101$), verifica-se que 45% dos especialistas concorda que a informação é prestada de forma adequada ao estado de saúde dos doentes, enquanto apenas 27% dos internos é dessa opinião. Nas questões relativas à sessão conjunta não se verificam diferenças estatisticamente significativas, nem para a presença do médico prejudicar a relação médico-doente ($p=0,428$), nem para os esclarecimentos ao tribunal, por parte do médico, serem realizados fora do âmbito da sessão conjunta ($p=0,138$).

Neste ponto, as respostas dos médicos internos não estão tão relacionadas com a prática clínica quotidiana, o que pode explicar uma maior percentagem de escolhas “não concordo nem discordo” entre os internos de especialidade.

8.4.4. Direito a Recusar Tratamento e IC

O quarto objetivo do estudo é verificar se os profissionais consideram que o direito a recusar tratamento deve poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo.

Foram analisadas as Tabelas 4a) e 4b) do Anexo IV, onde são abordados assuntos relacionados com o direito a recusar tratamento, no âmbito do internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra entre especialistas e internos de especialidade. Relativamente às medidas terapêuticas, à questão de existir distinção entre IC e tratamento compulsivo, não se encontram diferenças entre a opinião nos dois grupos ($p=0,357$), constatando-se que os internos apresentam uma concordância maior (91% vs 80%). Em relação ao consentimento informado para o tratamento, no âmbito do IC, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre especialistas e internos ($p=0,678$) e mais uma vez se verifica que os internos concordam mais do que os especialistas (42% vs 33%).

Também não se verificam diferenças estatisticamente significativas na questão relativa ao tratamento contra vontade ser justificado, independentemente da capacidade de consentir, se a perturbação representa um risco significativo para si/terceiros ($p=0,934$). Para a questão “se é esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento” ($p=0,129$) verifica-se que os internos manifestam maior discordância do que os especialistas (71% vs 58 %).

No que se refere, à justificação do IC quando se espera que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,181$), apresentando os especialistas uma concordância maior (49% vs 30%).

De igual modo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,894$) quando, por força do estado da doença, a pessoa não tem capacidade para consentir, o médico deve (ainda que não seja em situação de emergência) optar pelo

tratamento que lhe parecer melhor. As opiniões foram muito semelhantes, entre os dois grupos, sendo a concordância nos especialistas de 83% e 88% nos internos

Em relação à decisão do médico, sem consentimento, do uso de antipsicóticos de longa duração ($p=0,841$), de tratamento de comorbilidade somática ($p=0,859$), de eletroconvulsivoterapia ($p=0,773$) e psicocirurgia ($p>0,999$), não se encontram diferenças estatisticamente significativas, sendo a opinião entre os dois grupos, muito semelhante.

Dos dados analisados, neste ponto, apenas de referir uma opinião ligeiramente mais favorável ao tratamento contra vontade nos casos em que se espera que o doente venha a recuperar e ter melhor prognóstico, entre os especialistas relativamente aos internos, bem como para a opção do doente se vir a sentir feliz por ter sido forçado ao tratamento.

8.4.5. Organização e Monitorização de Procedimentos

O quinto objetivo do estudo é verificar se a proteção ao doente se enquadra numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização, no âmbito do internamento compulsivo.

Foram analisadas as Tabelas 5a) e 5b) do Anexo IV, a respeito dos assuntos relacionados com a organização de procedimentos e sua monitorização, nos doentes submetidos a internamento compulsivo, de acordo com a divisão da amostra entre especialista e internos de especialidade.

Relativamente aos diagnósticos que deveriam constar na lei ou noutra instrumento de âmbito nacional ($p=0,465$), constata-se uma maior concordância dos internos comparativamente à dos especialistas (54% vs 45%). No que se refere aos

diagnósticos/condições que não são suficientes para IC, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,092$); metade dos médicos de cada grupo concorda que se definam os diagnósticos e entre os que discordam, a percentagem é maior entre os especialistas (38% vs 21%), tal como também acontecia para os diagnósticos abrangidos.

Quanto à questão da avaliação clínico-psiquiátrica incluir a aplicação de escalas de determinação (quantificação) do risco, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p=0,486$), com os especialistas a discordar ligeiramente mais (47% vs 33%).

Nos pontos seguintes também não se encontram diferenças estatisticamente significativas e as opiniões foram consensuais, entre os dois grupos; 100% dos internos e 91% dos especialistas concorda que a proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais, a prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física, deveriam ser temas de formação contínua entre os profissionais de saúde envolvidos ($p=0,190$). Em relação à questão da aplicação de medidas coercivas ser alvo de procedimentos de registo específico ($p>0,999$), não se verificam diferenças, com a maioria dos médicos, em ambos os grupos a considerar que tal deve acontecer. Mais de metade dos inquiridos concorda que a declaração de vontade antecipada para cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível ($p=0,411$), apresentando os internos maior concordância, relativamente aos especialistas (74% vs 63%). A questão relativa à aplicação da Lei de Saúde Mental ser a apropriada, não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=0,794$), com opiniões semelhantes nos dois grupos. Quanto ao seu uso ser demasiado frequente ($p=0,171$) e o procedimento de urgência ser usado em exagero ($p=0,494$), os resultados também são semelhantes, embora se verifique que há menor

concordância nos internos relativamente aos especialistas (29% vs 49%) e (46% vs 58%), respetivamente.

Quanto às questões sobre a comissão de acompanhamento e ao facto do exercício das suas competências ajudar na prática clínica ($p=0,538$), verifica-se uma concordância maior entre os especialistas (50% vs 37%), assim como na melhoria da assistência e proteção aos doentes ($p=0,215$), com 64% dos especialistas a concordar, em relação a 42% dos internos. Para as questões relacionadas com a existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas, as opiniões também são semelhantes entre os dois grupos, verificando-se que a maior parte dos médicos concorda que a sua existência, acesso e divulgação seriam importantes para a proteção dos doentes ($p=0,395$) e útil na prática clínica ($p=0,933$).

Nesta análise, não se encontram diferenças significativas de opinião entre especialistas e internos. De referir que, nas questões acerca do uso da LSM se verifica uma concordância maior dos especialistas em relação ao uso excessivo da LSM e do procedimento de urgência, bem como nas questões relacionadas com a relevância do exercício das competências da comissão de acompanhamento e a existência e acesso a base de dados relativa ao IC. Por sua vez, os internos concordam mais com a importância da declaração de vontade antecipada, o que nos leva a depreender que os médicos mais jovens possam considerar que estes instrumentos levam a menos coerção, a maior autonomia e autodeterminação nas pessoas com doença mental grave (Swanson, et al., 2008).

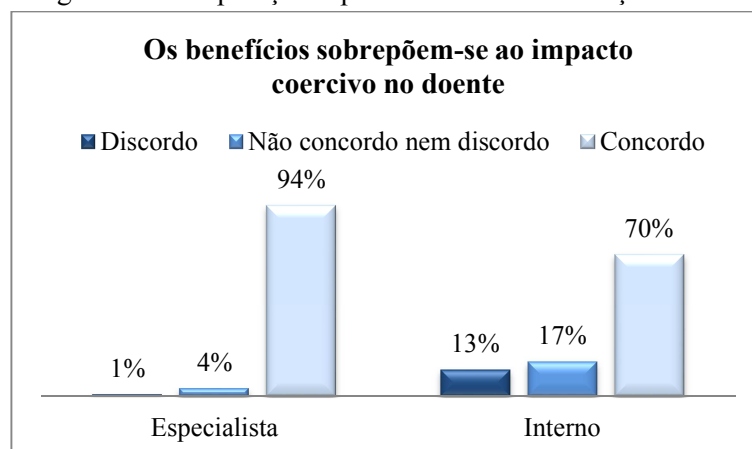
8.4.6. Tratamento Ambulatório Compulsivo

O sexto objetivo do estudo é verificar a opinião dos profissionais relativamente Tratamento Ambulatório Compulsivo e que fatores consideram importantes no começo e término desta medida, no âmbito das medidas compulsivas. Foram analisadas as Tabelas 6a) e 6b) do Anexo IV, que correspondem às questões em que são abordados os assuntos relacionados com o tratamento ambulatório compulsivo.

A opinião acerca do TAC poder ocorrer sem internamento prévio ($p>0,999$) e merecer regulamentação prévia, não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Quanto ao facto de ter pressupostos diferentes do IC, verifica-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,029$), com 100% dos internos e 97% dos especialistas a concordar.

No que se refere à questão sobre se o tratamento ambulatório compulsivo for usado apropriadamente, os benefícios se sobrepõem ao impacto coercivo no doente ($p=0,006$), verifica-se uma diferença estatisticamente significativa, com uma concordância maior nos especialistas (94% vs 70%) (Figura 17).

Figura 17. Comparação especialista/interno: Coerção e TAC



Em relação à eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo ser diminuída devido a um conjunto de fatores, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Quanto à dificuldade em promover a adesão à medicação ($p=0,847$), verifica-se que a maioria concorda (especialistas 67% vs internos 67%). O abuso de substâncias pelos doentes ($p=0,407$) recolhe a concordância de 74% dos especialistas, relativamente a 58% dos internos. Por sua vez 57% dos especialistas e 42% dos internos concordam que a falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal ($p=0,079$) diminui a eficácia do TAC. Relativamente à inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial ($p=0,090$) reduzir a eficácia do TAC, verifica-se uma concordância maior dos especialistas em relação aos internos (92% vs 75%).

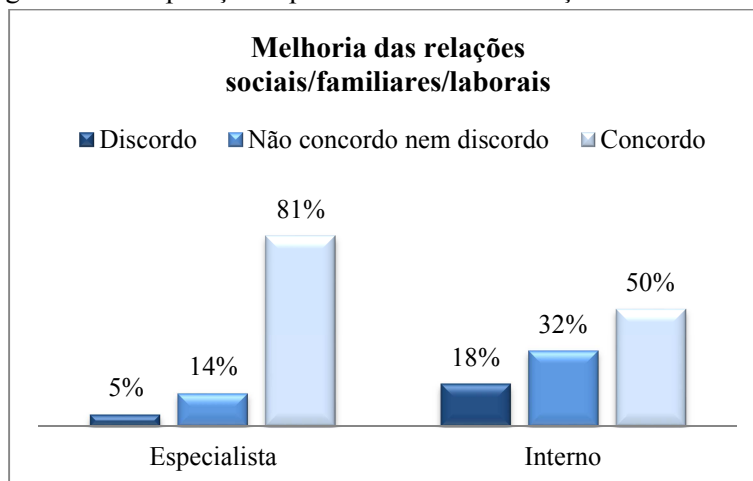
Para a questão de saber se na prática clínica, o médico evita o uso do tratamento ambulatorio compulsivo devido à coerção envolvida ($p=0,289$), ao peso administrativo ($p=0,112$) e ao aumento dos custos para os serviços de saúde ($p=0,471$) não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que, a maioria dos médicos discorda que estes fatores contribuam para que o uso do TAC seja evitado. De salientar que o evitar do TAC devido à coerção envolvida, recebe discordância maior por parte dos especialistas relativamente aos internos (65% vs 50%) e relativamente ao peso administrativo, este também é mais valorizado pelos especialistas (24% vs 10%)

Foi ainda solicitado aos médicos que indicassem a importância atribuída a um conjunto de fatores, quando se está a ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo. Em relação à vontade do doente ter alta ($p=0,668$) verifica-se que esse não é um fator importante na decisão do médico, em ambos os grupos. Não se verificam diferenças de opinião para a melhoria clínica ($p=0,341$) e adesão ao tratamento ($p>0,999$),

tanto num caso como no outro, ambos os grupos etários concordam, em mais de 90% dos casos que estes são fatores importantes quando ponderam terminar o TAC.

Não se encontram diferenças significativas entre os dois grupos para o aumento da liberdade do doente ($p=0,308$), sendo no entanto de salientar que os internos exprimem uma concordância maior do que os especialistas (50% vs 36%) e para a redução do risco para o próprio/terceiros ($p=0,112$) em que as opiniões são semelhantes, com mais de 90% dos inquiridos de cada grupo a concordar que este é um fator importante quando se está a ponderar terminar o TAC. Em relação à melhoria das relações sociais/familiares/laborais ($p=0,012$), com diferença estatisticamente significativa, observa-se, na Figura 18 que os especialistas apresentam uma concordância maior com a sua importância no término do TAC.

Figura 18. Comparação especialista/interno: Relações sociais/laborais e TAC



Conclui-se destes resultados uma maior concordância entre os especialistas na melhoria das relações sociais, familiares e laborais, como fator importante na decisão de terminar o TAC.

Verifica-se que as opiniões a propósito do TAC, embora semelhantes entre os dois grupos, apresentam algumas particularidades. Os especialistas apresentam níveis de concordância maior o que, mais uma vez, se pode relacionar com as opiniões estarem mais sedimentadas pela prática clínica. Situação idêntica se passa com a menor importância conferida ao abuso de substâncias no processo terapêutico, pelos internos de especialidade, situação que, como refere Opsal, se relaciona com pior resposta ao tratamento e aumenta o risco de internamento involuntário (Opsal, et al., 2011).

Dada a falta de evidência do benefício do TAC, como já foi apresentado por outros estudos, é de salientar que a opinião dos médicos especialistas portugueses é claramente favorável ao uso desta medida e dos seus benefícios relativamente ao seu impacto coercivo.

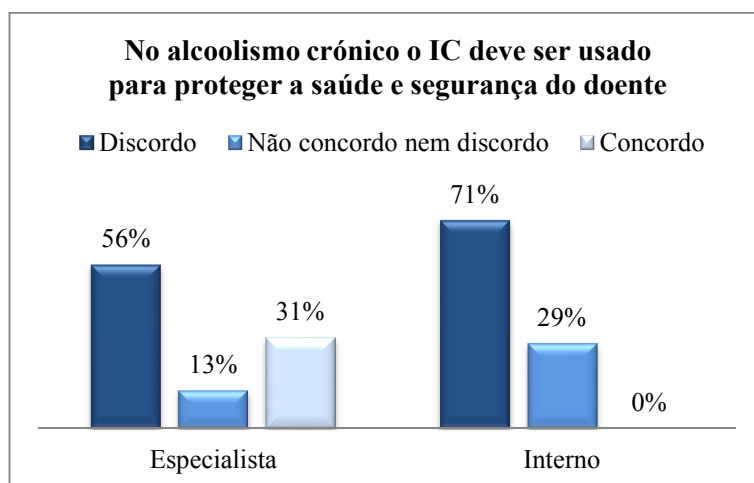
8.4.7. Casos Clínicos e Capacidade de Decisão

O sétimo objetivo do estudo é verificar se existe variação considerável entre as atitudes dos profissionais acerca de diferentes quadros clínicos e o seu impacto na capacidade de decisão, no âmbito das medidas compulsivas. Para estudar a opinião dos médicos relativamente a diferentes diagnósticos que se consideram casos clínicos de difícil decisão, foram analisadas as Tabelas 7,8,9,10,11 e 12, do anexo IV, nas quais são abordados assuntos relacionados com o diagnóstico, tratamento e o internamento

compulsivo, de acordo com a divisão da amostra em dois grupos (especialista e interno de especialidade).

No que diz respeito ao caso clínico do alcoolismo crónico (AIV.8), encontram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao uso do IC para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,034$), constatando-se que nenhum interno concordou com o IC em comparação com 31% dos especialistas que assinalaram a sua concordância (Figura 19).

Figura 19. Comparação especialista/interno: IC e alcoolismo crónico



Para as outras questões deste caso clínico não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Em relação ao respeitar a recusa ao tratamento ($p=0,493$), esta questão recolhe maior concordância dos internos (79% vs 67%) e no que se refere ao uso do IC para proteger a saúde e segurança de terceiros ($p=0,338$), a discordância dos internos é superior à dos especialistas (71% vs 49%). Quanto à competência para recusar tratamento estar comprometida ($p=0,219$) verifica-se que os internos discordam mais do que os especialistas (79% vs 55%). Para a opinião acerca da desintoxicação forçada, apesar de não ter diferença estatisticamente significativa ($p=0,154$) verifica-se que os internos discordam

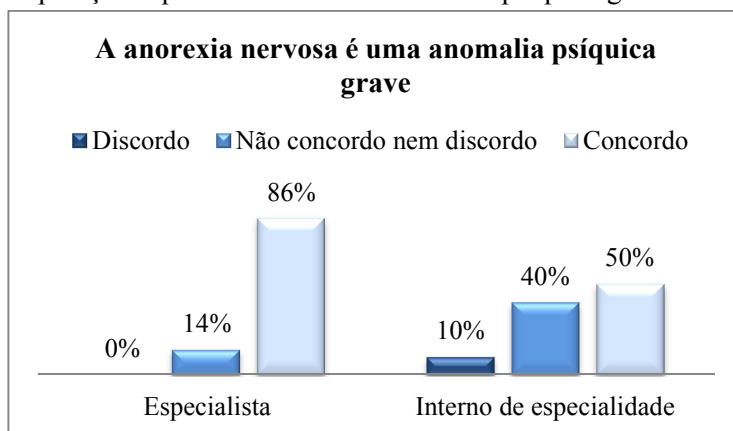
mais do que os especialistas (93% vs 66%). Relativamente a considerar o alcoolismo uma anomalia psíquica grave ($p=0,722$) as opiniões são semelhantes, com 36% dos médicos em ambos os grupos.

No caso clínico da toxicod dependência, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em análise (AIV.8).

No caso clínico de perturbação da personalidade, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, em relação ao uso do IC para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,127$) e a de terceiros ($p=0,275$), verifica-se que a discordância com o IC é maior entre os internos do que nos especialistas (79% vs 56%) em ambas as questões. Já no que se refere a considerar a perturbação da personalidade uma anomalia psíquica grave ($p=0,175$), verifica-se maior discordância nos internos do que nos especialistas (62% vs 33%) e, de igual modo, os internos também discordam mais (85% vs 68%) que a competência para recusar esteja comprometida ($p=0,177$) (AIV.9).

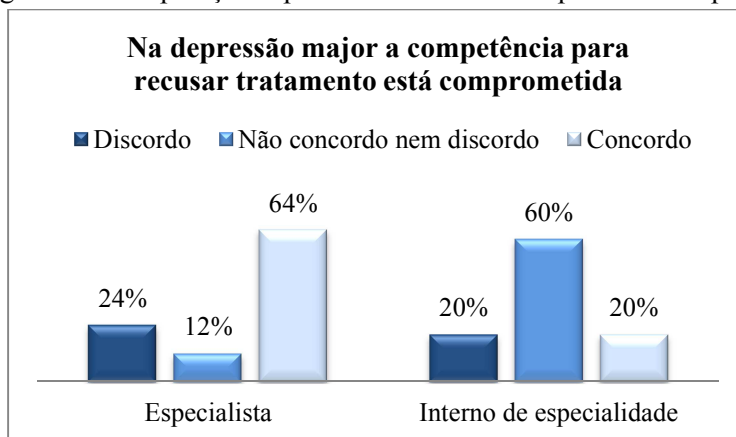
No caso clínico da anorexia nervosa (AIV.10), ambos os grupos consideram que a recusa ao tratamento deve ser respeitada ($p=0,774$), (internos 70% e 67% especialistas). Não há diferenças de opinião quanto ao uso do IC para proteção do doente ($p>0,999$), à competência para o tratamento estar comprometida ($p=0,241$) e a ser apropriada a desintoxicação forçada ($p=0,816$). Nesta última questão, a discordância dos internos é maior do que a dos especialistas (89% vs 76%). Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para a classificação da anorexia nervosa como uma anomalia psíquica grave ($p=0,012$), com maior concordância entre especialistas do que entre internos (86% vs 50%) (Figura 20).

Figura 20. Comparação especialista/interno: Anomalia psíquica grave e anorexia nervosa



No caso da perturbação depressiva major, encontram-se diferenças estatisticamente significativas, acerca da competência para recusar tratamento estar comprometida ($p=0,003$), sendo que os especialistas concordam mais do que os internos (64% vs 20%), como se pode ver na Figura 21.

Figura 21. Comparação especialista/interno: Competência e depressão major

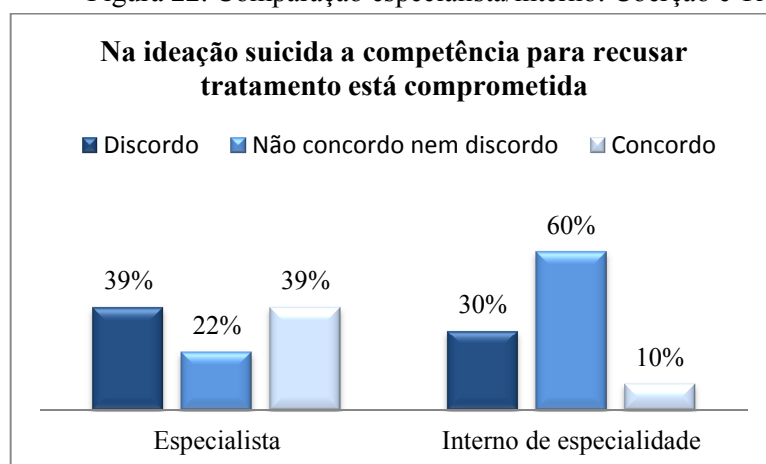


Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, os especialistas referem maior discordância com o facto da recusa ao tratamento dever ser respeitada ($p=0,158$), (64% vs 40%). Por outro lado os especialistas exprimem maior concordância com o facto de considerar apropriado o tratamento forçado ($p=0,266$), (66% vs 40%) e também do IC dever ser usado para proteger a saúde e segurança do doente ($p=0,302$)

(71% vs 50%). Quanto ao considerar a depressão major como uma anomalia psíquica grave ($p=0,099$), verifica-se que os especialistas concordam mais do que os internos (80% vs 50%)

No caso clínico da ideação suicida (AIV.12), encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito à questão acerca da competência para recusar o tratamento estar comprometida ($p=0,048$), verificando-se que os especialistas se dividem essencialmente entre o concordo e discordo, enquanto os internos pelo nem concordo nem discordo e o discordo (Figura 22).

Figura 22. Comparação especialista/interno: Coerção e TAC



Quanto à situação descrita configurar uma anomalia psíquica grave ($p=0,126$), verifica-se maior concordância entre os especialistas, relativamente aos internos (39% vs 10%). Em percentagens semelhantes os especialistas também concordam que é apropriado o tratamento involuntário ($p=0,669$) e o IC para proteger a pessoa ($p=0,255$). Quanto à recusa ao tratamento dever ser respeitada ($p=0,268$), verifica-se maior concordância dos internos em relação aos especialistas (60% vs 45%).

Concluindo, no que respeita à diferença de opiniões entre médicos especialistas e internos verifica-se que existem diferenças consideráveis de opinião. Para todos os casos clínicos apresentados os médicos especialistas apresentam maior concordância com o facto de estarmos perante uma anomalia psíquica grave.

No caso do alcoolismo, os internos, na sua maioria, discordam que se deva usar o IC, e que a competência para recusar esteja comprometida. No caso da perturbação da personalidade, os internos apresentam uma opinião semelhante à do alcoolismo, com uma maioria a discordar que a competência para recusar tratamento esteja comprometida e que se deva usar o IC.

No caso da depressão major com ideação suicida os especialistas concordam mais com o IC e o tratamento involuntário e discordam que se deva respeitar a recusa ao tratamento, considerando que a competência para decidir está comprometida.

No caso da ideação suicida sem evidência de psicopatologia, a maioria dos médicos internos entendem que se deve respeitar a recusa do doente ao tratamento, que não se deve usar o IC e não emitem opinião clara acerca da competência para decidir estar ou não comprometida ou estarmos na presença de uma anomalia psíquica grave.

9. Plano de Ação

«Realismo, esperança e iniciativa devem ser comandados pela prudência, ou seja, agir bem no momento oportuno»

Bernardo Domingues

Através da aprendizagem resultante da análise dos dados do inquérito de opinião aos médicos e do estudo dos documentos internacionais e da Lei de Saúde Mental, confirma-se a importância das recomendações relacionadas com o dever de prestar informação relativa aos direitos do doente e aos instrumentos legais disponíveis que devem estar acessíveis, nomeadamente publicados ou explicados em guias, para que as pessoas os possam entender, bem como, do reconhecimento de que a necessidade de informar o doente dos seus direitos necessita de estruturas para além do sistema de saúde que prestem informação ao doente (World Health Organization, 1996).

Nas recomendações dos vários documentos internacionais, a necessidade e a importância da divulgação da informação não se limitam, aos doentes. É considerado, também, fundamental que os profissionais de saúde vejam as suas necessidades de formação preenchidas, não apenas na vertente médica e técnica, mas também nos assuntos éticos, particularmente sensíveis no tema das medidas de internamento e tratamento compulsivos em saúde mental. Essa é, sem dúvida, uma necessidade identificada que está de acordo com o estudo realizado, mediante inquérito aos médicos portugueses, e que reuniu a quase totalidade de opiniões concordantes com o que a Convenção dos Direitos

Humanos e Biomedicina (CDHB) incentiva, no seu capítulo 10º, isto é, a organização de recursos para o ensino da ética na área da medicina.

