

O Decreto-Lei n.º 31/99/M e o tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental na Região Administrativa Especial de Macau

*Carlos Duarte**

Introdução

Muitos sistemas de saúde admitem o tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental que apresenta uma situação de perigo e/ou recusa o tratamento de que necessita. No entanto, para que esta alternativa terapêutica seja possível, é essencial estabelecer um equilíbrio entre a salvaguarda dos direitos fundamentais da pessoa em causa, a garantia da segurança pública e a necessidade de tratamento. Para garantir este equilíbrio e assegurar as condições adequadas para a sua aplicação, o tratamento compulsivo deve ser regulado por legislação de saúde mental específica.¹

Na Região Administrativa Especial de Macau (RAEM) o tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental está regulado pelo Decreto-Lei (DL) n.º 31/99/M. Este DL surgiu em 1999 na sequência da necessidade de alterar a prestação de cuidados psiquiátricos conforme orientações técnicas que valorizam a complementaridade entre a assistência hospitalar e as acções comunitárias, de reabilitação e de desinstitucionalização.

O DL n.º 31/99/M teve por modelo a lei de saúde mental portuguesa, publicada em 1998 (Lei n.º 36/98). Esta lei, por seu turno, foi elaborada segundo princípios da Constituição da República Portuguesa e princípios expressos por órgãos internacionais (Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Comité de Ministros do Conselho da Europa, Assembleia Geral da Nações Unidas, Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, Organização Mundial de Saúde [OMS] e Convenção Europeia dos Direitos do Homem). Sobre a lei de saúde mental portuguesa exis-

* Médico psiquiatra do Centro Hospitalar Conde de São Januário

¹ WHO. Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: WHO, 2005. 89-105.

tem estudos relevantes para se compreenderem os fundamentos do DL n.º 31/99/M.^{2,3,4}

As linhas mestras de orientação do DL n.º 31/99/M são o respeito pela dignidade e pelos direitos individuais da pessoa com distúrbio mental. O DL tem como objectivos essenciais: a) definir os direitos e deveres da pessoa com distúrbio mental e estabelecer os princípios gerais de protecção e promoção da saúde mental e b) regular o internamento de urgência e o tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental.

Profissionais como médicos, assistentes sociais e psicólogos podem contactar pessoas que eventualmente necessitam de iniciar tratamento compulsivo ou que estão a fazer este tipo de tratamento. Para estes profissionais procederem junto destas pessoas da melhor maneira é necessário estarem familiarizados com o DL n.º 31/99/M.

Neste trabalho revê-se a regulamentação do tratamento compulsivo segundo o DL n.º 31/99/M, com o objectivo de proporcionar a profissionais de saúde e de áreas afins uma melhor compreensão desta alternativa terapêutica. De seguida abordam-se as questões essenciais do DL referentes ao tratamento compulsivo, nomeadamente as relacionadas com os direitos da pessoa com distúrbio mental, os pressupostos e procedimentos médico-legais para o tratamento compulsivo, os modos como se inicia este tratamento e os regimes em que se aplica.