A divulgação e disponibilização de recursos para atividades de informação e formação, na área das medidas compulsivas em saúde mental e da bioética constitui, assim, um dos objetivos deste trabalho, que de acordo com as determinações referidas, é concretizado através da organização de dois folhetos; um dirigido aos profissionais de saúde e outro aos doentes e público em geral (Anexos V e VI).

Os dois folhetos foram elaborados com uma identidade gráfica própria, com a colaboração de um profissional da área do *Design* Gráfico. Procurou-se, desta forma, que os folhetos fossem apelativos e de fácil leitura, com a informação num desdobrável.

A informação encontra-se no interior do folheto, numerada pela ordem de leitura, de modo a que o leitor encontre facilmente a informação.

Para criar uma identidade foi escolhida uma imagem e cor diferentes para cada um dos folhetos que os identificasse facilmente. O tema da informação aos médicos é apresentado nas cores laranja e cinza e o tema da informação aos doentes com as cores azul e verde. Em ambos os folhetos o tema visual é comum, com uma imagem sugestiva da relação médico-doente.

A escolha e decisão de criar uma identidade gráfica para cada um dos folhetos relaciona-se não só, com o facto da sua existência poder motivar a leitura e facilitar a sua consulta posterior, mas também com a possibilidade dessa apresentação em termos de imagem e organização, identificar uma série que pode ser ampliada, isto é, servir de base para a realização de outros folhetos, podendo assim, no futuro, existir uma plataforma de

recursos de informação na área do internamento e tratamento ambulatorio compulsivos e bioética.

Estes folhetos foram elaborados com o objetivo de serem disponibilizados e divulgados em suporte digital e físico, às entidades com interesse nestes assuntos, nomeadamente associações de utentes e famílias, de profissionais de saúde e de instituições com interesse na área da Bioética. No que concerne ao plano de divulgação, pretende-se que, com o suporte digital, este se realize através da criação de um sítio de internet onde se possa consultar, de forma prática e expedita, a informação contida nos mesmos, bem como através da sua disponibilização em formato PDF, para impressão.

9.1. Profissionais de Saúde: Enquadramento Bioético

A qualificação e treino dos profissionais são exigências técnicas e éticas que o profissional tem de ver realizadas. Como já foi exposto, existem referências à necessidade de ensino, supervisão e qualificação dos profissionais, em vários documentos internacionais, como por exemplo, na Declaração de Hawaii, nos *MI Principles*, na Convenção de Oviedo ou, ainda, nos *Ten Basic Principles*. Na Rec(2004)10 são, inclusivamente, apontadas as áreas em que os profissionais devem receber treino apropriado, designadamente, entre outros, a proteção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais.

Tendo em conta todas estas disposições foi elaborado um folheto, cuja impressão se encontra no Anexo V, que procura integrar de forma simples, conhecimento fundamental na área da Bioética, da psiquiatria e do internamento compulsivo.

É feito um percurso através dos artigos da Declaração Universal da Bioética, relativos a princípios éticos que se consideram fundamentais, para que os profissionais possam enquadrar os problemas encontrados na sua prática quotidiana, no âmbito da bioética, de acordo com o que foi apresentado no capítulo 5 – *Internamento Compulsivo e Princípios Éticos*-.

Este folheto poderá servir de base de trabalho para os profissionais que queiram aprofundar os seus conhecimentos ou necessitem de ler a DUBDH, ao orientar, de forma sucinta, a leitura dos artigos da Declaração que se consideram mais importantes no entendimento das questões éticas relativas ao IC.

Da parte exterior do folheto dirigido aos profissionais de saúde, consta o título: *“Internamento Compulsivo. Psiquiatria e Bioética”* e duas mensagens. Uma acerca da DUBDH onde se pode ler: *“A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos é concebida como uma extensão da lei internacional de direitos humanos para o campo da biomedicina. O texto da declaração integra uma análise bioética na estrutura conceptual da dignidade humana, dos direitos humanos e liberdades fundamentais. Pretende-se o respeito e aplicação dos princípios éticos fundamentais relacionados com a medicina, ciências da vida e tecnologias associadas”*.

A outra mensagem é relativa à aplicação das normas de acordo com as exigências éticas e refere: *“As disposições atuais, vão no sentido da necessidade dos psiquiatras conhecerem e aplicarem a legislação própria, de acordo com as exigências éticas específicas desta área da medicina. A reflexão bioética, concretizada através dos princípios éticos e sua aplicação, tem vindo a consolidar a importância e a defesa dos direitos dos doentes”*

A parte interior do folheto encontra-se ordenada em 10 pontos com o título: “*Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos e o Internamento Compulsivo*” e contém a seguinte informação:

01 Dignidade Humana e Direitos Humanos (Art. 3º)

A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais têm de ser completamente respeitados. Os interesses e bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse da ciência ou da sociedade.

A dignidade humana reflete a preocupação pela necessidade de assegurar o respeito pelo valor inerente do ser humano e pela humanidade, no contexto da clínica e da investigação. Para se tornar funcional, a dignidade como propriedade inerente ao ser humano, necessita de outras noções mais concretas como por exemplo o consentimento informado, a confidencialidade, ou a integridade.

02 Beneficência e Dano (Art. 4º)

Baseado na dignidade humana que gera a obrigação de fazer o bem e evitar o mal.

As possibilidades de dano apenas são moralmente aceitáveis se o requisito é a maximização do benefício e a minimização do dano. O julgamento é feito entre benefícios, danos e riscos.

A exposição a riscos é tolerada pelo benefício que se espera ocorrer após o tratamento, a prevenção ou a melhoria da doença.

O conflito com a autonomia, a privação da liberdade e a limitação no exercício dos direitos humanos, em situações de tratamento involuntário, podem ser toleráveis, tendo em conta: a proteção da vida e da integridade física, a melhoria da saúde, o tratar a doença, o evitar a deterioração e sequelas associadas à descompensação da doença, bem como a defesa dos interesses da pessoa doente e da sociedade, os riscos para bens patrimoniais e para a integridade física e psíquica.

O caráter do profissional de saúde, assume um papel central, perante conflitos e

obrigações, na implementação deste princípio e na avaliação do grau de vulnerabilidade, riscos corridos e necessidades das pessoas. São fundamentais, a prudência no julgamento e a competência técnica. Estas obrigações especiais obrigam e impõem altos níveis de beneficência.

03 Autonomia e Responsabilidade Individual (Art. 5º)

Baseado no princípio da dignidade humana.

Qualquer decisão ou prática médica deve respeitar a autonomia para tomar decisões; o próprio assume a responsabilidade das mesmas, respeitando a autonomia de terceiros.

As pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser objeto de proteção. O internamento compulsivo na doença mental surge como uma das raras situações em que existe um limite para a autonomia que envolve: a proteção e tratamento do doente, as situações de perigo para si e/ou proteção da autonomia, liberdade e segurança de terceiros.

É necessário reconhecer a autonomia do indivíduo e proteger os que têm autonomia diminuída. O direito a recusar tratamento é, também, uma forma de proteger a autonomia.

Mas em grande parte dos casos em que se opta pelo internamento compulsivo, a pessoa não reconhece que está doente o que a incapacita para a tomada de decisão. Assim, o clínico poderá determinar quais os melhores interesses do doente, através de medidas especiais para proteger os seus direitos, como acontece no internamento compulsivo.

A restrição da liberdade das pessoas para decidir sobre si próprias é justificada, muito raramente e sob altas restrições, de forma a assegurar que aqueles que exercem medidas extraordinárias não abusem da liberdade e autonomia dos cidadãos e que a medicina não seja usada como uma forma de controlo social.

Com as medidas compulsivas procura-se a preservação ou restauração da autonomia e a reintegração na família e na sociedade. Assim, a autonomia pode ser exercida sob algumas condições e a liberdade de tomar decisões depende da capacidade de as tomar.

04 Consentimento (Art. 6º)

Uma intervenção médica diagnóstica ou terapêutica necessita do consentimento informado e livre, após informação adequada. Quando apropriado, pode ser expresso. Pode ser

retirado pela pessoa a qualquer altura e por qualquer razão sem que isso implique prejuízo. Baseia-se nos princípios do respeito pelas pessoas e pela dignidade humana e associa-se ao direito à integridade, ao respeito pela autonomia e autodeterminação, nomeadamente a capacidade para considerar opções, tomar decisões e atuar sem influência de terceiros.

05 Pessoas sem Capacidade para Consentir (Art. 7º)

De acordo com as leis do país, proteção especial deverá ser oferecida às pessoas que não têm a capacidade para consentir. No entanto, a pessoa deve ser envolvida o mais possível no processo de tomada de decisão.

A capacidade de tomar uma decisão depende da influência da doença mental na capacidade para entender e interpretar informação essencial, tomar decisões de acordo com os valores pessoais, ter um objetivo para uma decisão e a capacidade de livremente exprimir desejos pessoais.

Para um doente sem capacidade de consentir ser submetido a medidas compulsivas é necessário que beneficie da hospitalização e do tratamento no entanto, têm de ser tidas em conta a vontade e preferências do doente e este deve participar nas decisões e exprimir o seu consentimento até ao máximo que permita a sua capacidade.

06 Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal (Art. 8º)

Os indivíduos e grupos de especial vulnerabilidade devem ser protegidos e a integridade pessoal respeitada.

A vulnerabilidade humana requer o cuidado, a responsabilidade e a solidariedade, no reconhecimento e não exploração dessa condição.

Dado que o exercício da autonomia e o fornecimento do consentimento, não eliminam a vulnerabilidade, este princípio ajuda a reforçar os direitos dos doentes e apela à responsabilidade do médico e às instituições a proteger os cidadãos.

As perturbações mentais constituem uma situação de vulnerabilidade acrescida, especialmente em fases da doença em que a sua autonomia se apresenta reduzida. Quando se opta pelo internamento compulsivo os doentes estão, ainda mais, vulneráveis em

consequência do controlo e dependência de terceiros e às limitações da doença. Nestes casos, a proteção da vida, da saúde, da integridade física e psíquica, surgem como bens que é imperativo proteger

07 Privacidade e Confidencialidade (Art. 9º)

Os seres humanos têm o direito fundamental à confidencialidade dos seus dados e ao livre consentimento previamente à utilização dos mesmos, no entanto, os direitos e liberdades dos doentes podem entrar em conflito com as exigências do bem comum.

Assim, a proteção da privacidade tem de ter em conta a saúde coletiva e exigências sociais, segurança e direitos fundamentais do doente, pelo que o segredo médico pode, sob certas circunstâncias legais, ser quebrado, como acontece no internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental

08 Não-Discriminação e Não-Estigmatização (Art. 11º)

Baseia-se no respeito incondicional e absoluto pelo ser humano que é fim e nunca pode ser reduzido a meio e que devemos considerar e defender como uma realidade da qual não se pode dispor.

Encerrar e excluir os doentes da vida em sociedade, sob a pretensão de prevenir um hipotético mal implica a não aplicação dos princípios já referidos. É, portanto, fundamental prevenir, ajudar e acompanhar as pessoas na superação das dificuldades que a vida apresenta a todos os seres humanos, de forma a que estas se possam realizar sem mais limitações do que as da sua própria capacidade.

09 Solidariedade e Cooperação (Art. 13º), Igualdade, Justiça e Equidade (Art. 10º)

Um mundo humanizado pede uma atitude responsável que se traduz no respeito dos direitos humanos e na solidariedade. O homem é um ser social, e aí radica o fundamento humano da solidariedade.

Ser solidário com os demais supõe reconhecer a dignidade e igualdade fundamentais, ser consciente dos laços que unem os homens entre si, patente na cooperação dentro e entre as Nações e na conseqüente formulação de instrumentos legais.

A solidariedade aparece cada vez mais relacionada com o princípio de justiça. A forma justa de compartilhar os bens escassos rege-se pela lei da solidariedade: os bens são de todos e para todos. Assim, a solidariedade culmina no justo compartilhar humano. O objeto da justiça é o bem comum, para o qual cada membro da sociedade deve contribuir com uma medida de proporcionalidade

Um dos assuntos principais da bioética é a preocupação acerca da distribuição dos recursos de modo a garantir um sistema de saúde justo e equitativo

A solidariedade, expressa mediante o consenso sobre direitos e deveres humanos básicos e a preocupação pela justiça social e processos honrados, reflete-se na evolução e legislação em cuidados de saúde mental que pretende garantir os recursos adequados e a proteção do doente enquanto membro da sociedade de pleno direito.

10 Limitações na aplicação dos princípios (Art. 27º)

A Declaração Universal de Bioética refere que se a aplicação dos princípios tiver de ser limitada, tal deve acontecer de acordo com a lei e ser consistente com a lei internacional de direitos humanos.

As limitações aos direitos humanos têm de estar determinadas, ser as estritamente necessárias e um meio proporcionado de proteger o interesse da sociedade. Os Estados apenas podem impor limitações à aplicação dos princípios em circunstâncias excepcionais, contempladas por lei, como é o caso do internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental portuguesa.

Com esta iniciativa espera-se poder contribuir para uma formação que promova o desenvolvimento da capacidade de identificação de questões éticas implicadas no IC, bem como dos valores que devem ser respeitados e do sentido de responsabilidade de agir em

conformidade. Assim, como refere Pinto Machado, será possível o apuramento da sensibilidade da consciência quanto à perceção das implicações de natureza ética, em situações concretas da prática médica (Pinto Machado, 2006).

9.2. Utentes e Famílias: Enquadramento Legal

O artigo 6º da Rec(2004)10 refere que as pessoas devem ser individualmente informadas e ter acesso a uma instância independente do serviço de saúde que os possa ajudar a entender e a exercer os seus direitos. A necessidade de informar o doente dos seus direitos também está prevista no PIDCP, na Declaração de Hawaii, na Rec(83)2, nos *MI Principles* e nos *Ten Basic Principles* da OMS.

Tendo em conta que a consulta da lei e dos termos legais, devido à sua complexidade de linguagem, se torna, muitas vezes, de difícil compreensão, especialmente em situação de doença e portanto, de vulnerabilidade acrescida, considerou-se importante a elaboração de um folheto informativo, cuja impressão se encontra no Anexo VI. Este procura apresentar, de forma simples, os principais aspetos relacionados com a lei de Saúde Mental e o internamento compulsivo, dirigido aos utentes e famílias. Não sendo uma iniciativa inédita, já que instituições de apoio aos doentes e de prestação de cuidados na área da saúde mental já desenvolveram ações de informação na área do IC e a LSM, este folheto constitui um novo contributo para o exercício do direito à informação ao doente, dando ênfase às diferentes fases envolvidas no IC, especialmente àquelas em que os direitos do doente podem ser exercidos, nomeadamente o direito a avaliação médica, à informação, apelo, revisão do processo por entidade independente e queixa.

Considera-se, ainda, que a síntese e simplificação da informação contida na Lei de Saúde Mental, bem como a organização do folheto em perguntas e respostas, contribuem para uma rápida identificação e compreensão dos diferentes passos envolvidos no processo do IC, tornando a leitura dos assuntos relacionados com o internamento compulsivo, o internamento compulsivo de urgência e o tratamento ambulatorial compulsivo mais agradável e apelativa.

É feito um percurso através dos artigos da Lei de Saúde Mental, relativos ao IC, IC de urgência e TAC, para que os doentes possam entender os diferentes procedimentos legais. Este folheto pode servir de base para aqueles que queiram ou necessitem de consultar a LSM, ao orientar o leitor para os artigos mais relevantes e ao perceber as questões envolvidas em cada um dos seus artigos.

Da parte exterior do folheto dirigido aos doentes e famílias, consta o título: "*Internamento Compulsivo*".

A parte interior do folheto encontra-se ordenada em 11 pontos com o título: "*O Internamento Compulsivo e a Lei de Saúde Mental*" e contém a seguinte informação:

01 Quem pode ser internado compulsivamente? (Art12º)

As pessoas com anomalia psíquica grave, quando o IC for a única forma de garantir o tratamento adequado.

02 Quem pode requerer o internamento compulsivo? (Art13º e 14º)

O IC pode ser requerido pelo representante legal do doente, nomeadamente tutor ou curador, pelos progenitores, cônjuge ou parente sucessível, pelo Ministério Público e pelas

autoridades de saúde pública. No caso de estar internado voluntariamente, o diretor clínico do estabelecimento onde se encontra internado também pode requerer o IC.

O requerimento, por escrito, é dirigido ao tribunal judicial da área de residência do doente, a explicar a situação.

03 O que acontece quando o juiz recebe o requerimento? (Art.15º e 16º)

O Juiz notifica o doente, informando-o dos seus direitos e deveres e nomeia-lhe um defensor legal que o assiste em todos os atos relacionados com o processo judicial.

São ainda notificados o defensor e o familiar mais próximo, sendo o processo também enviado ao Ministério Público, para requererem o que entenderem por conveniente, no prazo de 5 dias.

Decorrido este prazo e na posse da informação necessária, o juiz marca a data, hora e local da avaliação clínico-psiquiátrica.

04 Onde é feita a avaliação clínico-psiquiátrica? (Art. 17º)

A avaliação clínico-psiquiátrica é da responsabilidade dos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do doente e deve ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias. Efetuado o exame médico, o relatório é enviado ao tribunal no prazo máximo de 7 dias.

Se for previsível a não comparência do doente, o juiz ordena mandado de condução pelas autoridades policiais, para assegurar a sua presença.

05. O que acontece depois do juiz receber o relatório da avaliação? (Art. 18º)

Após receber o relatório, o juiz marca a data para a sessão conjunta e notifica o doente, o seu defensor, o requerente e o Ministério Público.

O juiz pode convocar outras pessoas para a sessão conjunta, designadamente o médico assistente.

06 O que acontece na sessão conjunta? E se o juiz decidir pelo internamento? (Art. 19º, 20º e 21º)

Na sessão conjunta o Juiz ouve as pessoas convocadas, sendo obrigatória a presença do defensor do doente e do Ministério Público. Após a audiência o juiz pode proferir uma decisão imediata ou no prazo máximo de 5 dias.

Se o juiz decide pelo internamento compulsivo, este determina a apresentação do doente no serviço de saúde mental mais próximo e emite um mandado de condução. A decisão é notificada ao Ministério Público, ao doente, ao defensor e ao requerente.

07 No caso do IC de urgência, quem pode conduzir o doente à urgência psiquiátrica? (Art 23º e 24º)

As autoridades de polícia, sendo o doente apresentado num estabelecimento com urgência de psiquiatria, para avaliação clínico-psiquiátrica.

08 Se o doente for internado compulsivamente de urgência... (Art 25º, 26º e 27º)

O estabelecimento de saúde, onde foi feita a observação médica de urgência, comunica o internamento ao tribunal judicial.

O juiz nomeia o defensor legal e no prazo máximo de 48 horas, determina a manutenção ou não do internamento. A decisão é comunicada ao doente, familiar mais próximo e ao médico assistente. Sempre que possível, o doente será informado dos direitos e deveres processuais que o assistem.

No prazo de 5 dias será feita e enviada ao tribunal nova avaliação clínico-psiquiátrica. Esta não pode ser feita pelo mesmo médico que fez a avaliação no serviço de urgência.

Após receber esta avaliação o juiz mantém ou termina o internamento compulsivo, sendo notificados o defensor e o familiar mais próximo para requererem o que entenderem por conveniente, no prazo de 5 dias.

09 Durante o internamento compulsivo, o tribunal volta a rever a sua decisão? (Art 27º e 35º)

Sim, a lei de Saúde Mental determina que qualquer caso de internamento involuntário tenha de ser revisto por uma entidade independente. Em Portugal essa revisão é feita pelo tribunal, de modo a assegurar que a lei seja cumprida e os direitos do doente sejam protegidos.

Se o doente foi internado compulsivamente de urgência, durante o internamento, o tribunal realiza uma avaliação do seu caso, numa audiência que se chama sessão conjunta. O juiz pode pedir a presença do doente, se o seu estado de saúde o permitir, podendo ser ouvido nessa altura.

Seja o procedimento de urgência ou não, caso o internamento compulsivo se mantenha, o tribunal é informado do estado clínico do doente de dois em dois meses, pelo estabelecimento onde este se encontra internado e realiza-se nova audiência.

Se o tribunal decide que os procedimentos legais estão a ser cumpridos e que o doente deve continuar internado, emite uma ordem de manutenção do internamento. Caso contrário é emitida uma ordem de alta imediata.

10 O que pode fazer a pessoa que não concorde com a decisão do tribunal? (Art.31º e 32º)

Pode requerer o que entender conveniente, até 5 dias após receber as notificações do tribunal.

Pode requerer a libertação, através de requerimento ao tribunal, caso não esteja a ser cumprido o prazo de 48h para emitir a decisão de internamento, este ter sido efetuado ou

ordenado por entidade incompetente ou esteja fora dos casos ou condições previstas por lei.

Podem, ainda, recorrer da decisão para o Tribunal da Relação competente, o doente, o seu defensor, o requerente do internamento e o Ministério Público.

11 É possível substituir o internamento por tratamento em ambulatório? (Art.33º)

Sim, se for possível manter o tratamento em liberdade, o internamento pode ser substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatório.

O doente tem de exprimir a aceitação das condições fixadas pelo médico assistente, para o tratamento. Nesse caso a substituição do tratamento é comunicada ao tribunal.

Se o doente deixar de cumprir as condições acordadas, o médico comunica o incumprimento ao tribunal, retomando-se o internamento. Se necessário solicita-se ao tribunal a emissão de mandado a cumprir pelas forças policiais.

Com este folheto espera-se poder contribuir para o esclarecimento dos utentes e suas famílias, sob uma perspetiva que privilegia os aspetos relacionados com a salvaguarda dos direitos do doente, contidos na Lei de Saúde Mental portuguesa. Pretende-se dessa forma que todos os intervenientes estejam devidamente informados de modo a poderem exercer, na medida das suas possibilidades, todos os seus direitos e deveres.

10. Conclusões e Implicações Bioéticas

«A experiência da liberdade torna-se possível pela actividade neuronal, mas concretiza-se pela actividade intencional dos seres humanos. A intencionalidade humana tem a ver com os objectivos que cada pessoa deseja realizar na sua existência, uma existência situada numa vida de relações interpessoais»

Alfredo Dinis

10.1. Introdução

Este trabalho pretende contribuir para o estudo das questões éticas e concretização das orientações envolvidas nas medidas de internamento e tratamento compulsivos em pessoas com o diagnóstico de perturbação mental.

Pretende-se contextualizar o IC e analisar vários documentos internacionais na área da saúde mental e bioética e comparar as suas disposições com a Lei de Saúde Mental (LSM) portuguesa, bem como, conhecer a opinião dos médicos portugueses relativamente às normas éticas e à legislação disponível, através de um estudo transversal, quantitativo, sobre medidas compulsivas, com um inquérito de opinião elaborado pela investigadora.

Apresenta-se, neste capítulo, um resumo dos principais resultados deste trabalho, de acordo com uma perspectiva bioética, que está subjacente aos objetivos traçados, à análise teórica desenvolvida, às questões formuladas no inquérito de opinião e às hipóteses de investigação colocadas.

10.2. Documentos Internacionais e Lei Saúde Mental: Conclusões

De acordo com o estudo teórico realizado através de um percurso pelos documentos internacionais que se consideram relevantes para o enquadramento e fundamentação dos assuntos relacionados com as medidas involuntárias em saúde mental e para o entendimento das questões relativas à proteção das pessoas com doença mental, especialmente aquelas que se encontram submetidas a medidas compulsivas, procurou-se identificar de que forma esses assuntos são tratados na nossa Lei de Saúde Mental (LSM) e os que não estando contemplados, deveriam ser alvo de atenção.

De facto, a LSM inclui grande parte das recomendações e salvaguardas dos documentos internacionais analisados, no entanto, de acordo com o estudo comparativo verifica-se que alguns pontos não estão completamente definidos. De seguida, é apresentado um resumo das principais conclusões que corroboram esta afirmação. No final são, ainda, apresentadas recomendações relativas aos problemas detetados.

- A LSM não se refere aos critérios de diagnóstico da doença mental; apesar de ser regulado o IC e o TAC dos portadores de anomalia psíquica não se concretiza a anomalia, as perturbações abrangidas, nem se determina que a formulação do diagnóstico se deva basear em algum sistema de classificação, de diagnóstico ou avaliação do risco.
- Não se encontra a definição de propósito terapêutico na LSM, apenas se refere que a proteção da saúde mental se efetiva através de ações de prevenção primária, secundária e terciária e apesar do IC só poder ser determinado quando for a única

forma de garantir a submissão a tratamento, também não é especificado o âmbito das intervenções consideradas terapêuticas.

- É referida a importância das ações que contribuam para a promoção da saúde mental das populações, mas não se especificam as ações a levar a cabo junto do público.
- Para o desenvolvimento de medidas alternativas ao tratamento involuntário, não existe regulamentação explícita na LSM
- Não se encontra regulamentação acerca de aspetos específicos da sua formação/atualização dos profissionais, na LSM.
- O caso da necessidade de tratamento com ECT, em doentes internados compulsivamente não está previsto, de forma explícita, na LSM.
- Não se encontra referência a certos tipos de tratamento, no âmbito do IC, como é o caso dos antipsicóticos de longa duração ou os tratamentos para comorbilidades somáticas.
- Não se encontra especificamente determinado que o TAC possa ter início sem internamento prévio.
- Não há referência a medidas de reabilitação, apoio na comunidade, ou outras que possam assegurar a eficácia do TAC
- Na LSM não é feita referência à necessidade de registos próprios, nas instalações psiquiátricas.
- Não existe referência à proteção aos membros da família/ dependentes de pessoas com perturbação mental.

De acordo com as principais conclusões relativas aos assuntos que estando contemplados em vários documentos internacionais não estão, pelo menos de forma explícita, na LSM, considera-se que seria relevante a referência mais explícita e detalhada, no que concerne às questões da proteção dos direitos humanos e civis, de acordo com as diretivas internacionalmente aceites, bem como o estabelecimento de planos de formação para os profissionais de saúde, contemplando a área da bioética com ênfase nos direitos humanos e nos princípios éticos. No âmbito do diagnóstico de perturbação mental será de ponderar alguma clarificação quanto aos sistemas classificativos a ter em conta na avaliação médica.

Considera-se, ainda, poder constituir um benefício para os profissionais e para as pessoas com doença mental, a organização de protocolos clínicos em áreas mais sensíveis, designadamente o uso de terapêuticas como a ECT, os antipsicóticos de longa duração ou fármacos para tratamento de comorbilidade somática, bem como a clarificação das medidas terapêuticas abrangidas no IC.

Para a efetiva proteção ao doente considera-se também importante que a utilização dos dados estatísticos referidos na nossa lei, os relatórios e a divulgação, relativamente à aplicação das medidas compulsivas em Portugal seja uma realidade.

Reconhece-se que o cuidado às pessoas com doença mental e as medidas compulsivas devem respeitar as disposições constantes na lei de saúde mental portuguesa e nas recomendações internacionais no âmbito da bioética, psiquiatria e internamento/tratamento compulsivo. Assim, após um percurso de estudo que se pretendeu ser exaustivo e detalhado de vários documentos de âmbito bioético, legal e deontológico e da análise

comparativa entre a LSM e os documentos internacionais, foi elaborado um inquérito para procurar saber se a opinião dos médicos acerca dos assuntos relacionados com as medidas compulsivas está de acordo com o determinado na lei portuguesa e nos documentos internacionais e, ainda, saber se a lei responde às situações colocadas na prática clínica.

10.3. Inquérito de Opinião aos Médicos: Conclusões

Pretendeu-se enriquecer a análise ética e conhecer a realidade e aplicação dos assuntos até agora tratados, com a realização de uma investigação quantitativa através de um questionário de autopreenchimento destinado aos médicos psiquiatras e internos da especialidade de psiquiatria, em Portugal.

Este trabalho recolhe um número de respostas que se considera dever ser alargado em trabalhos futuros. Será importante aumentar a taxa de respostas dos médicos especialistas e criar critérios de inclusão/exclusão de acordo com o ano de formação dos internos, mas também obter uma distribuição geográfica das respostas que esteja de acordo com o número de profissionais a exercer em cada área da rede de referenciação nacional.

De acordo com os resultados obtidos, já expostos e analisados, será enunciada a tese que responde às questões formuladas. Procura-se fornecer uma visão geral dos resultados do estudo elaborado, nomeadamente da análise descritiva e da comparação por grupos, realizada pela divisão da amostra de acordo com o género, a idade (<45 e ≥45 anos) e etapa profissional (especialista e interno de especialidade).

De seguida, é apresentado um resumo dos principais resultados e, a propósito de cada uma das hipóteses de estudo são, ainda, apresentadas recomendações relativas aos problemas detetados.

1. Para os profissionais, um internamento compulsivo não tem de encerrar, obrigatoriamente, um propósito terapêutico.

Em relação ao uso do IC apenas se existir propósito terapêutico, verifica-se, na análise descritiva, que mais de metade dos médicos concorda que o IC só deve ocorrer se existir propósito terapêutico. Na análise por grupos verifica-se que os especialistas e os médicos com mais de 45 anos exprimem maior concordância com o IC apenas se existe propósito terapêutico.

No entanto, para as questões relativas ao IC, pelo risco que o doente representa para o próprio/terceiros, mais de metade concorda com o IC se existe risco mesmo sem propósito terapêutico. Quanto ao IC para determinar se existe anomalia psíquica grave que represente risco, menos de metade dos médicos concorda. Em ambas as questões sem diferenças entre os grupos analisados.

Estes dados demonstram que o internamento compulsivo sem propósito terapêutico é aceite pelos médicos portugueses. Estes dados reforçam a necessidade de aprofundar esta questão em trabalhos futuros, em debates com peritos na área e em ações de formação pois estão em causa questões vitais relativas à fundamentação das decisões e à concordância com a lei vigente no nosso país.

1.a) Não se verifica que para os médicos, o propósito terapêutico inclui atitudes de prevenção, diagnóstico, controlo/cura e reabilitação.

Na análise descritiva verifica-se que quase todos os médicos são da opinião que as atitudes de controlo e cura devem ser incluídas no propósito terapêutico. No entanto as atitudes de prevenção e diagnóstico são incluídas no propósito terapêutico por pouco mais de metade dos médicos e, apenas metade inclui as atitudes de reabilitação.

Na análise por grupos, as mulheres concordam mais com as medidas de controlo/cura em relação ao sexo oposto. Embora sem significado estatístico, as mulheres, os médicos com idade inferior a 45 anos e os internos de especialidade favorecem mais a inclusão da reabilitação no propósito terapêutico. Os médicos com menos de 45 anos também valorizam mais a inclusão de atitudes de diagnóstico no propósito terapêutico.

Estes resultados levam a pensar que, em ações de formação e informação, relacionadas com o tratamento, numa perspetiva global que inclua atitudes de reabilitação e de diagnóstico, em conformidade com as disposições internacionais, se possam orientar esforços diferenciados, para aqueles que parecem menos sensibilizados para estes fatores, nomeadamente, os médicos do sexo masculino e os maiores de 45 anos.

2. A visão relacionada com o risco não é mais consistente com a prática dos profissionais do que aquela que se relaciona com a perda de competência para tomar decisões.

Verifica-se que mais de $\frac{3}{4}$ dos médicos considera que se deve usar o IC se existir anomalia psíquica grave, o doente recuse o tratamento e não esteja capaz de tomar decisões. Na análise por grupos, não se encontram diferenças, sendo apenas de salientar

que quase todos os médicos com mais de 45 anos concordam com o uso do IC nestes casos.

Relativamente à opinião de usar o IC se existe anomalia psíquica grave, o doente recusa tratamento e, capaz ou não de tomar decisões, coloca em risco a sua saúde/terceiros, $\frac{3}{4}$ dos médicos concorda com o IC, sem diferença de opiniões, na comparação entre grupos, embora as mulheres apresentem uma concordância ligeiramente superior.

De acordo com estes resultados, não se encontram diferenças em relação a uma visão do IC de acordo com o risco ou por perda de competência em tomar decisões, embora pareça existir uma tendência das mulheres a valorizar mais o risco para a saúde do doente e terceiros e por outro lado os médicos com mais de 45 anos a valorizar mais a perda de competência do doente.

Para melhor caracterização dos fatores envolvidos na avaliação da perda de competência e do risco, questionou-se relativamente à importância de um conjunto de fatores na decisão de internar compulsivamente.

Na análise descritiva, a proteção da saúde/integridade física é considerada importante pela quase totalidade dos médicos. A ausência de capacidade para consentir, a ausência de crítica para a situação de doença, e o evitar a deterioração da saúde são fatores considerados importantes para mais de $\frac{3}{4}$ dos médicos. A existência de bens em risco em menos de $\frac{3}{4}$ dos inquiridos e a solicitação da família é considerada importante por uma minoria.

Na análise por grupos verifica-se que os médicos com mais de 45 anos valorizam menos a ausência de crítica e da capacidade de decidir e valorizam mais a proteção da saúde, o evitar da deterioração acentuada da saúde do doente e o defender a integridade do

doente/terceiros. As mulheres valorizam mais estes dois últimos fatores, e para a defesa da integridade física do doente e de terceiros a concordância é da totalidade das mulheres. Os internos de especialidade valorizam menos o fator existência de bens patrimoniais em risco, sendo que, apenas metade considera um fator importante na decisão do internamento compulsivo.

Estes dados levam a refletir na importância conferida à deterioração acentuada da saúde do doente e ao risco para a saúde do doente e terceiros, quer na amostra geral, quer na divisão por grupos, nomeadamente nos médicos com mais de 45 anos e nas mulheres. Estes resultados podem, no entanto, refletir a prática clínica dos profissionais que no seu quotidiano, se deparam com a decisão de internar, a maior parte das vezes no serviço de urgência, sendo estes precisamente os pressupostos do internamento de urgência da LSM portuguesa.

O facto de os médicos mais jovens valorizarem menos a existência de bens patrimoniais em risco, é um fator a ter em conta pelas entidades competentes, para a necessidade urgente da regulamentação legal nesta área que, como já foi referido, está prevista na LSM e não sendo considerada tão importante pelos clínicos, particularmente nos mais jovens, aumenta a vulnerabilidade do doente.

3. Não se verifica que profissionais portugueses considerem que o direito à informação é prestado de forma adequada

Na análise descritiva verifica-se que menos de metade dos médicos considera que a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal seja prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa. Na análise por grupos, embora sem

diferenças significativas, verifica-se uma maior concordância, apesar de ligeira, (cerca de metade dos inquiridos), nas mulheres, nos profissionais com mais de 45 anos e nos especialistas.

Este é, de facto, um direito difícil de assegurar, que deve ser salvaguardado e não pode ser considerado sem ter em conta as diferentes formas do doente poder ser informado, isto é, através de profissionais, familiares e representante legal. No entanto, considera-se que o exercício deste direito poderia ser melhorado, nomeadamente através da disponibilização de material em suporte físico ou através da informação ao doente por outras fontes que lhe possam fornecer a informação necessária, de modo a que este as possa consultar sempre que entender.

3.a) Os médicos concordam que a sua presença na sessão conjunta pode prejudicar a relação médico-doente e que os esclarecimentos ao tribunal devem ser feitos fora do seu âmbito.

No que respeita ao direito à informação, foram, ainda, analisadas as respostas a duas questões de modo a saber qual a opinião dos médicos, relativamente ao fornecimento de informação no âmbito da sessão conjunta, realizada durante o IC.

Na análise descritiva verifica-se que menos de metade dos médicos concorda que a presença do médico na sessão conjunta prejudica a relação médico-doente, porém, mais de metade entende que os esclarecimentos ao tribunal devem ser dados fora do seu âmbito. Na comparação entre grupos apenas é de referir que os médicos com mais de 45 anos revelam uma concordância maior (pouco menos de $\frac{3}{4}$) para o facto de os esclarecimentos ao tribunal deverem ocorrer fora do âmbito da sessão conjunta.

Como também já foi referido, a sessão conjunta constitui uma salvaguarda dos direitos do doente; no entanto, é importante que tal momento não vá contra a beneficência e tenha em conta a sua vulnerabilidade. Estes dados demonstram que este assunto tem pertinência em investigações e ações futuras, especialmente nas que forem dirigidas aos intervenientes do sistema legal, nomeadamente aos juízes, de forma a que a articulação entre os profissionais de diferentes áreas, cumprindo todas as salvaguardas relativas aos direitos do doente e às exigências legais, tenha em conta que as particularidades da relação médico-doente, especialmente sensíveis, nestes casos, podem exigir dos intervenientes, flexibilização de procedimentos.

4. Não se verifica que os profissionais considerem que o direito a recusar tratamento deva poder ser exercido no âmbito do internamento compulsivo.

Relativamente às medidas terapêuticas, mais de $\frac{3}{4}$ dos médicos entende que deve existir distinção entre IC e tratamento compulsivo, mas apenas uma minoria (pouco mais de $\frac{1}{4}$) concorda que o consentimento informado para o tratamento no IC deve ser tido em consideração.

Apesar de se verificar uma tendência para alguns grupos (médicos com mais de 45 anos e internos) concordarem mais com a distinção do IC e tratamento compulsivo, bem como com o consentimento, ainda assim, na melhor das hipóteses, só cerca de metade dos inquiridos considera o consentimento informado no processo de tratamento.

Tendo em conta que o consentimento informado é uma pedra angular em qualquer processo terapêutico, pode levantar-se a seguinte questão: será que cerca de metade dos inquiridos só considera o tratamento compulsivo em doentes que não estão capazes de

decidir, não considerando, por isso, adequado o consentimento? Este é, sem dúvida, um assunto de grande atualidade, a merecer debate aprofundado e atenção em estudos futuros.

O tratamento involuntário justifica-se, para mais de $\frac{3}{4}$ dos médicos, caso a pessoa não tenha capacidade de consentir. Quando a pessoa recusa o tratamento, mesmo que tenha capacidade de consentir, cerca de $\frac{3}{4}$ dos médicos inquiridos concorda com o tratamento involuntário se a doença representa risco para si e para terceiros e cerca de metade dos médicos concorda com o mesmo, se é esperado que a pessoa recupere e tenha melhor prognóstico.

Na análise por grupos, caso a pessoa recuse o tratamento, mesmo que tenha capacidade de consentir, se a doença representa risco para si e para terceiros, verifica-se que pouco mais de $\frac{1}{4}$ das mulheres, dos internos e dos médicos com menos de 45 anos (com diferença estatisticamente significativa) consideram que tal deve justificar o tratamento involuntário.

Na totalidade da amostra, mais de metade discorda que o facto de a pessoa poder vir a sentir-se feliz por ter sido forçada a tratamento justifique o tratamento involuntário, embora na análise por grupos se verifique que cerca de metade dos maiores de 45 anos e dos especialistas são dessa opinião.

Verifica-se uma tendência dos maiores de 45 anos para concordar mais com o tratamento involuntário, mesmo que haja capacidade para consentir, nos casos em que a doença representa risco para si/terceiros, se é esperado que a pessoa recupere e tenha melhor prognóstico e se a pessoa vier a sentir-se feliz por ter sido forçada a tratamento.

Estes dados levam a questionar a forma como os médicos fundamentam as suas decisões e como encaram o exercício da autonomia dos doentes. Parece existir uma menor

preocupação com estes fatores nos médicos com mais de 45 anos, o que levanta questões importantíssimas no cuidado aos doentes e mais uma vez não pode deixar de lançar o desafio, para a implementação e manutenção de programas de formação na área do internamento compulsivo e da bioética, nomeadamente nas questões da autonomia, consentimento informado e integridade. Interessante, também, seria a discussão de assuntos como a competência para recusar tratamento e o estabelecimento de consensos nesta área, junto de associações profissionais com interesse em determinadas patologias ou áreas da saúde mental, que possam servir de base para a formação dos psiquiatras.

Ainda no âmbito do estudo do tratamento involuntário, nos casos de IC, procurou-se avaliar a opinião dos médicos acerca de alguns tipos de tratamentos e técnicas terapêuticas que levantam questões éticas. Na análise descritiva da totalidade da amostra, verifica-se que mais de metade dos inquiridos concorda com o uso de antipsicóticos de longa duração e cerca de metade com os fármacos para tratamento de comorbilidades somáticas. Por seu turno, metade discorda com a ECT e a quase totalidade com a psicocirurgia. Na análise por grupos não se verificam diferenças de opinião. Estes dados reforçam o que já foi referido a propósito da necessidade de esclarecimentos alargados aos médicos relativamente a estes assuntos, nomeadamente acerca da utilização da ECT já que, apesar da sua administração ser possível no IC, mais de metade dos médicos não parece concordar. Considera-se, também, importante o debate acerca de assuntos como o das medicações de longa duração que terão efeitos mesmo depois de reestabelecida a capacidade de decidir e restaurada a autonomia do doente, bem como do tratamento de patologias, para além da que motivou o internamento ao abrigo da LSM, que a maioria dos

médicos inquiridos concorda, apesar de não ser esse um entendimento de consenso a nível internacional.

5. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de organização de procedimentos e na sua monitorização

5.a) Não se verifica que os médicos concordem que deveriam estar definidos os diagnósticos abrangidos no IC e os que não são suficientes para IC, bem como a utilização de escalas de determinação do risco.

- Menos de metade dos médicos concorda com a determinação expressa, na lei ou nouro instrumento de âmbito nacional, dos diagnósticos abrangidos no IC e dos que não são suficientes para o IC.

Na análise entre grupos é de salientar que, entre os médicos mais experientes esta concordância é menor, já que, pouco mais de $\frac{1}{4}$ dos médicos com mais de 45 anos concorda com o estabelecimento de diagnósticos abrangidos, bem como para os que não são suficientes, inclusivamente com diferença estatisticamente significativa.

Este é um assunto de abordagem complexa, porém, atendendo à existência de critérios definidos internacionalmente, de acordo com as recomendações internacionais a definição de diagnósticos é um assunto a ter em conta em procedimentos de exceção, como é o caso do internamento compulsivo. Este é, por isso, um tópico a considerar, no estudo das medidas compulsivas em possíveis desenvolvimentos futuros da lei portuguesa.

- Na análise descritiva, as escalas de determinação (quantificação) do risco são consideradas importantes para pouco mais de $\frac{1}{4}$ dos médicos, verificando-se

inclusivamente, na análise por grupos, que, mais de metade dos médicos do sexo masculino, discordam da sua utilização.

Apesar da opinião pouco favorável dos médicos portugueses, a quantificação do risco afigura-se como um contributo para tornar os critérios de internamento mais claros e específicos, assim, este é também um assunto a esclarecer e desenvolver entre os médicos e deve ser tido em conta em ações de debate, no âmbito dos critérios das medidas compulsivas, no nosso país.

5.b) Os médicos concordam com a formação relativa a assuntos bioéticos e IC

A formação em áreas como a dignidade, os direitos humanos e liberdades fundamentais, medidas de prevenção e controlo da violência, isolamento e contenção física devem ser temas de formação, para a quase totalidade dos médicos. Na análise de grupos todos os internos concordaram com a importância da formação nestas áreas.

Estes dados reforçam a necessidade da implementação de programas de formação, tal como determinam vários documentos internacionais.

5.c) Os médicos concordam com registos específicos para medidas coercivas.

A existência de procedimentos de registo específicos, para os casos de aplicação de medidas coercivas, é aceite pela quase totalidade dos médicos, não se verificando diferenças na análise entre grupos, o que reafirma a necessidade de implementar, no nosso país, os mecanismos de registo previstos e necessários, não só para garantir o melhor cuidado aos doentes, mas também, para que, no futuro, se possam analisar e comparar dados da nossa prática clínica.

5.d) Os médicos não discordam da existência da declaração de vontade antecipada.

Na análise descritiva, verifica-se que mais de metade dos médicos entende que a declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível e $\frac{1}{4}$ não concorda nem discorda.

Na análise por grupos, verifica-se que aproximadamente $\frac{3}{4}$ das mulheres e dos internos de especialidade concordam com a sua existência.

Estes resultados podem indicar que, sendo este um assunto de possível aplicação futura no âmbito das medidas compulsivas, faz sentido que seja debatida a sua aplicação e impacto no seguimento, junto dos médicos portugueses. A declaração de vontade antecipada aplicada a pessoas com doença mental, em estudos recentes é valorizada pelos utentes, sendo importante o estudo das barreiras à sua implementação e aplicação em larga escala (Swartz, Swanson, 2013).

5.e) Não se verifica que os médicos considerem que a LSM é corretamente aplicada. Os médicos concordam com a importância da comissão de acompanhamento e da existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas

- Cerca de metade dos médicos considera que a LSM é usada de forma apropriada. Contudo, outra metade entende que a lei é aplicada com demasiada frequência e que o procedimento de urgência é usado em exagero. Não se observam diferenças na análise entre grupos.

Estes dados são de extrema importância pois alertam para que a aplicação da lei possa não estar a ser a mais correta. Assim, considera-se relevante que se promovam ações que procurem fazer um diagnóstico da situação, de forma a perceber quais os fatores que

podem estar implicados na aplicação da LSM de forma menos desejável, bem como na identificação de possíveis áreas de intervenção.

- Verifica-se que cerca de metade dos médicos entende que o exercício das competências da comissão de acompanhamento seria útil na prática clínica e teria consequências positivas na assistência aos doentes.

Na análise por grupos, observa-se uma ligeira tendência dos homens e dos médicos com mais de 45 anos a concordar mais com a importância do exercício das competências da comissão de acompanhamento.

De facto, o exercício efetivo das funções da comissão de acompanhamento, constitui um garante de uma maior vigilância e identificação de situações que necessitem de correção, sendo por isso uma necessidade, no que respeita ao assegurar dos direitos do doente e da melhoria das condições de prestação de cuidados, que se deve reclamar.

- Quanto à existência de uma base de dados, relativa às medidas compulsivas, de acordo com o estipulado na LSM, mais de metade dos médicos considera que seria importante na proteção aos doentes e aproximadamente $\frac{3}{4}$ entende que a sua divulgação seria útil na prática clínica.

Estes resultados vêm reforçar a importância da implementação de uma base de dados nacional adequada às necessidades, prevista na LSM e aconselhada por vários documentos internacionais.

6. A proteção ao doente enquadra-se numa perspetiva de cuidados em ambulatório

6.a) Os médicos consideram que o TAC deve poder ocorrer sem internamento prévio, merecer regulamentação própria e ter pressupostos diferentes do internamento.

Relativamente ao TAC verifica-se que a quase totalidade dos médicos concorda que este deva poder ocorrer sem internamento prévio e mais de $\frac{3}{4}$ concorda que o mesmo deve merecer regulamentação própria e ter pressupostos diferentes dos do IC.

Esta elevada concordância aponta para um conjunto de necessidades bem identificadas pelos profissionais na sua prática clínica e, portanto, para a importância de considerar o assunto do TAC relevante em discussões futuras.

6.b) Os médicos consideram que os benefícios do TAC se sobrepõem ao impacto coercivo no doente.

Mais do que $\frac{3}{4}$ dos médicos exprime concordância no que concerne aos benefícios do TAC se sobrepõem ao impacto coercivo no doente. Na análise por grupos, verifica-se que os especialistas (com diferença estatisticamente significativa) e os médicos com mais de 45 anos concordam praticamente na sua totalidade. Estes dados, ao demonstrar que os médicos com mais experiência apresentam uma opinião ainda mais favorável ao tratamento ambulatório compulsivo, indicam que esta é uma medida importante no nosso país, cuja regulamentação é importante e a considerar, numa eventual revisão à LSM ou através de recomendações de ação relativas à mesma.

6.c) A inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social é o fator que mais relevância tem na diminuição da eficácia do TAC.

Para os fatores que diminuem a eficácia do TAC, a inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial é assinalada por mais de $\frac{3}{4}$ dos inquiridos, seguida do abuso de substâncias pelos doentes, assinalada por pouco menos de $\frac{3}{4}$ dos médicos; a dificuldade em promover a adesão à medicação recebe a concordância de mais de metade dos médicos e a falta de articulação entre a instituição e o tribunal de metade dos inquiridos.

Na análise por grupos, verificam-se dados isolados acerca de alguns destes fatores, nomeadamente, as mulheres concordam mais ($\frac{3}{4}$) com a importância da dificuldade em promover a adesão à medicação e na questão da reabilitação quase todos os especialistas concordam com a sua importância.

Pode, assim, salientar-se a importância conferida à inexistência de oportunidades de reabilitação psicossocial pelos médicos em geral e pelos especialistas. Estes resultados alertam para as necessidades sentidas pelos profissionais na prática clínica e para a necessidade de efetivação dos desideratos do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) que apontam para a inserção do doente na comunidade e para a desinstitucionalização.

6.d) A coerção envolvida, o peso administrativo e o aumento dos custos para o sistema de saúde não limitam o uso do TAC.

Quanto aos fatores que podem fazer com que se evite o uso do TAC, verifica-se que somente $\frac{1}{4}$ dos profissionais concorda que a coerção envolvida e o peso administrativo limitem o seu uso. O aumento de custos para os serviços de saúde não é um fator que leve os médicos a evitar o TAC.