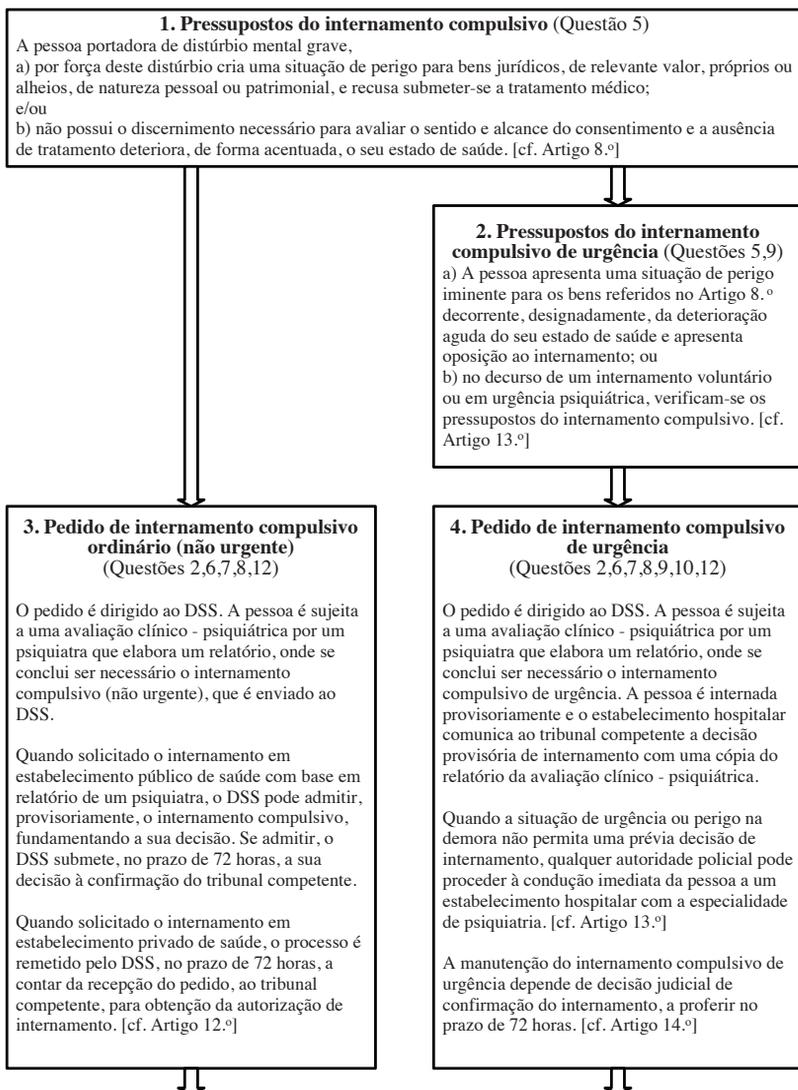
Na figura 1 apresenta-se uma representação esquemática simplificada das condições e dos procedimentos necessários para a aplicação de tratamento compulsivo segundo o DL n.º 31/99/M.

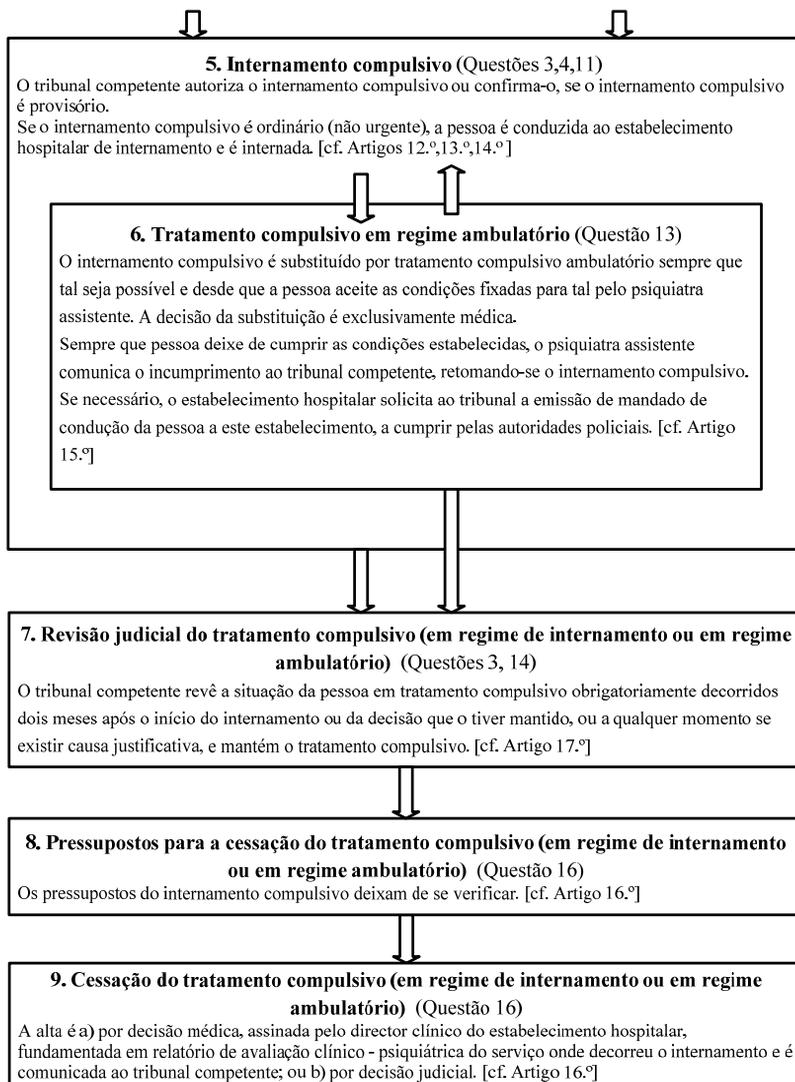
² Carvalho A, Rodrigues C, Serra AV, et al. A lei de saúde mental e o internamento compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 2002.