6.e) A melhoria clínica, a adesão ao tratamento e a redução de risco para o próprio/terceiros são fatores importantes quando o médico pondera terminar o TAC.

Os dados estudados revelam que a adesão ao tratamento, seguida da melhoria clínica e da redução do risco para o próprio/terceiros reúnem a concordância da quase totalidade dos médicos como fatores relevantes para terminar o TAC. A seguir, por ordem decrescente de concordância surgem: a melhoria das relações familiares, considerada importante por $\frac{3}{4}$ dos médicos; a preocupação em aumentar a liberdade do doente, apontada por menos de metade e a vontade do doente em ter alta em menos de $\frac{1}{4}$.

Na análise por grupos verifica-se, com diferença estatisticamente significativa, que a quase totalidade dos médicos com mais de 45 anos concorda com a importância da melhoria das relações sociais/familiares e laborais, enquanto que o aumento da liberdade do doente é um fator importante para pouco mais de $\frac{1}{4}$ dos médicos com mais de 45 anos. A liberdade do doente é importante para metade dos internos e, também com diferença estatisticamente significativa, apenas metade dos internos considera importante no término do TAC, a melhoria das relações sociais/familiares e laborais.

Estes resultados demonstram que, para além dos fatores que reúnem maior concordância, nomeadamente a adesão ao tratamento, a melhoria clínica e a diminuição do risco para o doente e terceiros, surge, no grupo dos médicos com mais de 45 anos, a melhoria das relações sociais, familiares e laborais com grande concordância e menor entre os internos. Por sua vez, os médicos com mais de 45 anos conferem menor importância ao aumento da liberdade do doente, que se apresenta como um fator mais importante para os internos de especialidade.

Mais uma vez, parece existir uma maior preocupação, entre os médicos com mais experiência, com os cuidados de reabilitação e inserção na comunidade e entre os mais jovens com a questão dos direitos à autonomia e liberdade pessoal do doente. Estas apresentam-se como questões importantes a ter em conta na abordagem destes assuntos nos profissionais de diferentes grupos etários. Ou seja, determinadas questões e problemas éticos podem ter interpretações diferentes de acordo com a idade e a experiência profissional. Estes resultados podem, também, ser tidos em conta, no caso de posteriores regulamentações na área do TAC.

Consideradas as hipóteses de investigação previamente colocadas, e apresentados os dados que confirmam ou não cada uma delas pode, finalmente, elaborar-se a tese a anunciar. Trata-se de uma tese conclusiva e representa uma finalização das conclusões que foram sendo apresentadas, nos capítulos 5 e 6, dentro de cada objetivo de investigação após a análise das respostas às questões do inquérito e finalizada no presente capítulo.

Assim, de acordo com a recolha de informação, a análise descritiva e por grupos, bem como com a sua apresentação e discussão, a resposta às hipóteses de investigação conduz ao seguinte enunciado: **Existe diferença entre a opinião dos médicos portugueses e o estipulado nos documentos internacionais e na Lei de Saúde Mental, relativamente ao internamento e tratamento compulsivos.**

10.4. Plano de Ação: Conclusões

Através do estudo dos documentos internacionais e da Lei de Saúde Mental, confirma-se a importância das recomendações relacionadas com o dever de prestar informação relativa aos direitos do doente e conhecimento da legislação disponível, mas, também que os profissionais de saúde vejam as suas necessidades de formação preenchidas, não apenas na vertente médica e técnica, mas também nos assuntos éticos. Esta última determinação conduziu à realização de uma análise dos princípios éticos implicados no IC à luz da DUBDH como forma de pontuar a atuação do médico nestas situações o que, de acordo com o estudo transversal realizado, mediante inquérito aos médicos portugueses, se mostrou ser um assunto importante para os médicos. No estudo do IC identificaram-se, ainda, necessidades no que se refere ao direito à informação ao doente.

Estas conclusões conduziram à elaboração um plano de ação, na área da informação/formação em psiquiatria e bioética, direcionado aos utentes dos serviços de saúde mental e familiares no âmbito da LSM e aos profissionais de saúde envolvidos no processo de internamento compulsivo, no âmbito da Bioética.

10.5. Enquadramento Bioético e Investigação Adicional

Os doentes com perturbação mental grave podem viver períodos em que a capacidade de tomar decisões relativamente ao seu tratamento está gravemente comprometida, podendo, ainda, colocar-se em risco a si e a terceiros, situações em que o tratamento eficaz e em tempo útil, é imperativo.

Por um lado, os psiquiatras têm a obrigação de respeitar a autonomia do doente, por outro estão obrigados a atuar com beneficência (Fistein, et al., 2009). Na aplicação destes dois princípios Robertson refere a importância de ter em conta o indivíduo cuja autonomia está alterada pela perturbação psiquiátrica, e o indivíduo que, no futuro, terá a sua autonomia restaurada (Robertson Walter, 2008). Assim, um dos assuntos éticos na abordagem da recusa ao tratamento é o da capacidade de tomar decisões, relativamente ao mesmo. Não há dúvida que é necessário atuar no melhor interesse do doente e que tal é especialmente delicado se existir incapacidade para fornecer o consentimento informado (Steinert, et al., 2005); além disso, de grande pertinência, é a forma de lidar com a intrusão na autonomia do doente, sem violar a sua integridade (Johansson, Lundman, 2002).

A OMS (2005) alerta para a importância da legislação de saúde mental, de forma a proteger os direitos das pessoas e manter um equilíbrio entre a liberdade e a dignidade, por um lado, e a necessidade de proteção da sociedade, por outro. Ou seja, é necessário ter em conta a justiça, o direito ao tratamento, a proteção dos direitos do doente e o bem-comum. De facto, a legislação é um instrumento de importância fulcral para a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e para a diminuição do estigma. A legislação portuguesa, criada na última década, de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, mantém-se atualizada, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes, na área da saúde mental e respeita, no essencial, as recomendações internacionais. Não parece, portanto, justificar-se a elaboração de uma nova lei de saúde mental, mas sim regulamentar alguns aspetos da sua aplicação (CNRSSM, 2007). A propósito deste desiderato, como refere Walter Osswald, é o próprio Plano a reconhecer que, os esforços legislativos anteriores (nomeadamente o representado pela Lei 36/98) não

foram seguidos de planeamento, financiamento e implementação das reformas propostas. A situação atual é, como aliás também é reconhecido, muito insatisfatória e lesiva dos direitos e interesses dos doentes mentais e suas famílias, nomeadamente pela distribuição assimétrica de serviços de Psiquiatria, escassez de recursos humanos e de programas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação (Osswald, 2009).

Assim, devido ao impacto na liberdade das pessoas envolvidas, o internamento e o tratamento compulsivos motivam um importante debate ético e legal. Este trabalho procura, numa área delicada e de escassa investigação, movimentar ideias, alertar, despertar e aumentar a consciência acerca da complexidade das questões envolvidas nas medidas de internamento e tratamento involuntários em saúde mental, nomeadamente nas que se relacionam com os aspetos bioéticos.

Na verdade, os assuntos estudados não se podem considerar resolvidos ou terminados. No entanto, a procura da opinião dos profissionais considera-se importante pois reflete o que se passa na prática quotidiana, fornece informações preciosas, identifica áreas de controvérsia e favorece a discussão. Além disso, tal como refere Kozumplik, a monitorização da prática da lei é necessária para levar a cabo mudanças adicionais e suplementos à mesma que possam fornecer cuidados otimizados às pessoas com doença mental (Kozumplik, Jukić, Goreta, 2003). Assim, para além das questões a desenvolver já identificadas neste trabalho, nomeadamente o alargamento do presente estudo, identificam-se três grandes áreas que se consideram relevantes e a justificar investigação, em assuntos relacionados com as medidas compulsivas em Portugal.

- Nas reflexões acerca dos tratamentos involuntários, no âmbito da proteção da autonomia e integridade do doente, a declaração de vontade antecipada é um assunto de

grande atualidade (Thornicroft, et al., 2013). Esta é geralmente descrita como contendo as condições, os tratamentos e os resultados desejados ou não pelo doente e quem este quererá ter como interlocutor. Como refere Berger, o planeamento das declarações de vontade antecipada relativas a cuidados e a documentação destas preferências é uma questão importante na clínica (Berger, 2010). Com elas se pretende que os doentes possam continuar a guiar o seu cuidado mesmo quando perdem capacidade de decisão, como uma forma de alargar a autonomia, assunto que tem vindo a ser alvo de discussão (Henderson, et al., 2008) e cujo interesse é confirmado, no presente trabalho, pela opinião colhida junto dos médicos portugueses. Neste contexto e tendo em conta a proteção da autonomia e integridade da pessoa com doença mental, considera-se que este será um assunto que deve ser desenvolvido e alvo de um estudo mais detalhado, junto dos médicos e pessoas com doença mental, acerca do seu âmbito, regulamentação e eventual aplicação na realidade nacional.

- Uma outra dimensão importante, no que se refere ao estudo de medidas compulsivas, é a do tratamento ambulatorio compulsivo. De acordo com um estudo de Brooks, o objetivo é que os doentes possam estar inseridos na comunidade, de forma mais segura, com supervisão e diminuindo o risco em que estes se colocam a si próprios ou a terceiros. O TAC funciona como uma alternativa à hospitalização, mantendo o tratamento, aumentando o tempo livre de doença (Brooks R. , 2007) e diminuindo o número de internamentos (Lera-Calatayud, et al., 2013). Mas existem estudos que são contraditórios e não confirmam a melhoria no prognóstico ou na sua eficácia em termos da adesão ao tratamento e redução das hospitalizações (Kisely, Campbell, Preston, 2011). Assim, dada a dificuldade em recolher evidência da eficácia destas medidas, é fundamental que, em

Portugal, se venha a estudar e a avaliar a forma como as medidas são utilizadas e o seu impacto no doente e no evoluir da doença, mas também identificar as necessidades a nível da aplicação desta medida. De facto, no presente estudo, detetam-se questões pertinentes relativamente à necessidade de regulamentação específica sobre o tratamento ambulatorio compulsivo que podem, se replicadas, trazer importantes mudanças na forma de enquadrar, no nosso país, nomeadamente através de instrumentos de âmbito nacional que estabeleçam critérios e procedimentos independentes do internamento compulsivo.

- Atendendo a que a experiência de estudos a nível europeu, demonstra que existem diferenças de opinião entre grupos profissionais (Steinert, et al., 2005) e de acordo com o presente trabalho, é, ainda, considerado importante que sejam realizados estudos de opinião relativamente às medidas compulsivas nos restantes grupos profissionais envolvidos no processo de IC, nomeadamente juizes, delegados de saúde, agentes de segurança e médicos de Medicina Geral e Familiar. Através da recolha de informação poder-se-ão identificar áreas de intervenção importantes para a melhoria de aspetos relacionados com o exercício da prática profissional, bem como para proteção e tratamento da pessoa com doença mental (Jepsen, Lomborg, Engberg, 2010).

A identificação das áreas acima referidas que se considera necessitarem de atenção, estudo, debate e planos de trabalho a desenvolver no futuro tem em conta o que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, ao considerar que a legislação sobre Saúde Mental deve ser encarada como um processo, com necessidade de revisões e alterações. Contudo, a OMS adverte que mudanças frequentes à lei não serão o meio mais viável sugerindo a possibilidade de introduzir regulamentações para ações que se espera poderem ser alvo de modificações frequentes. Para além de tudo isto, as restrições na

disponibilização de recursos, seguramente pedem prudência na altura de pensar em alterações a uma lei que, no seu cerne, responde à grande maioria das necessidades. No entanto, de acordo com a Rec(2004)10, é necessário que os profissionais de saúde atuem sob determinados pressupostos e regularmente revejam a sua prática, tendo estes a responsabilidade de garantir a implementação dos princípios contidos nesse documento.

É, portanto, necessário que a opinião prevalecente, enquanto expressão livre do pensamento autónomo do ser humano seja tida em conta e mereça reflexão ética. É fundamental que uma sociedade não se deixe repousar em regulamentos e leis que, apesar de muito bem elaborados podem falhar na concretização e que, as consciências não se entorpeçam, sob a ideia de ser difícil ou pouco oportuno, alterar o “estado das coisas”.

11. Referências Bibliográficas

- Acção Médica. (dezembro de 1989). Manipulação Política em Psiquiatria. *Acção Médica*, n^o4, ano LIII, 246.
- Albergaria, P. (2003). A lei de saúde mental. Coimbra: Livraria Almedina Editora.
- Albergaria, P. S. (2006). *A lei de saúde mental (lei n^o 36/98 de 24 de Julho) - Anotada*. Coimbra: Livraria Almedina Editora.
- Alem, A., Jacobsson, L., Lynoe, N., Kohn, R., Kullgren, G. (2002). Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 599–61.
- Alves, F., Ferreira da Silva, L. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do V^o Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier Saúde*. Braga.
- Andorno, R. (2005). The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law. *Journal of International Business and Law (JIBL)*, 02, 133-143.
- Arazandi, J. (2003). *Psiquiatria y ley. La psiquiatria ante la ley (normas reguladoras de la asistencia psiquiátrica)* (Vol. 1er). Madrid.
- Ata n^o 2/2013 . (fevereiro de 2013). Conselho Nacional de Saúde Mental.
- Barreto, J. (1997). Transformações Culturais no Ocidente e suas Implicações na Ética Psiquiátrica. *Hospitalidade*, Ano 61, n^o 239, 8-12.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

-
- Berger, J. (2010). What About Process? Limitations in Advance Directives, Care Planning, and Noncapacitated Decision Making. *American Journal of Bioethics*, 10(4), 33-34.
- Bloch, S., Green, S. (2009). *Psychiatric Ethics. Fourth Edition*. New York: Oxford University Press.
- Brooks, R. (2006). Psychiatrists' beliefs and wants about involuntary civil commitment grounds. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(Issue 1), 13–21.
- Brooks, R. (2007). Psychiatrists Opinions About Involuntary Civil Commitment: Results of a National Survey. *J. Am. Acad Psychiatry Law*, 35, 219-28.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J., Priebe, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 381, 1627-33.
- Callaghan, S., Ryan, C., Kerridge, I. (2013). Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness. *Int J Law Psychiatry*, 36(5-6), 374-85.
- Cardoso, C. M. (2003). Introdução - António Maria de Sena. Viagem por uma vida. In *António Maria de Sena. Os Alienados em Portugal* (pp. 25-68). Lisboa: Ulmeiro.
- Chodoff, P. (2008). The abuse of psychiatry. In S. Bloch, S. A. Green (Edits.), *Psychiatric ethics* (pp. 101,102). Oxford: University Press.
- Circular Normativa Nº: 08/DSPSM/DSPCS. (25 de maio de 2007). Direção Geral da Saúde
Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes -
retenção física.
- CNRSSM. (2007). Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Relatório – Proposta de plano de acção para a Reestruturação e*

Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. 2007-2016.

Ministério da Saúde.

Council of Europe. (1950). Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms. *European Court of Human Rights*. Strasbourg.

Council of Europe. (1983, February 22). Recommendation No. R (83) 2 Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorders Placed as Involuntary Patients. *Committee of Ministers*.

Council of Europe. (1994). Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights. Parliamentary Assembly.

Council of Europe. (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. *ETS No. 164 Explanatory Report*.

Council of Europe. (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. *IV*. Oviedo.

Council of Europe. (2000). "White Paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. *DI R/JUR*. Retrieved from <https://www.coe.int/t/>.

Council of Europe. (2004). Draft Explanatory Report to the draft Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. In *CDBI/INF(2004)5*. Strasbourg.

-
- Council of Europe. (2004). Recommendation No REC (2004) of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum.
- Cruz, J. (2012). *Que Médicos Queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino*. Coimbra: Edições Almedina.
- Daes, E.-I. A. (1986). Principles, guidelines and guarantees for the protection of persons detained on grounds of mental ill-health or suffering from mental disorders. *Special Rapporteur of the Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities*. New York: United Nations.
- Decreto nº 1/200. (3 de janeiro de 2001). Decreto do Presidente da República nº 1/200. *Diário da República I Série-A*. Portugal.
- Decreto-Lei nº 127/92. (03 de julho de 1992). *Diário da República I Série-A*.
- Decreto-Lei nº 304/2009. (22 de outubro de 2009). Conselho Nacional Saúde Mental. *Diário da República I Série, N°205*.
- Decreto-Lei nº 35/99. (5 de fevereiro de 1999). *Diário da República I Série-A, N°30*.
- Decreto-Lei nº 413/71. (27 de setembro de 1971). Ministério da Saúde e Assistência. *Diário da República I Série, N°228*.
- Desviat, M., Gonzalez, C., Gonzalez, A., Moreno, A., Perez, E., Ponte, N., Rodriguez, J., Kohn, R., Levav, I. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública, 11*, 147-156.
- Diário da República. (09 de março de 1978). ONU, Declaração Universal dos Direitos de Homem de 10 Dezembro 1948. *I Série, N° 57*, 489-493.

-
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Diseth, R., Høglend, P. (2014). Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 168-73.
- Fernandes Fonseca, A. (1982). Direitos Humanos e saúde mental. *Hospitalidade*, vol.180/181, 57-66.
- Ferreira Borges, H. (1998). Nova retórica e reconstrução dos direitos humanos. *Philosophica*, nº 12, 53-74.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psilogos, Revista do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, 3(1), 61-70.
- Ferreró, R. (1983). Ética e Saúde. Psiquiatria, ideologia e ética. *Hospitalidade*, Ano 47, nº 184, 69, 70.
- Figueiredo, E. (1977). *O Chapéu Reclame de Cigarros. Contribuição para uma psicoterapia institucional. Coleção Biblioteca das ciências do homem. Psicologia, psiquiatria, psicanálise*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fistein, E., Holland, A., Clare, I., Gunn, M. (2009). A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *Int J Law Psychiatry*, 32(3), 147–155.
- Gameiro, A. (1983). Direitos do doente mental. *Hospitalidade*, nº185, 11-23.
- Gameiro, J. (1992). *Voando Sobre a Psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.

-
- Gauer, G. (2008). Breve Histórico: Saúde Mental e Bioética. *Revista Electrónica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética*, 2(5):7.
- Gomes Canotilho, J., Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa Anotada* (4ª edição revista ed., Vol. I). Coimbra Editora.
- Gomes, C. A. (1999). Defesa da Saúde Pública vs. Liberdade Individual - Casos da vida de um médico de saúde pública. *VI Jornadas 'Novos Horizontes para a Saúde Pública'* (pp. 1-33). Guimarães: Estudos - ICJP, U. Lisboa.
- Gostin, L., Gable, L. (2004). The Human Rights of Persons With Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. *Paper 98*, 38-41. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*. Guipuzcoa: Triacastela.
- Henderson, C., Swanson, J., Szmukler, G., Thornicroft, G., Zinkler, M. (2008). A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 59, 63-71.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (2005). Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. WHO.
- Hoyer, G. (2008). Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. *Journal of Mental Health*, 17(3), 281-292.
- Hustoft, K., Larsen, T., Auestad, B., Inge, J., Johannessen, J., Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, (article in press).

-
- Husum, T., Finset, A., Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 417-422.
- Jacobsen, T. (2012). Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 307-10.
- Jarrett, M., Bowers, L., Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64 Issue 6, 538–548.
- Jepsen, B., Lomborg, K., Engberg, M. (2010). GPs and involuntary admission: a qualitative study. *Br J Gen Pract.*, 60(577), 604–606.
- Johansson, M., Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1993), 639–647.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61, 286–292.
- Kingdon, D., Jones, R., Lonnqvist, J. (2004). Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. *British Journal of Psychiatry*, 185, 277-279.
- Kisely, S., Campbell, L., Preston, N. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):3.
- Kozumplik, O., Jukić, V., Goreta, M. (2003). Involuntary hospitalizations of patients with mental disorders in Vrapce Psychiatric Hospital: five years of implementation of

-
- the first Croatian law on protection of persons with mental disorders. *Croat Med J*, 44(5), 601-5.
- Kroll, J., Orangeburg, N. (1973). A reappraisal of Psychiatry in the Middle Ages. *Arch of Gen Psychiatry*, 29, 276-283.
- Lay, B., Salize, H., Dressing, H., Rusch, N., Schonenberger, T., Buhlmann, M., Bleiker, M., Lengler, S., Korinth, L., Rossler, W. (2012). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*, 12:136, 3-10.
- Lei nº 2118. (3 de abril de 1963). *Diário do Governo. I série. N° 79*.
- Lei nº 36/98. (24 de julho de 1998). Lei de Saúde Mental. *Diário da república. I Série-A. N° 169*.
- Lei nº 48/90. (24 de agosto de 1990). *Diário da República I Série. N° 195*.
- Lera-Calatayud, G., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodríguez, C., Cañete-Nicolás, P., Asensio-Pascual, R., Calabuig-Crespo, C., Leal-Cercós, C. (2013). Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study. *International Journal of Law and Psychiatry*, (13)00123-4, S0160-2527.
- Lidz, C., Hoge, S., Gardner, W., Bennett, N., Monahan, J., Mulvey, E., Roth, L. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1034–1039.
- Link, B., Castille, D., Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science & Medicine*, 67, 409–419.

-
- Luchins, D., Cooper, A., Hanrahan, P., Rasinski, K. (2004). Psychiatrists Attitudes Toward Involuntary Hospitalization. *Psychiatric Services, Vol.55, n°9* , 1058-60.
- MI Principles. (1991, December 17). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. *75th plenary meeting, A/RES/46/119* .
- Monahan, J., Hoge, S., Lidz, C., Roth, L., Bennett, N., Gardner, W., Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry, 18(3)*, 249-63.
- Moreno, J. (2002). Gaging Ethics. In *Neuroethics Mapping the Field. Conference Proceedings* (pp. 34-35). San Francisco Califórnia.
- Munetz, M., Galon, P., Frese, F. (2003). The Ethics of Mandatory Community Treatment. *J Am Acad Psychiatry Law, 31*, 173–83.
- O'Hagan, M. (2012, January 17). Legal coercion: the elephant in the recovery room. *Scottish Recovery Network*(<http://www.scottishrecovery.net/pdf/News-Archive-2012/legal-coercion-the-elephant-in-the-recovery-room.pdf>. Acedido em 28.01.2014.).
- Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, Ø., Elvik, I., Joa, I., Larsen, T. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand, 124*, 198–204.
- Orientação nº 021/2011. (06 de junho de 2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direção-Geral da Saúde.
- Osswald, W. (2009). Uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental. *Separata da obra "Estudos de Direito da Bioética", Vol. III*. Almedina.

-
- Pan, J. (1992). Deficiência mental: horizonte ético. *Compostellanum, Seccion de ciencias eclesiásticas, XXXVII, n° 1-2*, 201-29.
- Parker, C. (2007). Developing mental health policy: a human rights perspective. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft, E. W. series (Ed.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. (p. 313). Glasgow: Mc Graw-Hill.
- Patrão Neves, M. C. (2001). Repensar a ética hipocrática: A evolução da ética médica e o surgimento da bioética. *Cadernos de Bioética, 26, n°5*, 5-20.
- Patrão Neves, M. C. (2007). Bioética e o Homem. Toxicodependências:suicídio da autonomia. In *Bioética Simples* (pp. 170-174). Lisboa: Verbo.
- Pichot, P., Werner, R. (1994). *The clinical approach in psychiatry* (Les empêcheurs de penser en rond ed.). France.
- Pinho, R. (2006). *Direitos humanos no sistema prisional português, numa perspetiva ética*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética.
- Pinto Da Costa, M., Guerra, C., Malta, R., Moura, M., Carvalho, S., Mendonça, D. (2013). Psychiatry Training Towards a Global Future:Trainees' Perspective in Portugal. *Acta Med Port, 26(4)*, 357-360.
- Pinto Machado, J. (2006). Formação Bioética nas Profissões de Saúde. Educação e Formação em Bioética. *Actas do 9º Seminário do CNEVC*, 46-50. Lisboa: CNEVC.
- Rahner, K. (2002). *Dignidad y libertad del hombre: Escritos Teológicos II*. (J. Molina, L. Ortega, A. Sanchez Pascual, E. Lator, Trads.) Madrid: Ed. Cristiandad.
- Rainey, B. (2012). Chapter 2 European convention on Human Rights. In *Human Rights Law. Concentrate* (pp. 20-37). Oxford: University Press.

-
- Rego, S. (2006). Convite à (re)leitura dos textos hipocráticos. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), 233-235.
- Renaud, M. (2008). Solicitude e Vulnerabilidade. In *Bioética e Vulnerabilidade*. Coord. Ana Sofia Carvalho. Coimbra: Almedina.
- Riecher-Rössler, A., Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 225-296.
- Roberts, C., Peay, J., Eastman, N. (2002). Mental Health Professionals Attitudes Towards Legal Compulsion: Report of a National Survey. *International Journal of Forensic Mental Health*, Vol.1 nº1, 71-82.
- Robertson, D., Walter, G. (2008). Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:3, 228-235.
- Roffe, D. R. (1995). Madness and care in the community: a medieval perspective. *British Medical Journal*, 311, 1708-1712.
- Romans, S., Dawson, J., Mullen, R., Gibbs, A. (2004). How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 836-841.
- Salize, H., Drebing, H., Peitz, M. (2002). Compulsory admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. *Research Project. Final Report, Central Institute of Mental Health*. Mannheim, Germany: European commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Sheenan, K. (2009). Compulsory treatment in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 582-586.

-
- Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Siqueira-Batista, R., Schramm, F. (2004). Platão e a medicina. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 11(3), 619-34.
- Sjöstrand, M., Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, 22(2), 113-20.
- Stagnaro, J. (2013). Acerca de algunos factores condicionantes del abordaje bioético en psiquiatria. *Rev Neuropsiquiatr*, 76 (1), 19-31.
- Stavis, P. (1995). *Civil Commitment: Past, Present, and Future. An Address by Paul F. Stavis at the National Conference of the National Alliance for the Mentally Ill, Washington*. Obtido de <http://www.treatmentadvocacycenter.org/component/content/article/360>. Acedido em 28.01.2014.
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M., Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia: a study of ethical attitudes in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(8), 635-41.
- Swanson, J., Swartz, M., Elbogen, E., Van Dorn, R., Wagner, H., Moser, L., Wilder, C., Gilbert, A. (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health*, 17(3), 255-267.
- Swartz, M., Swanson, J. (2013). Advance care directives for persons with mental illness. *BMJ Support Palliat Care*, 3:2(Plenary Session 5—Mental Health & Policy), 264.
- Szmukler, G., Appelbaum, P. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17, n° 3, 233-244.

-
- Tan, J., Doll, H., Fitzpatrick, R. S., Hope, T. (2008). Psychiatrists attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:40.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. New York: Cambridge University press.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., C., F., Barrett, B. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1634 - 1641.
- Trotto, M. R. (1991). A antipsiquiatria e Machado de Assis: “O Alienista”. *J Bras Psiq*, 40 (8), 413-417.
- Unesco. (2009). The Unesco Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Background, principles and application. *Ethics series, Henk AMJ ten Have and Michèle SJ*. Paris, France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights (UDHR). *G.A. Res. 217A(III), U.N. GAOR, 3d Sess., U.N. Doc. A/810*. France: United Nations, General Assembly.
- United Nations. (1966). International Covenant on Civil and Political Rights. *United Nations — Treaty Series, Vol. 999, No. 14668*, 171-346. General Assembly of the United Nations.
- Valenti, E., Barrios Flores, L. (2010). Mental Health and Human Rights in Forensic Psychiatry in the European Union. The Council of Europe. In R. Sadoff (Ed.),

Ethical Issues in Forensic Psychiatry: Minimizing Harm. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Van der Post, L. (2012). IBS admission as an outcome. Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission. The role of: Referral patterns, Clinical presentation, Prior psychiatric treatment, Patients' opinions and Social support. Amsterdam.

Van der Post, L., Peen, J., Visch, I., Mulder, C., Beekman, A., Dekker, J. (2013). Patient perspectives and the risk of compulsory admission: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry V. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 125-133.

Van der Post, L., Schoevers, R., Koppelmans, V., Visch, I., Bernardt, C., Mulder, N., Beekman, A., de Haan, L., Dekker, J. (2008). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 8:35.

Vidal, M. (1975). *Moral de Actitudes III. Moral Social* (Tercera ed., Vol. Tercero). Madrid: PS Editorial.

Williams, J. (2009). *Medical Ethics Manual. 2nd edition*. Ethics Unit of the World Medical Association.

World Health Organization. (1996). Ten Basic Principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation. *WHO/MNH/MND/96.9*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

-
- World Health Organization. (2003). Mental health legislation and human rights. (Mental health policy and service guidance package). Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Medical Association. (1964). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Obtido de www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/.
- World Psychiatric Association. (1977). The Declaration of Hawaii. *6th World Congress of Psychiatry*, 71-77. Honolulu: WPA.
- World Psychiatric Association. (1978). Declaration of Hawaii. *J Med Ethics*, 4(2), 71-73.
- World Psychiatric Association. (1989). WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally Ill. Athens: WPA, General Assembly.
- World Psychiatric Association. (1996). Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Madrid: WPA, General Assembly.
- Zanni, G., Stavis, P. (2007). The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment. *Am J Bioeth*, 7(11), 31-41.

Anexos

Anexo I

Inquérito – Internamento e Tratamento Compulsivos

Internamento e Tratamento Ambulatorio Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental. Inquérito aos Psiquiatras Portugueses.

Caro colega, o Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa está a desenvolver um trabalho de investigação na área do internamento e tratamento ambulatorio compulsivos.

Mental de 1998. Assim, a sua participação neste estudo muito contribuirá para conhecer e, no futuro, poder melhorar o cuidado aos doentes.

Neste contexto formula-se o convite para participar neste inquérito que investiga as atitudes e a opinião dos profissionais acerca de aspectos relacionados com as medidas compulsivas na área da Saúde Mental em Portugal.

A participação é voluntária, completamente anónima e toda a informação será tratada com rigorosa confidencialidade.

O responsável pelo estudo assegurará a custódia dos dados, que serão anónimos e não identificados. Por normas de estrita ética e confidencialidade, ficará obrigado a manter a integridade dos dados. A análise e publicação dos resultados serão feitas exclusivamente de forma agregada e nenhum material que possa identificar os participantes será utilizado para divulgação de resultados ou publicação.

Estimamos que o preenchimento do questionário tomará 10 a 15 minutos do seu tempo

Solicita-se que as respostas escolhidas sejam assinaladas, no inquérito, com um Muito Obrigada.

Dr^a Sónia Azenha (Investigador Principal), Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. Médica, especialista em Psiquiatria e Saúde Mental a exercer funções no Hospital de Braga. email: ssd.azinha@gmail.com.

A. Recolha de dados sócio-demográficos do inquirido:

		25	35	45	
	<	a	a	a	>
	25	35	45	55	55
Idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M	F
Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interno de especialidade

Área em que exerce a sua actividade profissional

Norte	<input type="checkbox"/>
Centro	<input type="checkbox"/>
Sul	<input type="checkbox"/>
Ilhas	<input type="checkbox"/>

INQUÉRITO DE OPINIÃO - INTERNAMENTO COMPULSIVO

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

1	2	3	4	5	NR
Pouco Importante				Muito Importante	Não respondeu

Na sua prática, na presença de anomalia psíquica grave, qual a importância dos seguintes factores, na decisão de internar compulsivamente?

	1	2	3	4	5	NR
Ausência de discernimento/capacidade para consentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de crítica para a situação de doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteger a saúde/integridade física do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar deterioração acentuada da saúde do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defender a integridade física do doente ou de terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existência de bens patrimoniais em risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A família solicita o internamento compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

1	2	3	4	5	NR
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não respondeu

Se existe anomalia psíquica grave, o internamento compulsivo (IC)

Deve ser usado apenas se houver propósito terapêutico 1 2 3 4 5 NR

Se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado nos casos em que a pessoa recusa tratamento e

Não está capaz de tomar decisões 1 2 3 4 5 NR
Capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros 1 2 3 4 5 NR

O propósito terapêutico no IC, deve incluir atitudes de

Prevenção 1 2 3 4 5 NR
Diagnóstico 1 2 3 4 5 NR
Controlo/cura 1 2 3 4 5 NR
Reabilitação 1 2 3 4 5 NR

Na presença de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado se não houver propósito terapêutico mas existir

Risco de lesão para o próprio/terceiros 1 2 3 4 5 NR

O IC deve poder ser accionado para determinar se existe

Anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros 1 2 3 4 5 NR

Deveriam constar na lei ou noutro instrumento de âmbito nacional

Os diagnósticos abrangidos no internamento compulsivo (IC) 1 2 3 4 5 NR
Os diagnósticos/condições que não são suficientes para IC 1 2 3 4 5 NR

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente	NR Não respondeu
A avaliação clínico-psiquiátrica deveria incluir a aplicação de						
Escalas de determinação (quantificação) do risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A protecção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais; a prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física deveriam						
Ser temas de formação contínua entre os profissionais de saúde envolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relativamente às medidas terapêuticas						
Deveria existir distinção entre internamento compulsivo (IC) e tratamento compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deveria ter em conta o consentimento informado do doente para o tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento contra vontade é justificado, independentemente da capacidade de de consentir, se						
A perturbação representa um risco significativo para si/terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É esperado que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se, por força do estado de doença, a pessoa não tem capacidade para consentir, o médico deve (ainda que não seja situação de emergência)						
Optar pelo tratamento que lhe parece ser o melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É adequado que o médico decida, sem consentimento, o uso de						
Antipsicóticos injectáveis de longa duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fármacos para tratamento de comorbidade somática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electroconvulsivoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicocirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A aplicação de medidas coercivas (contenção física e isolamento)						
Deve ser alvo de procedimento de registo específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados e tratamento						
Deveria ser um instrumento disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha opinião, a Lei de Saúde Mental (LSM)						
É usada de forma apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É usada com demasiada frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O procedimento de urgência é usado em exagero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A propósito da sessão conjunta						
A presença do médico assistente prejudica a relação médico-doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os esclarecimentos ao tribunal deveriam ser fornecidos fora do seu âmbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante o IC, a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal						
É prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

	1	2	3	4	5	NR
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não respondeu

Relativamente à Comissão de Acompanhamento:
- Na minha opinião, o exercício das suas competências

	1	2	3	4	5	NR
Ajudava na minha prática clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhorava a assistência e protecção aos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria

	1	2	3	4	5	NR
Importante para a protecção dos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas aos profissionais, de acordo com as regras de confidencialidade e protecção de dados pessoais, seria

	1	2	3	4	5	NR
Útil na minha prática clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRATAMENTO AMBULATORIO COMPULSIVO

No Tratamento Ambulatório Compulsivo e se usado apropriadamente

	1	2	3	4	5	NR
Os benefícios sobrepõem-se ao impacto coercivo no doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na prática clínica, evito o uso do Tratamento Ambulatório Compulsivo devido

	1	2	3	4	5	NR
À coerção envolvida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao peso administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao aumento dos custos para os serviços de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique a importância de cada um dos seguintes factores, quando está a ponderar terminar o Tratamento Ambulatório Compulsivo

	1	2	3	4	5	NR
Vontade do doente em ter alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentar a liberdade do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhoria clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adesão ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhoria das relações sociais/familiares/laborais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redução do risco para o próprio/terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A eficácia do Tratamento Ambulatório Compulsivo é diminuída devido

	1	2	3	4	5	NR
Dificuldade em promover a adesão à medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de substâncias pelos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Lei de Saúde Mental não prevê, explicitamente, que o tratamento compulsivo tenha lugar na comunidade sem hospitalização inicial.
Na sua opinião, o Tratamento Ambulatório Compulsivo deve

	1	2	3	4	5	NR
Poder ocorrer sem internamento prévio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merecer regulamentação própria (como modalidade de tratamento e não apenas como alternativa ao internamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter pressupostos diferentes do internamento (por ex. prevenção e controlo de recorrências psicóticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VINHETAS CLÍNICAS

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

1	2	3	4	5	NR
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não respondeu

A., 53 anos, seguida e a fazer tratamento em ambulatório, com o diagnóstico de Alcoolismo Crónico há cerca de 15 anos. Relutante em manter abstinência, ela entende que caso continue a beber pode colocar a sua saúde e vida em risco, bem como a do seu filho de 11 anos. Ela não aceita internamento. Os familiares não conseguem ajudá-la em casa e querem que seja internada.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança da doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É apropriada a desintoxicação forçada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Alcoolismo é uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N., 35 anos, seguido em ambulatório, com o diagnóstico de Perturbação da Personalidade. Apresenta alterações do comportamento, agressões à esposa e ameaças de morte a um conjunto de pessoas com que se incompatibilizou. Aceita medicação, embora nem toda a que lhe é prescrita. Apresenta labilidade emocional e refere dificuldade no controlo de impulsos, não apresenta alteração do humor ou sintomatologia psicótica. Os familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Perturbação da Personalidade é uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J., de 28 anos, seguido de forma irregular em ambulatório, com o diagnóstico de Perturbação por Dependência de Opiáceos. Está relutante em manter abstinência. Entende que caso continue a consumir pode colocar a sua saúde e integridade física própria e de terceiros em risco. Apesar do tratamento psicológico e de substituição com Metadona, continua a consumir com as consequências associadas, nomeadamente comportamentos heteroagressivos e de delinquência (furtos). Não aceita o internamento. Os seus pais já não conseguem cuidar dele em casa e querem que seja internado.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É apropriada a desintoxicação forçada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A toxicod dependência é uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VINHETAS CLÍNICAS

Por favor, assinale o seu nível de concordância com as seguintes afirmações, numa escala:

1	2	3	4	5	NR
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não respondeu

M., 25 anos, seguida e a fazer tratamento em ambulatório, com o diagnóstico de Anorexia Nervosa. Entende que caso continue a perder peso pode colocar a sua saúde e vida em risco. Apesar do tratamento psicológico e aconselhamento dietético, continua a perder peso. A situação é grave mas ainda não ameaçadora da vida. Ela não aceita a recomendação de internamento. Os pais acham que já não conseguem cuidar dela em casa e querem que seja internada.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança da doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É apropriada a alimentação forçada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Anorexia Nervosa é uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P., 38 anos, seguido em ambulatório, com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Apresenta ideação suicida activa, com plano de concretização estruturado. Tem antecedentes de tentativa de suicídio prévia por arma de fogo. Aceita a medicação, mas mantém humor deprimido. Não apresenta evidência de sintomatologia deliróide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida activa. Não aceita o internamento. Vive só, recusa-se a ir para casa de familiares. Os familiares sentem que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É apropriado o tratamento forçado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Depressão Major é uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M., 42 anos, sem história de seguimento por psiquiatria. Apresenta ideação suicida activa, com plano de concretização. Não apresenta evidência consistente de perturbação depressiva mas é patente marcada labilidade emocional e dificuldade no planeamento de tarefas. Não se detecta sintomatologia deliróide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida activa. Não aceita o internamento. Os familiares sentem que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	1	2	3	4	5	NR
A recusa ao tratamento deve ser respeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança da doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A competência para recusar tratamento está comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É apropriado o tratamento forçado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação descrita configura uma anomalia psíquica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II

Internamento e Tratamento Compulsivos:

Comparação entre Género

Tabela 1 – O Propósito Terapêutico e o IC - Gênero

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
O IC deve ser usado	n	%	n	%	
Apenas se houver propósito terapêutico					0,417
Discordo	13	(26%)	8	(17%)	
Não concordo nem discordo	6	(12%)	9	(19%)	
Concordo	31	(62%)	31	(65%)	
O propósito terapêutico no IC, deve incluir atitudes de					
Prevenção					0,835
Discordo	9	(18%)	10	(21%)	
Não concordo nem discordo	7	(14%)	5	(10%)	
Concordo	34	(68%)	33	(69%)	
Diagnóstico					0,746
Discordo	9	(18%)	7	(15%)	
Não concordo nem discordo	11	(22%)	9	(19%)	
Concordo	29	(59%)	32	(67%)	
Controlo/Cura					0,026
Discordo	1	(2%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	5	(10%)	0	(0%)	
Concordo	42	(88%)	48	(100%)	
Reabilitação					0,233
Discordo	14	(28%)	8	(17%)	
Não concordo nem discordo	14	(28%)	11	(23%)	
Concordo	22	(44%)	29	(60%)	
Na presença de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado se não houver propósito terapêutico, mas existir					
Risco de lesão para o próprio/terceiros					0,282
Discordo	9	(19%)	4	(8%)	
Não concordo nem discordo	8	(17%)	11	(23%)	
Concordo	30	(64%)	33	(69%)	
O IC deve poder ser acionado para determinar se existe					
Anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros					0,454
Discordo	18	(37%)	22	(46%)	
Não concordo nem discordo	13	(27%)	8	(17%)	
Concordo	18	(37%)	18	(38%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 2 – Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e o IC – Género

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Na sua prática, na presença de anomalia psíquica, qual a importância dos seguintes fatores, na decisão de internar compulsivamente					
Ausência de discernimento/capacidade para consentir					0,730
1- Pouco Importante	4	(8%)	3	(6%)	
3- -	6	(12%)	4	(8%)	
5- Muito importante	39	(80%)	42	(86%)	
Ausência de crítica para a situação da doença					0,096
1- Pouco Importante	4	(8%)	0	(0%)	
3- -	4	(8%)	7	(14%)	
5- Muito importante	40	(83%)	42	(86%)	
Proteger a saúde/integridade física do doente					>0,999
1- Pouco Importante	0	(0%)	0	(0%)	
3- -	2	(4%)	2	(4%)	
5- Muito importante	47	(96%)	47	(96%)	
Evitar deterioração acentuada da saúde do doente					0,219
1- Pouco Importante	3	(6%)	1	(2%)	
3- -	12	(24%)	6	(12%)	
5- Muito importante	35	(70%)	41	(85%)	
Defender a integridade física do doente ou terceiros					0,179
1- Pouco Importante	1	(2%)	0	(0%)	
3- -	3	(6%)	0	(0%)	
5- Muito importante	46	(92%)	49	(100%)	
Existência de bens patrimoniais em risco					0,473
1- Pouco Importante	6	(13%)	4	(8%)	
3- -	7	(15%)	12	(25%)	
5- Muito importante	34	(72%)	32	(67%)	
A família solicita o internamento compulsivo					0,748
1- Pouco Importante	35	(71%)	30	(64%)	
3- -	11	(22%)	13	(28%)	
5- Muito importante	3	(6%)	4	(9%)	
Se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado em caso em que a pessoa recusa o tratamento					
Não está capaz de tomar decisões					0,711
Discordo	6	(12%)	3	(6%)	
Não concordo nem discordo	3	(6%)	4	(9%)	
Concordo	41	(82%)	40	(85%)	
Capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros					0,309
Discordo	8	(16%)	4	(8%)	
Não concordo nem discordo	7	(14%)	4	(8%)	
Concordo	35	(70%)	40	(83%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 3 – Direito à informação e o IC – Gênero

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
A propósito da sessão conjunta	n	%	n	%	
A presença do médico prejudica a relação médico-doente					0,645
Discordo	18	(37%)	13	(28%)	
Não concordo nem discordo	10	(20%)	10	(21%)	
Concordo	21	(43%)	24	(51%)	
Os esclarecimentos ao tribunal deveriam ser fornecidos fora do seu âmbito					0,568
Discordo	8	(16%)	8	(18%)	
Não concordo nem discordo	9	(18%)	12	(27%)	
Concordo	32	(65%)	25	(56%)	
Durante o IC, a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal					
É prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa					0,143
Discordo	21	(43%)	12	(25%)	
Não concordo nem discordo	12	(24%)	12	(25%)	
Concordo	16	(33%)	24	(50%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4 a)– Direito a recusar tratamento e IC – Género

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
Relativamente às medidas terapêuticas	n	%	n	%	
Deveria existir distinção entre IC e tratamento compulsivo					0,043
Discordo	5	(10%)	1	(2%)	
Não concordo nem discordo	2	(4%)	8	(17%)	
Concordo	41	(85%)	37	(80%)	
O IC deveria ter em conta o consentimento informado do doente para o tratamento					0,896
Discordo	21	(44%)	23	(48%)	
Não concordo nem discordo	10	(21%)	8	(17%)	
Concordo	17	(35%)	17	(35%)	
O tratamento contra vontade é justificado, independentemente da capacidade de consentir, se					
A perturbação representa um risco significativo para si/terceiros					>0,999
Discordo	8	(16%)	7	(14%)	
Não concordo nem discordo	5	(10%)	6	(12%)	
Concordo	37	(74%)	36	(73%)	
É esperado que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico					0,031
Discordo	16	(33%)	16	(33%)	
Não concordo nem discordo	6	(12%)	16	(33%)	
Concordo	27	(55%)	17	(35%)	
É esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento					>0,999
Discordo	29	(62%)	29	(60%)	
Não concordo nem discordo	10	(21%)	10	(21%)	
Concordo	8	(17%)	9	(19%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4 b) – Direito a Recusar Tratamento e IC - Gênero

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
Se, por força do estado da doença, a pessoa não tem capacidade para consentir	n	%	n	%	
O médico deve optar pelo tratamento que lhe parecer melhor					0,133
Discordo	6	(12%)	2	(4%)	
Não concordo nem discordo	6	(12%)	2	(4%)	
Concordo	38	(76%)	45	(92%)	
É adequado que o médico decida, sem consentimento, o uso de:					
Antipsicóticos injetáveis de longa duração					0,799
Discordo	14	(30%)	12	(26%)	
Não concordo nem discordo	5	(11%)	7	(15%)	
Concordo	28	(60%)	28	(60%)	
Fármacos para tratamento de comorbidades somáticas					0,923
Discordo	17	(37%)	16	(35%)	
Não concordo nem discordo	7	(15%)	9	(20%)	
Concordo	22	(48%)	21	(46%)	
Electroconvulsivoterapia					0,909
Discordo	26	(57%)	25	(54%)	
Não concordo nem discordo	5	(11%)	4	(9%)	
Concordo	15	(33%)	17	(37%)	
Psicocirurgia					0,630
Discordo	42	(91%)	40	(85%)	
Não concordo nem discordo	4	(9%)	6	(13%)	
Concordo	0	(0%)	1	(2%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5a) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC – Género

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
Deveriam constar na lei ou noutro instrumento de âmbito nacional	n	%	n	%	
Os diagnósticos abrangidos no IC					0,169
Discordo	24	(49%)	15	(31%)	
Não concordo nem discordo	5	(10%)	8	(16%)	
Concordo	20	(41%)	26	(53%)	
Os diagnósticos/condições que não são suficientes para IC					0,531
Discordo	19	(39%)	14	(29%)	
Não concordo nem discordo	8	(16%)	8	(16%)	
Concordo	22	(45%)	27	(55%)	
A avaliação clínico-psiquiátrica deveria incluir a aplicação de					
Escalas de determinação (quantificação) do risco					0,012
Discordo	29	(58%)	14	(29%)	
Não concordo nem discordo	9	(18%)	17	(35%)	
Concordo	12	(24%)	18	(37%)	
A proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais.					
A prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física					
Deveriam ser temas de formação continua entre os profissionais de saúde					>0,999
Discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	4	(8%)	3	(6%)	
Concordo	46	(92%)	46	(94%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5b) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC – Género

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A aplicação de medidas coercivas deve ser alvo de registo específico					0,756
Discordo	3	(6%)	1	(2%)	
Não concordo nem discordo	2	(4%)	3	(6%)	
Concordo	45	(90%)	44	(92%)	
A declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível					0,293
Discordo	8	(17%)	3	(7%)	
Não concordo nem discordo	10	(21%)	11	(24%)	
Concordo	29	(62%)	32	(70%)	
Na minha opinião, a Lei da Saúde Mental:					
É usada de forma apropriada					0,534
Discordo	12	(24%)	9	(20%)	
Não concordo nem discordo	16	(33%)	12	(26%)	
Concordo	21	(43%)	25	(54%)	
É usada com demasiada frequência					0,521
Discordo	15	(30%)	11	(23%)	
Não concordo nem discordo	12	(24%)	16	(34%)	
Concordo	23	(46%)	20	(43%)	
O procedimento de urgência é usado em exagero					0,879
Discordo	14	(28%)	12	(27%)	
Não concordo nem discordo	8	(16%)	9	(20%)	
Concordo	28	(56%)	24	(53%)	
Na minha opinião, o exercício das competências comissão de acompanhamento					
Ajudava na minha prática clínica					0,067
Discordo	10	(22%)	4	(9%)	
Não concordo nem discordo	12	(27%)	21	(48%)	
Concordo	23	(51%)	19	(43%)	
Melhorava a assistência e proteção aos doentes					0,079
Discordo	5	(11%)	2	(5%)	
Não concordo nem discordo	10	(22%)	19	(43%)	
Concordo	30	(67%)	23	(52%)	
A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Importante para a proteção dos doentes					0,311
Discordo	8	(17%)	4	(8%)	
Não concordo nem discordo	14	(30%)	12	(25%)	
Concordo	25	(53%)	32	(67%)	
A divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Útil na minha prática clínica					0,113
Discordo	5	(10%)	6	(12%)	
Não concordo nem discordo	5	(10%)	12	(25%)	
Concordo	40	(80%)	30	(62%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 6a) – Tratamento Ambulatorio Compulsivo – Género