³ Albergaria PS. A Lei da Saúde Mental. Coimbra: Almedina, 2003.

⁴ Latas AJ, Vieira F. Notas e comentários à Lei de Saúde Mental. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

Figura 1. Representação esquemática simplificada das condições e dos procedimentos necessários para a aplicação de tratamento compulsivo segundo o DL n.º 31/99/M. DSS — Director dos Serviços de Saúde





I. Quais são os direitos da pessoa com distúrbio mental?

Qualquer pessoa com distúrbio mental, enquanto utente dos serviços de saúde, tem os seguintes direitos: “a) *Ser informado do plano terapêutico proposto e respectivos efeitos previsíveis bem como das alternativas terapêuticas possíveis;* b) *Receber protecção e tratamento de qualidade adequada, com respeito pela sua individualidade e dignidade;* c) *Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo em caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não inter-*

venção seja susceptível de criar riscos sérios para o próprio ou para terceiros; d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito e após justificação escrita de um médico especialista de psiquiatria e um médico especialista de medicina interna ou de clínica geral; e) Aceitar ou recusar a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação; f) Ter acesso a avaliações clínicas e diagnósticos médicos, incluindo o de identificação de perigosidade; g) Não ser submetido a restrições mecânicas ou a quartos de isolamento, a não ser, neste caso, em situações limitadas; h) Registo pormenorizado, no processo clínico, dos tratamentos a que é submetido; i) Dispor de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade nos serviços de internamento ou nas estruturas residenciais; j) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações impostas pelo funcionamento do serviço ou pela natureza da doença; l) Receber a justa remuneração pelos serviços que preste; m) Ser apoiado no exercício dos direitos de reclamação e de queixa.” (art. 4.º, 1).

A pessoa com distúrbio mental, menor de 14 anos ou sem discernimento para consentir, deve ser legalmente representada no exercício de alguns dos seus direitos: “*Os direitos enunciados nas alíneas c), d) e e) do n.º 1 são exercidos pelos representantes legais quando se trate de menores de 14 anos ou quando a pessoa portadora de distúrbio mental não tenha discernimento para avaliar o sentido e alcance do consentimento exigido.*” (art. 4.º, 3).

A representação legal em caso de psicocirurgia,⁵ intervenção que está controlada em muitos países devido sobretudo a abusos ocorridos no passado é, porém, legalmente inadmissível. O consentimento escrito da pessoa, ainda que insuficiente, é sempre necessário: “*A intervenção psicocirúrgica depende do consentimento escrito da pessoa portadora de distúrbio mental e do parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras, designados pela Comissão de Saúde Mental.*” (art. 4.º, 2).

Note-se que o consentimento da pessoa para a psicocirurgia é sempre imprescindível, mesmo em caso de tratamento compulsivo. De facto, durante o tratamento compulsivo, segundo o art. 10.º, 2, “*O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados*”. Este dever, porém, é “*sem prejuízo do disposto no n.º 2 do art. 4.º*”, disposi-

⁵ Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: past, present, and future. *Brain Res Rev*, 2005, 48:409-419.

ção que expressamente exclui a psicocirurgia dos tratamentos a que a pessoa pode ser submetida em caso de tratamento compulsivo (vd. questão 4).

Para a protecção dos direitos da pessoa no contexto dos cuidados de saúde existem ainda outros diplomas como, por exemplo, o DL n.º 111/99/M que visa a protecção da dignidade e identidade da pessoa face às aplicações da biologia e da medicina.

II. Quais são os direitos do internando?

A pessoa sujeita a processo judicial para internamento compulsivo tem os seguintes direitos: “*a) Ser informada dos direitos que lhe assistem; b) Estar presente nos actos processuais que, directamente, lhe digam respeito, excepto quando impedida pelo seu estado de saúde; c) Ser assistida por defensor, constituído ou nomeado, nos actos processuais em que intervenha e ainda nos actos processuais que, directamente, lhe digam respeito e em que não esteja presente; d) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.*” (art. 9.º).