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
No tratamento ambulatorio compulsivo e se usado apropriadamente					
Os beneficios sobrepõem-se ao impacto coercivo no doente					0,710
Discordo	3	(6%)	1	(2%)	
Não concordo nem discordo	4	(8%)	3	(6%)	
Concordo	41	(85%)	43	(91%)	
A eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo é diminuída devido:					
Dificuldade em promover a adesão à medicação					0,060
Não concordo nem discordo	16	(33%)	6	(12%)	
Concordo	5	(10%)	6	(12%)	
Concordo totalmente	28	(57%)	36	(75%)	
Abuso de substâncias pelos doentes					0,220
Discordo	9	(18%)	3	(6%)	
Não concordo nem discordo	8	(16%)	9	(19%)	
Concordo	33	(66%)	35	(74%)	
Falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal					0,311
Discordo	12	(24%)	10	(21%)	
Não concordo nem discordo	9	(18%)	15	(31%)	
Concordo	29	(58%)	23	(48%)	
Inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social					0,869
Discordo	1	(2%)	1	(2%)	
Não concordo nem discordo	6	(12%)	4	(9%)	
Concordo	43	(86%)	42	(89%)	
A lei de Saúde Mental não prevê, explicitamente, que o tratamento compulsivo tenha lugar na comunidade sem internamento hospitalar. Na sua opinião, o tratamento ambulatorio compulsivo deve					
Poder ocorrer sem internamento prévio					0,554
Discordo	2	(4%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	2	(4%)	2	(4%)	
Concordo	45	(92%)	45	(96%)	
Merece regulamentação própria					0,093
Discordo	5	(10%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	4	(8%)	4	(9%)	
Concordo	40	(82%)	43	(91%)	
Ter pressupostos diferentes do internamento					0,162
Discordo	7	(14%)	2	(4%)	
Não concordo nem discordo	3	(6%)	6	(13%)	
Concordo	39	(80%)	39	(83%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 6b) – Tratamento Ambulatorio Compulsivo - Género

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
Na prática clínica, evito o uso do Tratamento Ambulatorio Compulsivo devido	n	%	n	%	
À coerção envolvida					0,543
Discordo	31	(66%)	25	(57%)	
Não concordo nem discordo	7	(15%)	6	(14%)	
Concordo	9	(19%)	13	(30%)	
Ao peso administrativo					0,820
Discordo	30	(64%)	31	(69%)	
Não concordo nem discordo	6	(13%)	6	(13%)	
Concordo	11	(23%)	8	(18%)	
Ao aumento dos custos para os serviços de saúde					0,314
Discordo	39	(81%)	31	(69%)	
Não concordo nem discordo	7	(15%)	13	(29%)	
Concordo	2	(4%)	1	(2%)	
Indique a importância de cada um dos seguintes fatores, quando pondera terminar o tratamento ambulatorio compulsivo					
Vontade do doentes ter alta					0,412
Discordo	25	(52%)	25	(53%)	
Não concordo nem discordo	11	(23%)	15	(32%)	
Concordo	12	(25%)	7	(15%)	
Aumentar a liberdade do doente					0,752
Discordo	18	(38%)	16	(35%)	
Não concordo nem discordo	10	(21%)	13	(28%)	
Concordo	20	(42%)	17	(37%)	
Melhoria Clínica					0,823
Discordo	1	(2%)	1	(2%)	
Não concordo nem discordo	1	(2%)	2	(4%)	
Concordo	47	(96%)	44	(94%)	
Adesão ao tratamento					>0,999
Discordo	1	(2%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Concordo	48	(98%)	47	(100%)	
Melhoria das relações sociais/familiares/laborais					0,173
Discordo	6	(12%)	2	(4%)	
Não concordo nem discordo	6	(12%)	11	(23%)	
Concordo	37	(76%)	34	(72%)	
Redução do risco para o próprio/terceiros					0,143
Discordo	4	(8%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	1	(2%)	2	(4%)	
Concordo	44	(90%)	45	(96%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 7 – Vinheta Clínica: Alcoolismo Crônico – Gênero

A., 53 anos, seguida e a fazer tratamento em ambulatório, com diagnóstico de alcoolismo crônico há cerca de 15 anos. Relutante em manter abstinência, ela entende que caso continue a beber pode colocar a sua saúde e a vida em risco, como a do seu filho de 11 anos. Ela não aceita internamento. Os familiares não conseguem ajudá-la em casa e querem que seja internada

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,755
Discordo	6	(24%)	4	(14%)	
Não concordo nem discordo	3	(12%)	3	(11%)	
Concordo	16	(64%)	21	(75%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,686
Discordo	16	(64%)	16	(57%)	
Não concordo nem discordo	3	(12%)	6	(21%)	
Concordo	6	(24%)	6	(21%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,525
Discordo	15	(60%)	14	(50%)	
Não concordo nem discordo	5	(20%)	4	(14%)	
Concordo	5	(20%)	10	(36%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,724
Discordo	16	(67%)	16	(57%)	
Não concordo nem discordo	4	(17%)	4	(14%)	
Concordo	4	(17%)	8	(29%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,673
Discordo	17	(68%)	21	(78%)	
Não concordo nem discordo	4	(16%)	4	(15%)	
Concordo	4	(16%)	2	(7%)	
O alcoolismo é uma anomalia psíquica grave					0,485
Discordo	10	(40%)	9	(32%)	
Não concordo nem discordo	5	(20%)	10	(36%)	
Concordo	10	(40%)	9	(32%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 8 – Vinheta Clínica: Perturbação Dependência de Opiáceos – Gênero

J., 28 anos, seguido irregularmente em ambulatório com o diagnóstico de perturbação por dependência de opiáceos. Está relutante em manter abstinência. Entende que caso continue a consumir pode colocar a sua saúde e integridade física própria e de terceiros em risco. Apesar de tratamento psicológico e de substituição com Metadona, continua a consumir com as consequências associadas, nomeadamente comportamentos heteroagressivos e de delinquência (furtos). Não aceita tratamento. Os seus pais já não conseguem cuidar dele em casa e querem que seja internado

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,248
Discordo	4	(16%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	5	(18%)	
Concordo	19	(76%)	22	(79%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,715
Discordo	17	(68%)	18	(64%)	
Não concordo nem discordo	4	(16%)	3	(11%)	
Concordo	4	(16%)	7	(25%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,917
Discordo	17	(68%)	18	(64%)	
Não concordo nem discordo	3	(12%)	3	(11%)	
Concordo	5	(20%)	7	(25%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,904
Discordo	18	(72%)	21	(75%)	
Não concordo nem discordo	4	(16%)	5	(18%)	
Concordo	3	(12%)	2	(7%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,595
Discordo	19	(76%)	24	(86%)	
Não concordo nem discordo	3	(12%)	3	(11%)	
Concordo	3	(12%)	1	(4%)	
A toxic dependência é uma anomalia psíquica grave					0,075
Discordo	13	(52%)	12	(41%)	
Não concordo nem discordo	5	(20%)	14	(48%)	
Concordo	7	(28%)	3	(10%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 9 – Vinheta Clínica: Perturbação da Personalidade – Género

N., 35 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de perturbação da personalidade. Apresenta alterações do comportamento, agressões à esposa e ameaças de morte a um conjunto de pessoas que se incompatibilizou. Aceita medicação, embora nem toda a que lhe é prescrita. Apresenta labilidade emocional e refere dificuldades no controlo de impulsos, não apresenta alterações do humor ou sintomatologia psicótica. Os familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,912
Discordo	7	(28%)	6	(21%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	3	(10%)	
Concordo	16	(64%)	20	(69%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,917
Discordo	15	(60%)	18	(64%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	3	(11%)	
Concordo	8	(32%)	7	(25%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,906
Discordo	15	(60%)	18	(64%)	
Não concordo nem discordo	1	(4%)	2	(7%)	
Concordo	9	(36%)	8	(29%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,825
Discordo	16	(67%)	22	(76%)	
Não concordo nem discordo	3	(13%)	3	(10%)	
Concordo	5	(21%)	4	(14%)	
A perturbação da personalidade é uma anomalia psíquica grave					0,472
Discordo	8	(33%)	13	(45%)	
Não concordo nem discordo	6	(25%)	9	(31%)	
Concordo	10	(42%)	7	(24%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 10 – Vinheta Clínica: Anorexia Nervosa – Género

M., 25 anos, seguida e a fazer tratamento ambulatorio, com diagnóstico de anorexia nervosa. Entende que caso continue a perder peso pode colocar a sua saúde e vida em risco. Apesar do tratamento psicológico e aconselhamento dietético, continua a perder peso. A situação é grave mas ainda não ameaçadora da vida. Ela não aceita a recomendação de internamento. Os pais acham que já não conseguem cuidar dela em casa e querem que seja internada.

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,192
Discordo	6	(23%)	8	(30%)	
Não concordo nem discordo	0	(0%)	3	(11%)	
Concordo	20	(77%)	16	(59%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,242
Discordo	17	(65%)	13	(48%)	
Não concordo nem discordo	4	(15%)	3	(11%)	
Concordo	5	(19%)	11	(41%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,258
Discordo	10	(40%)	16	(59%)	
Não concordo nem discordo	8	(32%)	4	(15%)	
Concordo	7	(28%)	7	(26%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					>0,999
Discordo	19	(79%)	21	(78%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	3	(11%)	
Concordo	3	(12%)	3	(11%)	
A Anorexia Nervosa é uma anomalia psíquica grave					0,612
Discordo	0	(0%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	6	(23%)	4	(15%)	
Concordo	20	(77%)	22	(81%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 11 – Vinheta Clínica: Perturbação Depressiva Major – Género

P., 38 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de perturbação depressiva major. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização estruturado. Tem antecedentes de tentativa de suicídio prévia por arma de fogo. Aceita a medicação, mas mantém humor deprimido. Não apresenta evidência de sintomatologia deliróide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Vice só, recusa-se ir para casa de familiares. Os familiares sentam que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,527
Discordo	15	(60%)	16	(59%)	
Não concordo nem discordo	3	(12%)	1	(4%)	
Concordo	7	(28%)	10	(37%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,834
Discordo	5	(20%)	6	(22%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	4	(15%)	
Concordo	18	(72%)	17	(63%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,870
Discordo	5	(20%)	7	(26%)	
Não concordo nem discordo	6	(24%)	5	(19%)	
Concordo	14	(56%)	15	(56%)	
É apropriado o tratamento forçado					0,767
Discordo	6	(25%)	9	(33%)	
Não concordo nem discordo	2	(8%)	3	(11%)	
Concordo	16	(67%)	15	(56%)	
A Depressão Major é uma anomalia psíquica grave					0,755
Discordo					
Não concordo nem discordo	7	(28%)	6	(23%)	
Concordo	18	(72%)	20	(77%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 12 – Vinheta Clínica: Ideação suicida- Género

M., 42 anos, sem história de seguimento por psiquiatria. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização. Não apresenta evidência consistente de perturbação depressiva mas é patente marcada labilidade emocional e dificuldade no planeamento de tarefas. Não se deteta sintomatologia deliroide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Os familiares sentem que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Sexo				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,876
Discordo	9	(36%)	8	(30%)	
Não concordo nem discordo	4	(16%)	6	(22%)	
Concordo	12	(48%)	13	(48%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,634
Discordo	11	(44%)	9	(33%)	
Não concordo nem discordo	4	(16%)	7	(26%)	
Concordo	10	(40%)	11	(41%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,569
Discordo	8	(33%)	11	(41%)	
Não concordo nem discordo	6	(25%)	9	(33%)	
Concordo	10	(42%)	7	(26%)	
É apropriado o tratamento forçado					0,937
Discordo	11	(46%)	11	(41%)	
Não concordo nem discordo	5	(21%)	7	(26%)	
Concordo	8	(33%)	9	(33%)	
A situação descrita configura uma anomalia psíquica grave					0,177
Discordo	3	(12%)	9	(35%)	
Não concordo nem discordo	12	(48%)	10	(38%)	
Concordo	10	(40%)	7	(27%)	

1- Teste qui quadrado

Anexo III

Internamento e Tratamento Compulsivos:

Comparação entre Grupo Etário - <45 anos/≥45 anos

Tabela 1 – O Propósito Terapêutico e o IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
O IC deve ser usado	n	%	n	%	
Apenas se houver propósito terapêutico					0,455
Discordo	15	(24%)	6	(17%)	
Não concordo nem discordo	11	(17%)	4	(11%)	
Concordo	37	(59%)	25	(71%)	
O propósito terapêutico no IC, deve incluir atitudes de					
Prevenção					0,643
Discordo	14	(22%)	5	(15%)	
Não concordo nem discordo	7	(11%)	5	(15%)	
Concordo	43	(67%)	24	(71%)	
Diagnóstico					0,121
Discordo	7	(11%)	9	(27%)	
Não concordo nem discordo	14	(22%)	6	(18%)	
Concordo	43	(67%)	18	(55%)	
Controlo/Cura					0,741
Discordo	1	(2%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	3	(5%)	2	(6%)	
Concordo	60	(94%)	30	(94%)	
Reabilitação					0,264
Discordo	15	(23%)	7	(21%)	
Não concordo nem discordo	13	(20%)	12	(35%)	
Concordo	36	(56%)	15	(44%)	
Na presença de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado se não houver propósito terapêutico, mas existir					
Risco de lesão para o próprio/terceiros					0,243
Discordo	11	(18%)	2	(6%)	
Não concordo nem discordo	11	(18%)	8	(24%)	
Concordo	39	(64%)	24	(71%)	
O IC deve poder ser acionado para determinar se existe					
Anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros					0,509
Discordo	24	(38%)	16	(47%)	
Não concordo nem discordo	13	(21%)	8	(24%)	
Concordo	26	(41%)	10	(29%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 2 – Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e o IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
Na sua prática, na presença de anomalia psíquica, qual a importância dos seguintes fatores, na decisão de internar compulsivamente					
Ausência de discernimento/capacidade para consentir					0,139
1- Pouco Importante	2	(3%)	5	(14%)	
3- -	7	(11%)	3	(9%)	
5- Muito importante	54	(86%)	27	(77%)	
Ausência de crítica para a situação da doença					0,185
1- Pouco Importante	1	(2%)	3	(9%)	
3- -	6	(10%)	5	(15%)	
5- Muito importante	56	(89%)	26	(76%)	
Proteger a saúde/integrada física do doente					0,295
1- Pouco Importante	0	(0%)	0	(0%)	
3- -	4	(6%)	0	(0%)	
5- Muito importante	60	(94%)	34	(100%)	
Evitar deterioração acentuada da saúde do doente					0,711
1- Pouco Importante	3	(5%)	1	(3%)	
3- -	13	(20%)	5	(15%)	
5- Muito importante	48	(75%)	28	(82%)	
Defender a integridade física do doente ou terceiros					0,391
1- Pouco Importante	1	(2%)	0	(0%)	
3- -	3	(5%)	0	(0%)	
5- Muito importante	60	(94%)	35	(100%)	
Existência de bens patrimoniais em risco					0,840
1- Pouco Importante	7	(11%)	3	(9%)	
3- -	13	(21%)	6	(18%)	
5- Muito importante	41	(67%)	25	(74%)	
A família solicita o internamento compulsivo					0,3986
1- Pouco Importante	43	(68%)	22	(67%)	
3- -	17	(27%)	7	(21%)	
5- Muito importante	3	(5%)	4	(12%)	
Se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado nos casos em que a pessoa recusa o tratamento:					
Não está capaz de tomar decisões					0,222
Discordo	8	(13%)	1	(3%)	
Não concordo nem discordo	5	(8%)	2	(6%)	
Concordo	49	(79%)	32	(91%)	
Capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros					0,820
Discordo	7	(11%)	5	(15%)	
Não concordo nem discordo	8	(12%)	3	(9%)	
Concordo	49	(77%)	26	(76%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 3 – Direito à informação e o IC - Idade

Direito à informação e o IC	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A presença do médico prejudica a relação médico-doente					0,359
Discordo	17	(28%)	14	(40%)	
Não concordo nem discordo	15	(25%)	5	(14%)	
Concordo	29	(48%)	16	(46%)	
Os esclarecimentos ao tribunal deveriam ser fornecidos fora do seu âmbito					0,144
Discordo	10	(17%)	6	(17%)	
Não concordo nem discordo	17	(29%)	4	(11%)	
Concordo	32	(54%)	25	(71%)	
Durante o IC, a informação relativa aos direitos do internado e acesso a defensor legal					
É prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa					0,120
Discordo	25	(40%)	8	(23%)	
Não concordo nem discordo	16	(26%)	8	(23%)	
Concordo	21	(34%)	19	(54%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4a) – Direito a recusar tratamento e IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
Relativamente às medidas terapêuticas	n	%	n	%	
Deveria existir distinção entre IC e tratamento compulsivo					0,054
Discordo	4	(6%)	2	(6%)	
Não concordo nem discordo	10	(16%)	0	(0%)	
Concordo	49	(78%)	29	(94%)	
O IC deveria ter em conta o consentimento informado do doente para o tratamento					0,141
Discordo	31	(49%)	13	(39%)	
Não concordo nem discordo	14	(22%)	4	(12%)	
Concordo	18	(29%)	16	(48%)	
O tratamento contra vontade é justificado, independentemente da capacidade de consentir, se:					
A perturbação representa um risco significativo para si/terceiros					0,275
Discordo	11	(17%)	4	(11%)	
Não concordo nem discordo	9	(14%)	2	(6%)	
Concordo	44	(69%)	29	(83%)	
É esperado que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico					0,025
Discordo	21	(33%)	11	(31%)	
Não concordo nem discordo	19	(30%)	3	(9%)	
Concordo	23	(37%)	21	(60%)	
É esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento					0,162
Discordo	42	(67%)	16	(50%)	
Não concordo nem discordo	13	(21%)	7	(22%)	
Concordo	8	(13%)	9	(28%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4b) – Direito a recusar tratamento e IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
Se, por força do estado de doença, a pessoa não tem capacidade para consentir n	%	n	%		
O médico deve optar pelo tratamento que lhe parecer melhor					0,584
Discordo	4	(6%)	4	(11%)	
Não concordo nem discordo	6	(9%)	2	(6%)	
Concordo	54	(84%)	29	(83%)	
É adequado que o médico decida, sem consentimento, o uso de					
Antipsicóticos injetáveis de longa duração					0,702
Discordo	18	(29%)	8	(25%)	
Não concordo nem discordo	9	(15%)	3	(9%)	
Concordo	35	(56%)	21	(66%)	
Fármacos para tratamento de comorbilidades somáticas					0,350
Discordo	20	(33%)	13	(41%)	
Não concordo nem discordo	13	(22%)	3	(9%)	
Concordo	27	(45%)	16	(50%)	
Electroconvulsivoterapia					0,851
Discordo	34	(57%)	17	(53%)	
Não concordo nem discordo	5	(8%)	4	(12%)	
Concordo	21	(35%)	11	(34%)	
Psicocirurgia					0,826
Discordo	54	(89%)	28	(88%)	
Não concordo nem discordo	6	(10%)	4	(12%)	
Concordo	1	(2%)	0	(0%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5a) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
Deveriam constar na lei ou noutro instrumento de âmbito nacional					
Os diagnósticos abrangidos no IC					0,072
Discordo	21	(33%)	18	(51%)	
Não concordo nem discordo	7	(11%)	6	(17%)	
Concordo	35	(56%)	11	(31%)	
Os diagnóstico/condições que não são suficientes para IC					0,012
Discordo	15	(24%)	18	(51%)	
Não concordo nem discordo	10	(16%)	6	(17%)	
Concordo	38	(60%)	11	(31%)	
A avaliação clínico-psiquiátrica deveria incluir a aplicação de					
Escalas de determinação (quantificação) do risco					0,489
Discordo	26	(41%)	17	(49%)	
Não concordo nem discordo	16	(25%)	10	(29%)	
Concordo	22	(34%)	8	(23%)	
A proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais					
A prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física					
Deveriam ser temas de formação contínua entre os profissionais de saúde					0,211
Discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	3	(5%)	4	(11%)	
Concordo	61	(95%)	31	(89%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5b) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A aplicação de medidas coercivas deve ser alvo de registo específico					0,532
Discordo	3	(5%)	1	(3%)	
Não concordo nem discordo	2	(3%)	3	(9%)	
Concordo	59	(92%)	30	(88%)	
A declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível					0,447
Discordo	5	(9%)	6	(17%)	
Não concordo nem discordo	13	(22%)	8	(23%)	
Concordo	40	(69%)	21	(60%)	
Na minha opinião, a Lei da Saúde Mental					
É usada de forma apropriada					0,960
Discordo	14	(23%)	7	(21%)	
Não concordo nem discordo	18	(30%)	10	(29%)	
Concordo	29	(48%)	17	(50%)	
É usada com demasiada frequência					0,420
Discordo	19	(30%)	7	(21%)	
Não concordo nem discordo	19	(30%)	9	(26%)	
Concordo	25	(40%)	18	(53%)	
O procedimento de urgência é usado em exagero					0,701
Discordo	18	(29%)	8	(24%)	
Não concordo nem discordo	12	(19%)	5	(15%)	
Concordo	32	(52%)	20	(61%)	
Na minha opinião, o exercício das competências da comissão de acompanhamento					
Ajudava na minha prática clínica					
Discordo	8	(15%)	6	(18%)	
Não concordo nem discordo	24	(44%)	9	(26%)	
Concordo	23	(42%)	19	(56%)	
Melhorava a assistência e proteção aos doentes					0,742
Discordo	5	(9%)	2	(6%)	
Não concordo nem discordo	19	(35%)	10	(29%)	
Concordo	31	(56%)	22	(65%)	
A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Importante para a proteção dos doentes					
Discordo					
Não concordo nem discordo	19	(31%)	7	(21%)	
Concordo	36	(59%)	21	(62%)	
A divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Útil na minha prática clínica					0,772
Discordo					
Não concordo nem discordo	11	(17%)	6	(17%)	
Concordo	46	(73%)	24	(69%)	

1- 9Teste qui quadrado

Tabela 6a) – Tratamento ambulatorio compulsivo - Idade

	Idade				P
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
No tratamento ambulatorio compulsivo e se usado apropriadamente					
Os beneficios sobrepõem-se ao impacto coercivo no doente					0,151
Discordo	4	(7%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	6	(10%)	1	(3%)	
Concordo	50	(83%)	34	(97%)	
A eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo é diminuída devido					
Dificuldade em promover a adesão à medicação					0,674
Não concordo nem discordo	15	(24%)	7	(20%)	
Concordo	8	(13%)	3	(9%)	
Concordo totalmente	39	(63%)	25	(71%)	
Abuso de substâncias pelos doentes					0,677
Discordo	9	(15%)	3	(9%)	
Não concordo nem discordo	11	(18%)	6	(17%)	
Concordo	42	(68%)	26	(74%)	
Falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal					0,346
Discordo	12	(19%)	10	(29%)	
Não concordo nem discordo	18	(29%)	6	(17%)	
Concordo	33	(52%)	19	(54%)	
Inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social					>0,999
Discordo	1	(2%)	1	(3%)	
Não concordo nem discordo	6	(10%)	4	(11%)	
Concordo	55	(89%)	30	(86%)	
A lei de Saúde Mental não prevê, explicitamente, que o tratamento compulsivo tenha lugar na comunidade sem internamento hospitalar. Na sua opinião, o tratamento ambulatorio compulsivo deve					
Poder ocorrer sem internamento prévio					0,087
Discordo	0	(0%)	2	(6%)	
Não concordo nem discordo	2	(3%)	2	(6%)	
Concordo	60	(97%)	30	(88%)	
Merece regulamentação própria					0,008
Discordo	0	(0%)	5	(15%)	
Não concordo nem discordo	5	(8%)	3	(9%)	
Concordo	57	(92%)	26	(76%)	
Ter pressupostos diferentes do internamento					0,615
Discordo	5	(8%)	4	(12%)	
Não concordo nem discordo	7	(11%)	2	(6%)	
Concordo	50	(81%)	28	(82%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 6b) - Tratamento ambulatorio compulsivo - Idade

	Idade				p
	<45		≥45		
Na prática clínica, evito o uso do Tratamento Ambulatorio Compulsivo devido	n	%	n	%	
Á coerção envolvida					0,844
Discordo	34	(60%)	22	(65%)	
Não concordo nem discordo	9	(16%)	4	(12%)	
Concordo	14	(25%)	8	(24%)	
Ao peso administrativo					0,261
Discordo	39	(68%)	22	(63%)	
Não concordo nem discordo	9	(16%)	3	(9%)	
Concordo	9	(16%)	10	(29%)	
Ao aumento dos custos para os serviços de saúde					0,686
Discordo	44	(76%)	26	(74%)	
Não concordo nem discordo	13	(22%)	7	(20%)	
Concordo	1	(2%)	2	(6%)	
Indique a importância de cada um dos seguintes fatores, quando está a ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo					
Vontade do doentes ter alta					0,233
Discordo	29	(48%)	21	(60%)	
Não concordo nem discordo	20	(33%)	6	(17%)	
Concordo	11	(18%)	8	(23%)	
Aumentar a liberdade do doente					0,007
Discordo	15	(25%)	19	(56%)	
Não concordo nem discordo	19	(32%)	4	(12%)	
Concordo	26	(43%)	11	(32%)	
Melhoria Clínica					0,611
Discordo	1	(2%)	1	(3%)	
Não concordo nem discordo	1	(2%)	2	(6%)	
Concordo	59	(97%)	32	(91%)	
Adesão ao tratamento					0,365
Discordo	0	(0%)	1	(3%)	
Não concordo nem discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Concordo	61	(100%)	34	(97%)	
Melhoria das relações sociais/familiares/laborais					0,008
Discordo	6	(10%)	2	(6%)	
Não concordo nem discordo	16	(26%)	1	(3%)	
Concordo	39	(64%)	32	(91%)	
Redução do risco para o próprio/terceiros					0,005
Discordo	0	(0%)	4	(11%)	
Não concordo nem discordo	3	(5%)	0	(0%)	
Concordo	58	(95%)	31	(89%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 7 - Vinheta Clínica: Alcoolismo Crônico – Idade

A., 53 anos, seguida e a fazer tratamento em ambulatório, com diagnóstico de Alcoolismo Crônico há cerca de 15 anos. Relutante em manter abstinência, ela entende que caso continue a beber pode colocar a sua saúde e a vida em risco, como a do seu filho de 11 anos. Ela não aceita internamento. Os familiares não conseguem ajudá-la em casa e querem que seja internada

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,385
Discordo	5	(14%)	5	(28%)	
Não concordo nem discordo	5	(14%)	1	(6%)	
Concordo	25	(71%)	12	(67%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,283
Discordo	20	(57%)	12	(67%)	
Não concordo nem discordo	8	(23%)	1	(6%)	
Concordo	7	(20%)	5	(28%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,670
Discordo	19	(54%)	10	(56%)	
Não concordo nem discordo	7	(20%)	2	(11%)	
Concordo	9	(26%)	6	(33%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,776
Discordo	21	(62%)	11	(61%)	
Não concordo nem discordo	6	(18%)	2	(11%)	
Concordo	7	(21%)	5	(28%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,710
Discordo	26	(74%)	12	(71%)	
Não concordo nem discordo	6	(17%)	2	(12%)	
Concordo	3	(9%)	3	(18%)	
O alcoolismo é uma anomalia psíquica grave					0,780
Discordo	12	(34%)	7	(39%)	
Não concordo nem discordo	11	(31%)	4	(22%)	
Concordo	12	(34%)	7	(39%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 8 - Vinheta Clínica Perturbação Dependência de Opiáceos – Idade

J., de 28 anos, seguido de forma irregular em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação por dependência de opiáceos. Esta relutante em manter abstinência. Entende que caso continue a consumir pode colocar a sua saúde e integridade física própria e de terceiros em risco. Apesar de tratamento psicológico e de substituição com Metadona, continua a consumir com as consequências associadas, nomeadamente comportamentos heteroagressivos e de delinquência (furtos). Não aceita tratamento. Os seus pais já não conseguem cuidar dele em casa e querem que seja internado.