III. Quais são os direitos, em especial, da pessoa em internamento compulsivo?

“*A pessoa portadora de distúrbio mental, enquanto internada, goza de todos os direitos reconhecidos aos demais internados nos estabelecimentos hospitalares de Macau e, em especial, do direito de: a) Ser informada ou esclarecida quanto aos direitos que lhe assistem; b) Ser esclarecida sobre os motivos da privação da liberdade; c) Ser assistida por defensor, constituído ou nomeado, com quem possa comunicar em privado; d) Recorrer da decisão de internamento compulsivo ou da decisão que o tenha mantido; e) Enviar e receber livremente correspondência; f) Votar, nos termos previstos na lei eleitoral.*” (art. 10.º, 1).

A pessoa em tratamento compulsivo ambulatorio tem os mesmos direitos (e os mesmos deveres) que a pessoa em internamento compulsivo. Em particular, a pessoa submetida a tratamento compulsivo, em regime de internamento ou ambulatorio, tem o direito legalmente garantido de ver revista a sua situação de restrição da liberdade, periodicamente ou sempre que se justificar, por decisão judicial (vd. questão 14).⁶⁷

⁶ Tribunal da Relação do Porto. Acórdão N.º JTRP00037789, Internamento Hospitalar, Processo 0510591. Porto. 2005.

⁷ Tribunal da Relação do Porto. Acórdão N.º JTRP00042872, Internamento

IV. E quais são os deveres da pessoa em internamento compulsivo?

“O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do art. 4.º” (art. 10.º, 2). Isto é, o internado tem de se submeter aos tratamentos considerados necessários, excepto no caso da psicocirurgia (vd. questão 1). Contrariamente ao que se verifica no caso desta intervenção, afigura-se que a electroconvulsivoterapia (ECT), considerada um tratamento seguro e eficaz para determinadas situações clínicas,⁸ poderá ser aplicada sem o consentimento da pessoa quando esta se encontra a fazer tratamento compulsivo.⁹ A ECT poderá ainda ser aplicada sem o consentimento da pessoa “em situações de urgência em que a não intervenção seja susceptível de criar riscos sérios para o próprio ou para terceiros” (cf. art. 4.º, 1, c), porque, em todas estas situações, a pessoa perde o direito de “decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas” (excepto a psicocirurgia; vd. questão 1) (cf. art. 4.º, 1, c).

V. Quem pode ser internado compulsivamente?

“Pode ser internado compulsivamente o portador de distúrbio mental grave que: a) Por força do seu distúrbio crie uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se a tratamento médico; b) Não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento e a ausência de tratamento deteriore, de forma acentuada, o seu estado de saúde.” (art. 8.º).

Segundo estes pressupostos, só pode ser internada compulsivamente a pessoa que apresenta um distúrbio mental grave e, simultaneamente, uma situação de perigo e recusa de tratamento e/ou necessidade de tratamento para prevenir uma deterioração grave da sua saúde, estando incapacitada para consentir em ser tratada. O tipo de internamento com-

compulsivo, Processo 4307/09.3TBVNG.P1. Porto. 2009.

⁸ Reisner AD. The Electroconvulsive Therapy Controversy: Evidence and Ethics. *Neuropsychol Rev*, 2003, 13:199-219.

⁹ Duarte C, Haiyan J, Cheong CK. Cotard Syndrome and Electroconvulsive Therapy in an Elderly Chinese Lady without Capacity to Consent to Treatment: a Case Report. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*. 2009, 2:132-135.

pulsivo designado em medicina por “necessidade de tratamento” tem sido referido na linguagem judicial por “internamento tutelar”, expressões que correspondem a concepções desta intervenção médico-legal bastante diferentes. Não há um limite mínimo ou máximo para a duração do tratamento compulsivo, nem há restrições de idade para este tratamento.