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,600
Discordo	2	(6%)	3	(16%)	
Não concordo nem discordo	5	(15%)	2	(11%)	
Concordo	27	(79%)	14	(74%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					>0,999
Discordo	23	(66%)	12	(67%)	
Não concordo nem discordo	5	(14%)	2	(11%)	
Concordo	7	(20%)	4	(22%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					>0,999
Discordo	23	(66%)	12	(67%)	
Não concordo nem discordo	4	(11%)	2	(11%)	
Concordo	8	(23%)	4	(22%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					>0,999
Discordo	25	(74%)	14	(74%)	
Não concordo nem discordo	6	(18%)	3	(16%)	
Concordo	3	(9%)	2	(11%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,555
Discordo	28	(80%)	15	(83%)	
Não concordo nem discordo	5	(14%)	1	(6%)	
Concordo	2	(6%)	2	(11%)	
A toxicodependência é uma anomalia psíquica grave					0,110
Discordo	16	(46%)	9	(47%)	
Não concordo nem discordo	15	(43%)	4	(21%)	
Concordo	4	(11%)	6	(32%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 9 - Vinheta Clínica: Perturbação da Personalidade - Idade

N., 35 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação da Personalidade. Apresenta alterações do comportamento, agressões à esposa e ameaças de morte a um conjunto de pessoas que se incompatibilizou. Aceita medicação, embora nem toda a que lhe é prescrita. Apresenta labilidade emocional e refere dificuldades no controlo de impulsos, não apresenta alterações do humor ou sintomatologia psicótica. Os familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Idade				P
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,069
Discordo	5	(14%)	8	(42%)	
Não concordo nem discordo	4	(11%)	1	(5%)	
Concordo	26	(74%)	10	(53%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,017
Discordo	24	(69%)	9	(50%)	
Não concordo nem discordo	5	(14%)	0	(0%)	
Concordo	6	(17%)	9	(50%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,023
Discordo	25	(71%)	8	(44%)	
Não concordo nem discordo	3	(9%)	0	(0%)	
Concordo	7	(20%)	10	(56%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,126
Discordo	27	(79%)	11	(58%)	
Não concordo nem discordo	4	(12%)	2	(11%)	
Concordo	3	(9%)	6	(32%)	
A perturbação da personalidade é uma anomalia psíquica grave					0,011
Discordo	16	(47%)	5	(26%)	
Não concordo nem discordo	12	(35%)	3	(16%)	
Concordo	6	(18%)	11	(58%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 10 - Vinheta Clínica: Anorexia Nervosa - Idade

M., 25 anos, seguida e a fazer tratamento ambulatorio, com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Entende que caso continue a perder peso pode colocar a sua saúde e vida em risco. Apesar do tratamento psicológico e aconselhamento dietético, continua a perder peso. A situação é grave mas ainda não ameaçadora da vida. Ela não aceita a recomendação de internamento. Os pais acham que já não conseguem cuidar dela em casa e querem que seja internada.

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,333
Discordo	7	(24%)	7	(29%)	
Não concordo nem discordo	3	(10%)	0	(0%)	
Concordo	19	(66%)	17	(71%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,925
Discordo	17	(59%)	13	(54%)	
Não concordo nem discordo	4	(14%)	3	(12%)	
Concordo	8	(28%)	8	(33%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,579
Discordo	16	(55%)	10	(43%)	
Não concordo nem discordo	7	(24%)	5	(22%)	
Concordo	6	(21%)	8	(35%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,611
Discordo	22	(81%)	18	(75%)	
Não concordo nem discordo	3	(11%)	2	(8%)	
Concordo	2	(7%)	4	(17%)	
A anorexia Nervosa é uma anomalia psíquica grave					0,086
Discordo	1	(3%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	8	(28%)	2	(8%)	
Concordo	20	(69%)	22	(92%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 11 – Vinheta Clínica: Perturbação Depressiva Major – Idade

P., 38 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização estruturado. Tem antecedentes de tentativa de suicídio prévia por arma de fogo. Aceita a medicação, mas mantém humor deprimido. Não apresenta evidência de sintomatologia deliróide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Vice só, recusa-se ir para casa de familiares. Os familiares sentam que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,754
Discordo	16	(55%)	15	(65%)	
Não concordo nem discordo	2	(7%)	2	(9%)	
Concordo	11	(38%)	6	(26%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,177
Discordo	9	(31%)	2	(9%)	
Não concordo nem discordo	3	(10%)	3	(13%)	
Concordo	17	(59%)	18	(78%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,032
Discordo	6	(21%)	6	(26%)	
Não concordo nem discordo	10	(34%)	1	(4%)	
Concordo	13	(45%)	16	(70%)	
É apropriado o tratamento forçado					0,647
Discordo	10	(34%)	5	(23%)	
Não concordo nem discordo	3	(10%)	2	(9%)	
Concordo	16	(55%)	15	(68%)	
A Depressão Major é uma anomalia psíquica grave					0,025
Discordo					
Não concordo nem discordo	11	(38%)	2	(9%)	
Concordo	18	(62%)	20	(91%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 12 - Vinheta Clínica: Ideação Suicida – Idade

M., 42 anos, sem história de seguimento por psiquiatria. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização. Não apresenta evidência consistente de perturbação depressiva mas é patente marcada labilidade emocional e dificuldade no planeamento de tarefas. Não se deteta sintomatologia deliroide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Os familiares sentem que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Idade				p
	<45		≥45		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,005
Discordo	4	(14%)	13	(57%)	
Não concordo nem discordo	7	(24%)	3	(13%)	
Concordo	18	(62%)	7	(30%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,025
Discordo	15	(52%)	5	(22%)	
Não concordo nem discordo	7	(24%)	4	(17%)	
Concordo	7	(24%)	14	(61%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,011
Discordo	10	(34%)	9	(41%)	
Não concordo nem discordo	13	(45%)	2	(9%)	
Concordo	6	(21%)	11	(50%)	
É apropriada o tratamento forçado					0,262
Discordo	14	(48%)	8	(36%)	
Não concordo nem discordo	8	(28%)	4	(18%)	
Concordo	7	(24%)	10	(45%)	
A situação descrita configura uma anomalia psíquica grave					0,002
Discordo	10	(34%)	2	(9%)	
Não concordo nem discordo	15	(52%)	7	(32%)	
Concordo	4	(14%)	13	(59%)	

1- Teste qui quadrado

Anexo IV

Internamento e Tratamento Compulsivos:

Comparação entre Especialista/Interno de Especialidade

Tabela 1 – O Propósito Terapêutico e o IC - Especialista/Interno

	Internato				P ¹
	Não		Sim		
O IC deve ser usado	n	%	n	%	
Apenas se houver propósito terapêutico					0,004
Discordo	12	(16%)	9	(39%)	
Não concordo nem discordo	9	(12%)	6	(26%)	
Concordo	54	(72%)	8	(35%)	
O propósito terapêutico no IC, deve incluir atitudes de					
Prevenção					0,875
Discordo	14	(19%)	5	(21%)	
Não concordo nem discordo	10	(14%)	2	(8%)	
Concordo	50	(68%)	17	(71%)	
Diagnóstico					0,078
Discordo	15	(21%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	12	(16%)	8	(33%)	
Concordo	46	(63%)	15	(62%)	
Controlo/Cura					0,325
Discordo	0	(0%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	4	(6%)	1	(4%)	
Concordo	68	(94%)	22	(92%)	
Reabilitação					0,074
Discordo	16	(22%)	6	(25%)	
Não concordo nem discordo	23	(31%)	2	(8%)	
Concordo	35	(47%)	16	(67%)	
Na presença de anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado se não houver propósito terapêutico, mas existir					
Risco de lesão para o próprio/terceiros					0,062
Discordo	8	(11%)	5	(21%)	
Não concordo nem discordo	18	(25%)	1	(4%)	
Concordo	45	(63%)	18	(75%)	
O IC deve poder ser acionado para determinar se existe:					
Anomalia psíquica grave que represente risco para a sua saúde/terceiros					0,445
Discordo	28	(38%)	12	(50%)	
Não concordo nem discordo	18	(25%)	3	(12%)	
Concordo	27	(37%)	9	(38%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 2 – Risco vs Perda de Competência para Tomar Decisões e o IC - Especialista/Interno

	Internato				P
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Na presença de anomalia psíquica, qual a importância dos seguintes fatores, na decisão de internar compulsivamente					
Ausência de discernimento/capacidade para consentir					0,300
1- Pouco Importante	7	(9%)	0	(0%)	
3- -	7	(9%)	3	(12%)	
5- Muito importante	60	(81%)	21	(88%)	
Ausência de crítica para a situação da doença					0,691
1- Pouco Importante	4	(5%)	0	(0%)	
3- -	8	(11%)	3	(12%)	
5- Muito importante	61	(84%)	21	(88%)	
Proteger a saúde/integridade física do doente					>0,999
1- Pouco Importante	0	(0%)	0	(0%)	
3- -	3	(4%)	1	(4%)	
5- Muito importante	71	(96%)	23	(96%)	
Evitar deterioração acentuada da saúde do doente					0,429
1- Pouco Importante	2	(3%)	2	(8%)	
3- -	15	(20%)	3	(12%)	
5- Muito importante	57	(77%)	19	(79%)	
Defender a integridade física do doente ou terceiros					0,354
1- Pouco Importante	1	(1%)	0	(0%)	
3- -	1	(1%)	2	(8%)	
5- Muito importante	73	(97%)	22	(92%)	
Existência de bens patrimoniais em risco					0,133
1- Pouco Importante	7	(10%)	3	(12%)	
3- -	11	(15%)	8	(33%)	
5- Muito importante	53	(75%)	13	(54%)	
A família solicita o internamento compulsivo					0,741
1- Pouco Importante	49	(68%)	16	(67%)	
3- -	17	(24%)	7	(29%)	
5- Muito importante	6	(8%)	1	(4%)	
Se existe anomalia psíquica grave, o IC deve ser usado nos casos em que a pessoa recusa o tratamento e:					
Não está capaz de tomar decisões					0,722
Discordo	6	(8%)	3	(12%)	
Não concordo nem discordo	6	(8%)	1	(4%)	
Concordo	61	(84%)	20	(83%)	
Capaz ou não de tomar decisões coloca em risco a sua saúde/de terceiros					0,849
Discordo	10	(14%)	2	(8%)	
Não concordo nem discordo	8	(11%)	3	(12%)	
Concordo	56	(76%)	19	(79%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 3 – Direito à informação e o IC - Especialista/Interno

	Internato				P
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A presença do médico prejudica a relação médico-doente					0,428
Discordo	24	(33%)	7	(30%)	
Não concordo nem discordo	13	(18%)	7	(30%)	
Concordo	36	(49%)	9	(39%)	
Os esclarecimentos ao tribunal deveriam ser fornecidos fora do seu âmbito					0,138
Discordo	15	(21%)	1	(5%)	
Não concordo nem discordo	14	(19%)	7	(32%)	
Concordo	43	(60%)	14	(64%)	
É prestada de forma adequada ao estado de doença da pessoa					0,101
Discordo	26	(35%)	7	(32%)	
Não concordo nem discordo	15	(20%)	9	(41%)	
Concordo	34	(45%)	6	(27%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4a) – Direito a recusar tratamento e IC - Especialista/Interno

	Internato				P
	Não		Sim		
Relativamente às medidas terapêuticas	n	%	n	%	
Deveria existir distinção entre IC e tratamento compulsivo					0,357
Discordo	6	(8%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	8	(11%)	2	(9%)	
Concordo	57	(80%)	21	(91%)	
O IC deveria ter em conta o consentimento informado do doente para o tratamento					0,678
Discordo	35	(49%)	9	(38%)	
Não concordo nem discordo	13	(18%)	5	(21%)	
Concordo	24	(33%)	10	(42%)	
O tratamento contra vontade é justificado, independentemente da capacidade de consentir, se:					
A perturbação representa um risco significativo para si/terceiros					0,934
Discordo	12	(16%)	3	(12%)	
Não concordo nem discordo	8	(11%)	3	(12%)	
Concordo	55	(73%)	18	(75%)	
É esperado que a pessoa recupere e tenha um melhor prognóstico					0,181
Discordo	24	(32%)	8	(35%)	
Não concordo nem discordo	14	(19%)	8	(35%)	
Concordo	37	(49%)	7	(30%)	
É esperado que a pessoa venha a sentir-se feliz por ter sido forçada ao tratamento					0,129
Discordo	41	(58%)	17	(71%)	
Não concordo nem discordo	14	(20%)	6	(25%)	
Concordo	16	(23%)	1	(4%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 4b) – Direito a recusar tratamento e IC - Especialista/Interno

	Internato				p
	Não		Sim		
Se, pelo estado de doença, a pessoa não tem capacidade para consentir	n	%	n	%	
O médico deve optar pelo tratamento que lhe parecer melhor					0,894
Discordo	7	(9%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	6	(8%)	2	(8%)	
Concordo	62	(83%)	21	(88%)	
É adequado que o médico decida, sem consentimento, o uso de					
Antipsicóticos injetáveis de longa duração					0,841
Discordo	18	(26%)	8	(33%)	
Não concordo nem discordo	9	(13%)	3	(12%)	
Concordo	43	(61%)	13	(54%)	
Fármacos para tratamento de comorbidades somáticas					0,859
Discordo	24	(35%)	9	(38%)	
Não concordo nem discordo	11	(16%)	5	(21%)	
Concordo	33	(49%)	10	(42%)	
Electroconvulsivoterapia					0,773
Discordo	38	(55%)	13	(57%)	
Não concordo nem discordo	6	(9%)	3	(13%)	
Concordo	25	(36%)	7	(30%)	
Psicocirurgia					>0,999
Discordo	62	(89%)	20	(87%)	
Não concordo nem discordo	7	(10%)	3	(13%)	
Concordo	1	(1%)	0	(0%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5a) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC - Especialista/Interno

	Internato				P
	Não		Sim		
Deveriam constar na lei ou noutro instrumento de âmbito nacional	n	%	n	%	
Os diagnósticos abrangidos no IC					0,465
Discordo	32	(43%)	7	(29%)	
Não concordo nem discordo	9	(12%)	4	(17%)	
Concordo	33	(45%)	13	(54%)	
Os diagnósticos/condições que não são suficientes para IC					0,092
Discordo	28	(38%)	5	(21%)	
Não concordo nem discordo	9	(12%)	7	(29%)	
Concordo	37	(50%)	12	(50%)	
A avaliação clínico-psiquiátrica deveria incluir a aplicação de					
Escalas de determinação (quantificação) do risco					0,486
Discordo	35	(47%)	8	(33%)	
Não concordo nem discordo	18	(24%)	8	(33%)	
Concordo	22	(29%)	8	(33%)	
A proteção da dignidade, direitos humanos e liberdade fundamentais.					
A prevenção e controlo da violência e uso de isolamento/contenção física deveriam:					
Ser temas de formação continua entre os profissionais de saúde envolvidos					0,190
Discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	7	(9%)	0	(0%)	
Concordo	68	(91%)	24	(100%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 5b) – Organização e Monitorização de Procedimentos e IC - Especialista/Interno

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A aplicação de medidas coercivas deve ser alvo de registo específico					>0,999
Discordo	3	(4%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	4	(5%)	1	(4%)	
Concordo	67	(91%)	22	(92%)	
A declaração de vontade antecipada relativamente a cuidados de tratamento deveria ser um instrumento disponível					0,411
Discordo	10	(14%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	16	(23%)	5	(22%)	
Concordo	44	(63%)	17	(74%)	
Na minha opinião, a Lei da Saúde Mental					
É usada de forma apropriada					0,794
Discordo	16	(23%)	5	(21%)	
Não concordo nem discordo	22	(31%)	6	(25%)	
Concordo	33	(46%)	13	(54%)	
É usada com demasiada frequência					0,171
Discordo	19	(26%)	7	(29%)	
Não concordo nem discordo	18	(25%)	10	(42%)	
Concordo	36	(49%)	7	(29%)	
O procedimento de urgência é usado em exagero					0,494
Discordo	19	(27%)	7	(29%)	
Não concordo nem discordo	11	(15%)	6	(25%)	
Concordo	41	(58%)	11	(46%)	
Na minha opinião, o exercício das competências da comissão de acompanhamento					
Ajudava na minha prática clínica					0,538
Discordo	11	(16%)	3	(16%)	
Não concordo nem discordo	24	(34%)	9	(47%)	
Concordo	35	(50%)	7	(37%)	
Melhorava a assistência e proteção aos doentes					0,215
Discordo	5	(7%)	2	(11%)	
Não concordo nem discordo	20	(29%)	9	(47%)	
Concordo	45	(64%)	8	(42%)	
A existência de uma base de dados relativa às medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Importante para a proteção dos doentes					0,395
Discordo	10	(14%)	2	(8%)	
Não concordo nem discordo	17	(24%)	9	(38%)	
Concordo	44	(62%)	13	(54%)	
A divulgação de dados estatísticos das medidas compulsivas e o acesso à mesma por entidades com legítimos interesses seria					
Útil na minha prática clínica					0,933
Discordo	9	(12%)	2	(8%)	
Não concordo nem discordo	13	(18%)	4	(17%)	
Concordo	52	(70%)	18	(75%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 6a) – Tratamento ambulatorio compulsivo - Especialista/Interno

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
No tratamento ambulatorio compulsivo e se usado apropriadamente					
Os beneficios sobrepõem-se ao impacto coercivo no doente					0,006
Discordo	1	(1%)	3	(13%)	
Não concordo nem discordo	3	(4%)	4	(17%)	
Concordo	68	(94%)	16	(70%)	
A eficácia do tratamento ambulatorio compulsivo é diminuída devido					
Dificuldade em promover a adesão à medicação					0,847
Não concordo nem discordo	16	(22%)	6	(25%)	
Concordo	9	(12%)	2	(8%)	
Concordo totalmente	48	(66%)	16	(67%)	
Abuso de substâncias pelos doentes					0,407
Discordo	8	(11%)	4	(17%)	
Não concordo nem discordo	11	(15%)	6	(25%)	
Concordo	54	(74%)	14	(58%)	
Falta de articulação entre a instituição de saúde e o tribunal					0,079
Discordo	18	(24%)	4	(17%)	
Não concordo nem discordo	14	(19%)	10	(42%)	
Concordo	42	(57%)	10	(42%)	
inexistência de oportunidades de reabilitação psico-social					0,090
Discordo	1	(1%)	1	(4%)	
Não concordo nem discordo	5	(7%)	5	(21%)	
Concordo	67	(92%)	18	(75%)	
A lei de Saúde Mental não prevê, explicitamente, que o tratamento compulsivo tenha lugar na comunidade sem internamento hospitalar. Na sua opinião, o tratamento ambulatorio compulsivo deve					
Poder ocorrer sem internamento prévio					>0,999
Discordo	2	(3%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	3	(4%)	1	(4%)	
Concordo	67	(93%)	23	(96%)	
Merece regulamentação própria					0,457
Discordo	5	(7%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	6	(8%)	2	(8%)	
Concordo	61	(85%)	22	(92%)	
Ter pressupostos diferentes do internamento					0,029
Discordo	9	(12%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	9	(12%)	0	(0%)	
Concordo	54	(75%)	24	(100%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 6b) – Tratamento ambulatorio compulsivo – Especialista/Interno

	Internato				p
	Não		Sim		
Na prática clínica, evito o uso do Tratamento Ambulatorio Compulsivo devido	n	%	n	%	
Á coerção envolvida					0,289
Discordo	46	(65%)	10	(50%)	
Não concordo nem discordo	8	(11%)	5	(25%)	
Concordo	17	(24%)	5	(25%)	
Ao peso administrativo					0,112
Discordo	48	(67%)	13	(65%)	
Não concordo nem discordo	7	(10%)	5	(25%)	
Concordo	17	(24%)	2	(10%)	
Ao aumento dos custos para os serviços de saúde					0,471
Discordo	55	(76%)	15	(71%)	
Não concordo nem discordo	14	(19%)	6	(29%)	
Concordo	3	(4%)	0	(0%)	
Indique a importância de cada um dos seguintes fatores, quando está a ponderar terminar o tratamento ambulatorio compulsivo					
Vontade do doentes ter alta					0,668
Discordo	38	(52%)	12	(55%)	
Não concordo nem discordo	19	(26%)	7	(32%)	
Concordo	16	(22%)	3	(14%)	
Aumentar a liberdade do doente					0,308
Discordo	29	(40%)	5	(23%)	
Não concordo nem discordo	17	(24%)	6	(27%)	
Concordo	26	(36%)	11	(50%)	
Melhoria Clínica					0,341
Discordo	1	(1%)	1	(5%)	
Não concordo nem discordo	3	(4%)	0	(0%)	
Concordo	70	(95%)	21	(95%)	
Adesão ao tratamento					>0,999
Discordo	1	(1%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	0	(0%)	0	(0%)	
Concordo	73	(99%)	22	(100%)	
Melhoria das relações sociais/familiares/laborais					0,012
Discordo	4	(5%)	4	(18%)	
Não concordo nem discordo	10	(14%)	7	(32%)	
Concordo	60	(81%)	11	(50%)	
Redução do risco para o próprio/terceiros					0,112
Discordo	4	(5%)	0	(0%)	
Não concordo nem discordo	1	(1%)	2	(9%)	
Concordo	69	(93%)	20	(91%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 7 - Vinheta Clínica: Alcoolismo Crônico – Especialista/Interno

A., 53 anos, seguida e a fazer tratamento em ambulatório, com diagnóstico de Alcoolismo Crônico há cerca de 15 anos. Relutante em manter abstinência, ela entende que caso continue a beber pode colocar a sua saúde e a vida em risco, como a do seu filho de 11 anos. Ela não aceita internamento. Os familiares não conseguem ajudá-la em casa e querem que seja internada.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,493
Discordo	9	(23%)	1	(7%)	
Não concordo nem discordo	4	(10%)	2	(14%)	
Concordo	26	(67%)	11	(79%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,034
Discordo	22	(56%)	10	(71%)	
Não concordo nem discordo	5	(13%)	4	(29%)	
Concordo	12	(31%)	0	(0%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,338
Discordo	19	(49%)	10	(71%)	
Não concordo nem discordo	7	(18%)	2	(14%)	
Concordo	13	(33%)	2	(14%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,219
Discordo	21	(55%)	11	(79%)	
Não concordo nem discordo	6	(16%)	2	(14%)	
Concordo	11	(29%)	1	(7%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,154
Discordo	25	(66%)	13	(93%)	
Não concordo nem discordo	7	(18%)	1	(7%)	
Concordo	6	(16%)	0	(0%)	
O alcoolismo é uma anomalia psíquica grave					0,722
Discordo	14	(36%)	5	(36%)	
Não concordo nem discordo	10	(26%)	5	(36%)	
Concordo	15	(38%)	4	(29%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 8 - Vinheta Clínica: Perturbação Dependência de Opiáceos – Especialista/Interno

J., de 28 anos, seguido de forma irregular em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação por dependência de opiáceos. Está relutante em manter abstinência. Entende que caso continue a consumir pode colocar a sua saúde e integridade física própria e de terceiros em risco. Apesar de tratamento psicológico e de substituição com Metadona, continua a consumir com as consequências associadas, nomeadamente comportamentos heteroagressivos e de delinquência (furtos). Não aceita tratamento. Os seus pais já não conseguem cuidar dele em casa e querem que seja internado.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,557
Discordo	4	(10%)	1	(7%)	
Não concordo nem discordo	4	(10%)	3	(21%)	
Concordo	31	(79%)	10	(71%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,810
Discordo	25	(64%)	10	(71%)	
Não concordo nem discordo	6	(15%)	1	(7%)	
Concordo	8	(21%)	3	(21%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,802
Discordo	26	(67%)	9	(64%)	
Não concordo nem discordo	5	(13%)	1	(7%)	
Concordo	8	(21%)	4	(29%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,521
Discordo	28	(72%)	11	(79%)	
Não concordo nem discordo	8	(21%)	1	(7%)	
Concordo	3	(8%)	2	(14%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,856
Discordo	31	(79%)	12	(86%)	
Não concordo nem discordo	5	(13%)	1	(7%)	
Concordo	3	(8%)	1	(7%)	
A toxicod dependência é uma anomalia psíquica grave					0,924
Discordo	18	(45%)	7	(50%)	
Não concordo nem discordo	14	(35%)	5	(36%)	
Concordo	8	(20%)	2	(14%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 9 - Vinheta Clínica: Perturbação da Personalidade – Especialista/Interno

N., 35 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação da Personalidade. Apresenta alterações do comportamento, agressões à esposa e ameaças de morte a um conjunto de pessoas que se incompatibilizou. Aceita medicação, embora nem toda a que lhe é prescrita. Apresenta labilidade emocional e refere dificuldades no controlo de impulsos, não apresenta alterações do humor ou sintomatologia psicótica. Os familiares não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,562
Discordo	11	(28%)	2	(14%)	
Não concordo nem discordo	3	(8%)	2	(14%)	
Concordo	26	(65%)	10	(71%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,127
Discordo	22	(56%)	11	(79%)	
Não concordo nem discordo	3	(8%)	2	(14%)	
Concordo	14	(36%)	1	(7%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança de terceiros					0,275
Discordo	22	(56%)	11	(79%)	
Não concordo nem discordo	2	(5%)	1	(7%)	
Concordo	15	(38%)	2	(14%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,177
Discordo	27	(68%)	11	(85%)	
Não concordo nem discordo	4	(10%)	2	(15%)	
Concordo	9	(23%)	0	(0%)	
A perturbação da personalidade é uma anomalia psíquica grave					0,175
Discordo	13	(33%)	8	(62%)	
Não concordo nem discordo	12	(30%)	3	(23%)	
Concordo	15	(38%)	2	(15%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 10 - Vinheta Clínica: Anorexia Nervosa – Especialista/Interno

M., 25 anos, seguida e a fazer tratamento ambulatorio, com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Entende que caso continue a perder peso pode colocar a sua saúde e vida em risco. Apesar do tratamento psicológico e aconselhamento dietético, continua a perder peso. A situação é grave mas ainda não ameaçadora da vida. Ela não aceita a recomendação de internamento. Os pais acham que já não conseguem cuidar dela em casa e querem que seja internada.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,774
Discordo	11	(26%)	3	(30%)	
Não concordo nem discordo	3	(7%)	0	(0%)	
Concordo	29	(67%)	7	(70%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					>0,999
Discordo	24	(56%)	6	(60%)	
Não concordo nem discordo	6	(14%)	1	(10%)	
Concordo	13	(30%)	3	(30%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,241
Discordo	21	(50%)	5	(50%)	
Não concordo nem discordo	8	(19%)	4	(40%)	
Concordo	13	(31%)	1	(10%)	
É apropriada a desintoxicação forçada					0,816
Discordo	32	(76%)	8	(89%)	
Não concordo nem discordo	5	(12%)	0	(0%)	
Concordo	5	(12%)	1	(11%)	
A anorexia Nervosa é uma anomalia psíquica grave					0,012
Discordo	0	(0%)	1	(10%)	
Não concordo nem discordo	6	(14%)	4	(40%)	
Concordo	37	(86%)	5	(50%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 11 - Vinheta Clínica: Perturbação Depressiva Major – Especialista/Interno

P., 38 anos, seguido em ambulatório, com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização estruturado. Tem antecedentes de tentativa de suicídio prévia por arma de fogo. Aceita a medicação, mas mantém humor deprimido. Não apresenta evidência de sintomatologia deliróide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Vive só, recusa-se ir para casa de familiares. Os familiares sentam que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,158
Discordo	27	(64%)	4	(40%)	
Não concordo nem discordo	2	(5%)	2	(20%)	
Concordo	13	(31%)	4	(40%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,302
Discordo	7	(17%)	4	(40%)	
Não concordo nem discordo	5	(12%)	1	(10%)	
Concordo	30	(71%)	5	(50%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,003
Discordo	10	(24%)	2	(20%)	
Não concordo nem discordo	5	(12%)	6	(60%)	
Concordo	27	(64%)	2	(20%)	
É apropriada o tratamento forçado					0,266
Discordo	11	(27%)	4	(40%)	
Não concordo nem discordo	3	(7%)	2	(20%)	
Concordo	27	(66%)	4	(40%)	
A Depressão Major é uma anomalia psíquica grave					0,099
Discordo					
Não concordo nem discordo	8	(20%)	5	(50%)	
Concordo	33	(80%)	5	(50%)	

1- Teste qui quadrado

Tabela 12 - Vinheta Clínica: Ideação Suicida – Especialista/Interno

M., 42 anos, sem história de seguimento por psiquiatria. Apresenta ideação suicida ativa, com plano de concretização. Não apresenta evidência consistente de perturbação depressiva mas é patente marcada labilidade emocional e dificuldade no planeamento de tarefas. Não se deteta sintomatologia deliroide ou delirante, mas apresenta marcados sentimentos de desesperança e ideação suicida ativa. Não aceita internamento. Os familiares sentem que já não conseguem lidar com a situação e querem que seja internado.

	Internato				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
A recusa ao tratamento deve ser respeitada					0,268
Discordo	16	(38%)	1	(10%)	
Não concordo nem discordo	7	(17%)	3	(30%)	
Concordo	19	(45%)	6	(60%)	
O IC deve ser usado para proteger a saúde e segurança do doente					0,255
Discordo	14	(33%)	6	(60%)	
Não concordo nem discordo	9	(21%)	2	(20%)	
Concordo	19	(45%)	2	(20%)	
A competência para recusar tratamento está comprometida					0,048
Discordo	16	(39%)	3	(30%)	
Não concordo nem discordo	9	(22%)	6	(60%)	
Concordo	16	(39%)	1	(10%)	
É apropriado o tratamento forçado					0,669
Discordo	17	(41%)	5	(50%)	
Não concordo nem discordo	9	(22%)	3	(30%)	
Concordo	15	(37%)	2	(20%)	
A situação descrita configura uma anomalia psíquica grave					0,126
Discordo	10	(24%)	2	(20%)	
Não concordo nem discordo	15	(37%)	7	(70%)	
Concordo	16	(39%)	1	(10%)	

1- Teste qui quadrado

Anexo V

Folheto

Profissionais de Saúde: Enquadramento Bioético

FOLHETO INFORMATIVO

INTERNAMENTO COMPULSIVO

PSIQUIATRIA E BIOÉTICA

As disposições atuais, vão no sentido da necessidade dos psiquiatras conhecerem e aplicarem a legislação própria, de acordo com as exigências éticas específicas desta área da medicina.

A reflexão bioética, concretizada através dos princípios éticos e sua aplicação, têm vindo a consolidar a importância e a defesa dos direitos dos doentes:

“A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos é concebida como uma extensão da lei internacional de direitos humanos para o campo da biomedicina. O texto da declaração integra uma análise bioética na estrutura conceptual da dignidade humana, dos direitos humanos e liberdades fundamentais. Pretende-se o respeito e aplicação dos princípios éticos fundamentais relacionados com a medicina, ciências da vida e tecnologias associadas”.

Para uma descrição mais completa pode consultar a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) /The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.

Este Folheto é apenas um guia informativo relativo a alguns princípios da DUBDH de 2005. Não faz uma interpretação nem uma descrição completa da mesma.



INFORMAÇÃO

Sónia Azenha
Instituto de Bioética UCP
Rua Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto
Tel. 226196200
pmaio@porto.ucp.pt

CATÓLICA PORTO
BIOÉTICA

INTERNAMENTO COMPULSIVO

PSIQUIATRIA E BIOÉTICA

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS E O INTERNAMENTO COMPULSIVO.

01

DIGNIDADE HUMANA E DIREITOS HUMANOS (ART. 3º)

A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais têm de ser completamente respeitados. Os interesses e bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse da ciência ou da sociedade.

A dignidade humana reflete a preocupação pela necessidade de assegurar o respeito pelo valor inerente do ser humano e pela humanidade, no contexto da clínica e da investigação.

Para se tornar funcional, a dignidade como propriedade inerente ao ser humano, necessita de outras noções mais concretas como por exemplo o consentimento informado, a confidencialidade, ou a integridade.

02

BENEFICÊNCIA E DANO (ART. 4º)

Baseado na dignidade humana que gera a obrigação de fazer o bem e evitar o mal.

As possibilidades de dano apenas são moralmente aceitáveis se o requisito é a maximização do benefício e a minimização do dano. O julgamento é feito entre benefícios, danos e riscos.

A exposição a riscos é tolerada pelo benefício que se espera ocorrer após o tratamento, a prevenção ou a melhoria da doença.

O conflito com a autonomia, a privação da liberdade e a limitação no exercício dos direitos humanos, em situações de tratamento involuntário, podem ser toleráveis, tendo em conta: a proteção da vida e da integridade física, a melhoria da saúde, o tratar a doença, o evitar a deterioração e sequelas associadas à descompensação da doença, bem como a defesa dos interesses da pessoa doente e da sociedade, os riscos para bens patrimoniais e para a integridade física e psíquica.

O caráter do profissional de saúde, assume um papel central, perante conflitos e obrigações, na implementação deste princípio e na avaliação do grau de vulnerabilidade, riscos corridos e necessidades das pessoas. São fundamentais, a prudência no julgamento e a competência técnica. Estas obrigações especiais obrigam e impõem altos níveis de beneficência.

03

AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL (ART. 5º)

Baseado no princípio da dignidade humana.

Qualquer decisão ou prática médica deve respeitar a autonomia para tomar decisões; o próprio assume a responsabilidade das mesmas, respeitando a autonomia de terceiros.

As pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser objeto de proteção. O internamento compulsivo na doença mental surge como uma das raras situações em que existe um limite para a autonomia que envolve: a proteção e tratamento do doente, as situações de perigo para si e/ou proteção da autonomia, liberdade e segurança de terceiros.

É necessário reconhecer a autonomia do indivíduo e proteger os que têm autonomia diminuída. O direito a recusar tratamento é, também, uma forma de proteger a autonomia. Mas em grande parte dos casos em que se opta pelo internamento compulsivo, a pessoa não reconhece que está doente o que a incapacita para a tomada de decisão. Assim, o clínico poderá determinar quais os melhores interesses do doente, através de medidas especiais

para proteger os seus direitos, como acontece no internamento compulsivo.

A restrição da liberdade das pessoas para decidir sobre si próprias é justificada, muito raramente e sob altas restrições, de forma a assegurar que aqueles que exercem medidas extraordinárias não abusem da liberdade e autonomia dos cidadãos e que a medicina não seja usada como uma forma de controlo social.

Com as medidas compulsivas procura-se a preservação ou restauração da autonomia e a reintegração na família e na sociedade. Assim, a autonomia pode ser exercida sob algumas condições e a liberdade de tomar decisões depende da capacidade de as tomar.

04

CONSENTIMENTO (ART. 6º)

Uma intervenção médica diagnóstica ou terapêutica necessita do consentimento informado e livre, após informação adequada. Quando apropriado, pode ser expresso. Pode ser retirado pela pessoa a qualquer altura e por qualquer razão sem que isso implique prejuízo.

Baseia-se nos princípios do respeito pelas pessoas e pela dignidade humana e associa-se ao direito à integridade, ao respeito pela autonomia e auto-determinação, nomeadamente a capacidade para considerar opções, tomar decisões e atuar sem influência de terceiros.

05

PESSOAS SEM CAPACIDADE PARA CONSENTIR (ART. 7º)

De acordo com as leis do país, proteção especial deverá ser oferecida às pessoas que não têm a capacidade para consentir. No entanto, a pessoa deve ser envolvida o mais possível no processo de tomada de decisão.

A capacidade de tomar uma decisão depende da influência da doença mental na capacidade para entender e interpretar informação essencial, tomar decisões de acordo com os valores pessoais, ter um objetivo para uma decisão e a capacidade de livremente exprimir desejos pessoais.

Para um doente sem capacidade de consentir ser submetido a medidas compulsivas é necessário que beneficie da hospitalização e do tratamento no entanto, têm de ser tidas em conta a vontade e preferências do doente e este deve participar nas decisões e exprimir o seu consentimento até ao máximo que permita a sua capacidade.

06

RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E INTEGRIDADE PESSOAL (ART. 8º)

Os indivíduos e grupos de especial vulnerabilidade devem ser protegidos e a integridade pessoal respeitada.

A vulnerabilidade humana requer o cuidado, a responsabilidade e a solidariedade, no reconhecimento e não exploração dessa condição.

Dado que o exercício da autonomia e o fornecimento do consentimento, não eliminam a vulnerabilidade, este princípio ajuda a reforçar os direitos dos doentes e apela à responsabilidade do médico e às instituições a proteger os cidadãos.

As perturbações mentais constituem uma situação de vulnerabilidade acrescida, especialmente em fases da doença em que a sua autonomia se apresenta reduzida. Quando se opta pelo internamento compulsivo os doentes estão, ainda mais, vulneráveis em consequência do controlo e dependência de terceiros e às limitações da doença. Nestes casos, a proteção da vida, da saúde, da integridade física e psíquica, surgem como bens que é imperativo proteger

07

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE (ART. 9º)

Os seres humanos têm o direito fundamental à confidencialidade dos seus dados e ao livre consentimento previamente à utilização dos mesmos, no entanto, os direitos e liberdades dos doentes podem entrar em conflito com as exigências do bem comum.

Assim, a proteção da privacidade tem de ter em conta a saúde coletiva e exigências sociais, segurança e direitos fundamentais do doente, pelo que o segredo médico pode, sob certas circunstâncias legais, ser quebrado, como acontece no internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

08

NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO (ART. 11º)

Baseia-se no respeito incondicional e absoluto pelo ser humano que é fim e nunca pode ser reduzido a meio e que devemos considerar e defender como uma realidade da qual não se pode dispor.

Encerrar e excluir os doentes da vida em sociedade, sob a pretensão de prevenir um hipotético mal implica a não aplicação dos princípios já referidos. É, portanto, fundamental prevenir, ajudar e acompanhar as pessoas na superação das dificuldades que a vida apresenta a todos os seres humanos, de forma a que estas se possam realizar sem mais limitações do que as da sua própria capacidade.

09

SOLIDARIEDADE E COOPERAÇÃO (ART. 13º), IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE (ART. 10º)

Um mundo humanizado pede uma atitude responsável que se traduz no respeito dos direitos humanos e na solidariedade. O homem é um ser social, e aí radica o fundamento humano da solidariedade.

Ser solidário com os demais supõe reconhecer a dignidade e igualdade fundamentais, ser consciente dos laços que unem os homens entre si, patente na cooperação dentro e entre as Nações e na consequente formulação de instrumentos legais.

A solidariedade aparece cada vez mais relacionada com o princípio de justiça. A forma justa de partilhar os bens escassos rege-se pela lei da solidariedade: os bens são de todos e para todos. Assim, a solidariedade culmina no justo partilhar humano. O objeto da justiça é o bem comum, para o qual cada membro da sociedade deve contribuir com uma medida de proporcionalidade

Um dos assuntos principais da bioética é a preocupação acerca da distribuição dos recursos de modo a garantir um sistema de saúde justo e equitativo

A solidariedade, expressa mediante o consenso sobre direitos e deveres humanos básicos e a preocupação pela justiça social e processos honrados, reflete-se na evolução e legislação em cuidados de saúde mental que pretende garantir os recursos adequados e a proteção do doente enquanto membro da sociedade de pleno direito.

10

LIMITAÇÕES NA APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS (ART. 27º)

A Declaração Universal de Bioética refere que se a aplicação dos princípios tiver de ser limitada, tal deve acontecer de acordo com a lei e ser consistente com a lei internacional de direitos humanos.

As limitações aos direitos humanos têm de estar determinadas, ser as estritamente necessárias e um meio proporcionado de proteger o interesse da sociedade. Os Estados apenas podem impor limitações à aplicação dos princípios em circunstâncias excecionais, contempladas por lei, como é o caso do internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental portuguesa.

Anexo VI

Folheto

Utentes e Famílias: Enquadramento Legal

FOLHETO INFORMATIVO

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Para uma descrição mais completa pode consultar a Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98 de 24 Julho.

Este Folheto é apenas um guia informativo relativo à lei de saúde Mental de 1998. Não faz uma interpretação legal da lei, nem uma descrição completa da mesma.

INFORMAÇÃO

Sónia Azenha
Instituto de Bioética UCP
Rua Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto
Tel. 226196216
ib@porto.ucp.pt



CATÓLICA PORTO
BIOÉTICA

INTERNAMENTO COMPULSIVO

01

QUEM PODE SER INTERNADO COMPULSIVAMENTE?

(art. 12º)

As pessoas com anomalia psíquica grave, quando o IC for a única forma de garantir o tratamento adequado.

02

QUEM PODE REQUERER O INTERNAMENTO COMPULSIVO?

(art. 13º e 14º)

O IC pode ser requerido pelo representante legal do doente, nomeadamente tutor ou curador, pelos progenitores, cônjuge ou parente sucessível, pelo Ministério Público e pelas autoridades de saúde pública. No caso de estar internado voluntariamente, o diretor clínico do estabelecimento onde se encontra internado também pode requerer o IC.

O requerimento, por escrito, é dirigido ao tribunal judicial da área de residência do doente, a explicar a situação.

03

O QUE ACONTECE QUANDO O JUIZ RECEBE O REQUERIMENTO?

(art. 15º e 16º)

O juiz notifica o doente, informando-o dos seus direitos e deveres e nomeia-lhe um defensor legal que o assiste em todos os atos relacionados com o processo judicial.

São ainda notificados o defensor e o familiar mais próximo, sendo o processo também enviado ao Ministério Público, para requererem o que entenderem por conveniente, no prazo de 5 dias.

Decorrido este prazo e na posse da informação necessária, o juiz marca a data, hora e local da avaliação clínico-psiquiátrica.

04

ONDE É FEITA A AVALIAÇÃO CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA?

(art. 17º)

A avaliação clínico-psiquiátrica é da responsabilidade dos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do doente e deve ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias. Efetuado o exame médico, o relatório é enviado ao tribunal no prazo máximo de 7 dias.

Se for previsível a não comparência do doente, o juiz ordena mandado de condução pelas autoridades policiais, para assegurar a sua presença.

05

O QUE ACONTECE DEPOIS DO JUIZ RECEBER O RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO?

(art. 18º)

Após receber o relatório, o juiz marca a data para a sessão conjunta e notifica o doente, o seu defensor, o requerente e o Ministério Público.

O juiz pode convocar outras pessoas para a sessão conjunta, designadamente o médico assistente.

06

O QUE ACONTECE NA SESSÃO CONJUNTA? E SE O JUIZ DECIDIR PELO INTERNAMENTO?

(art. 19º, 20º e 21º)

Na sessão conjunta o Juiz ouve as pessoas convocadas, sendo obrigatória a presença do defensor do doente e do Ministério Público. Após a audiência o juiz pode proferir uma decisão imediata ou no prazo máximo de 5 dias.

Se o juiz decide pelo internamento compulsivo, este determina a apresentação do doente no serviço de saúde mental mais próximo e emite um mandado de condução. A decisão é notificada ao Ministério Público, ao doente, ao defensor e ao requerente.

07

NO CASO DO IC DE URGÊNCIA, QUEM PODE CONDUZIR O DOENTE À URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA?

(art. 23º e 24º)

As autoridades de polícia, sendo o doente apresentado num estabelecimento com urgência de psiquiatria, para avaliação clínico-psiquiátrica.

08

SE O DOENTE FOR INTERNADO COMPULSIVAMENTE DE URGÊNCIA...

(art. 25º, 26º e 27º)

O estabelecimento de saúde, onde foi feita a observação médica de urgência, comunica o internamento ao tribunal judicial.

O juiz nomeia o defensor legal e no prazo máximo de 48 horas, determina a manutenção ou não do internamento. A decisão é comunicada ao doente, familiar mais próximo e ao médico assistente. Sempre que possível, o doente será informado dos direitos e deveres processuais que o assistem.

No prazo de 5 dias será feita e enviada ao tribunal nova avaliação clínico-psiquiátrica. Esta não pode ser feita pelo mesmo médico que fez a avaliação no serviço de urgência.

Após receber esta avaliação o juiz mantém ou termina o internamento compulsivo, sendo notificados o defensor e o familiar mais próximo para requererem o que entenderem por conveniente, no prazo de 5 dias.

09

09 DURANTE O INTERNAMENTO COMPULSIVO, O TRIBUNAL VOLTA A REVER A SUA DECISÃO?

(art. 19º, 20º e 21º)

Sim, a lei de Saúde Mental determina que qualquer caso de internamento involuntário tenha de ser revisto por uma entidade independente. Em Portugal essa revisão é feita pelo tribunal, de modo a assegurar que a lei seja cumprida e os direitos do doente sejam protegidos.

Se o doente foi internado compulsivamente de urgência, durante o internamento, o tribunal realiza uma avaliação do seu caso, numa audiência que se chama sessão conjunta.

O juiz pode pedir a presença do doente, se o seu estado de saúde o permitir, podendo ser ouvido nessa altura.

10

O QUE PODE FAZER A PESSOA QUE NÃO CONCORDE COM A DECISÃO DO TRIBUNAL?

(art. 31º e 32º)

Pode requerer o que entender conveniente, até 5 dias após receber as notificações do tribunal.

Pode requerer a libertação, através de requerimento ao tribunal, caso não esteja a ser cumprido o prazo de 48h para emitir a decisão de internamento, este ter sido efetuado ou ordenado por entidade incompetente ou esteja fora dos casos ou condições previstas por lei.

Podem, ainda, recorrer da decisão para o Tribunal da Relação competente, o doente, o seu defensor, o requerente do internamento e o Ministério Público.

11

É POSSÍVEL SUBSTITUIR O INTERNAMENTO POR TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO?

(art. 33º)

Sim, se for possível manter o tratamento em liberdade, o internamento pode ser substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio.

O doente tem de exprimir a aceitação das condições fixadas pelo médico assistente, para o tratamento. Nesse caso a substituição do tratamento é comunicada ao tribunal.

Se o doente deixar de cumprir as condições acordadas, o médico comunica o incumprimento ao tribunal, retomando-se o internamento. Se necessário solicita-se ao tribunal a emissão de mandado a cumprir pelas forças policiais.