Vejam as locuções e os conceitos que podem suscitar maiores dificuldades de interpretação:

1. “*Distúrbio mental grave*” – Segundo o Relatório Mundial da Saúde de 2001 da OMS, um distúrbio mental é uma condição anormal ou patológica, clinicamente significativa, caracterizada por alterações do pensamento e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. O que permite qualificar um distúrbio mental como grave é, para além do diagnóstico, a severidade da psicopatologia que a pessoa apresenta. O conceito de distúrbio mental grave é suficientemente abrangente para incluir uma grande variedade de quadros clínicos. Quadros psicóticos como os de uma descompensação de uma esquizofrenia ou de uma doença bipolar serão, certamente, considerados distúrbios mentais graves. Mas, em algumas circunstâncias, quadros clínicos como os de atraso mental, demência, dependência de substâncias psicotrópicas (álcool e drogas) e perturbação da personalidade poderão também ser considerados como tal.

2. “*Por força do seu distúrbio crie uma situação de perigo para bens jurídicos*” – O perigo tem de ser concreto, para os bens especificados, e deve ser causado pelo distúrbio mental. Note-se que a avaliação de perigo é um assunto médico-legal e que a medicina e os tribunais têm perspectivas diferentes sobre o que é perigo e perigosidade. Perigosidade é, aliás, um conceito legal e não médico, utilizando-se em medicina, em situações de incerteza, o conceito de risco.

3. “*Não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento*” – A pessoa não tem capacidade para dar o seu consentimento que, em princípio, é necessário para qualquer intervenção médica.

4. “*A ausência de tratamento deteriore de forma acentuada, o seu estado de saúde*” – Segundo os conhecimentos médicos é previsível que, sem tratamento, o estado de saúde irá agravar-se substancialmente. A avaliação do risco deste agravamento é uma competência estritamente médica.

VI. Quem pode pedir o internamento compulsivo?

“a) O representante legal; b) Qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição; c) O director dos Serviços de Saúde de Macau; d) O Ministério Público; e) O director do estabelecimento de saúde quando o distúrbio mental seja detectado no decurso do internamento voluntário.” (art. 11.º, 1). Note-se que o médico que observa uma pessoa que apresenta critérios para internamento compulsivo não consta da lista das pessoas ou entidades com legitimidade para solicitar o internamento. Ao excluir-se o médico, pretende-se salvaguardar a relação médico-doente, que é essencial para o tratamento.

No entanto, “O médico que, no exercício das suas funções, verifique um distúrbio mental nos termos do art. 8.º, deve comunicá-la ao director dos Serviços de Macau, para os efeitos previstos no número anterior.” (art. 11.º, 2). Quando o médico que verifica este distúrbio é um psiquiatra, este clínico pode efectuar logo a avaliação clínico-psiquiátrica da pessoa. E, de seguida, comunica o facto ao director dos Serviços de Saúde enviando-lhe o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, para o director dos Serviços de Saúde (e o tribunal) decidirem sobre o internamento compulsivo. Mas qualquer médico não psiquiatra, se observar uma pessoa que evidencia critérios para internamento compulsivo, deve comunicar este facto ao director dos Serviços de Saúde que, se entender ser necessário, ordena uma avaliação clínico-psiquiátrica à pessoa em causa (vd. questão 8).

VII. A quem se dirige o pedido de internamento compulsivo e o que deve constar neste pedido?

“Os pedidos de internamento compulsivo são dirigidos ao director dos Serviços de Saúde de Macau.” (art. 12.º, 1). O pedido, que não necessita de formalidades especiais, deve descrever sucintamente os factos que o justificam e identificar o internando e o requerente. Para se clarificar a situação que justifica o pedido é possível anexar a este documento relatórios clínicos ou de outra natureza.

VIII. Como decide o director dos Serviços de Saúde sobre o internamento compulsivo?

“Quando solicitado o internamento em estabelecimento público de saúde com base em relatório de um médico especialista de psiquiatria, o director dos

Serviços de Saúde de Macau pode admitir, provisoriamente, o internamento compulsivo, fundamentando a sua decisão.” (art. 12.º, 2). Neste caso, o director dos Serviços de Saúde pode autorizar o internamento (provisório) antes da decisão judicial, mas tem de submeter “*no prazo de 72 horas, a sua decisão à confirmação do tribunal competente*” (art. 12.º, 3).

Por outro lado, “*Quando solicitado o internamento em estabelecimento privado de saúde, o processo é remetido pelo director dos Serviços de Saúde de Macau, no prazo de 72 horas, a contar da recepção do pedido, ao tribunal competente, para obtenção da autorização de internamento.*” (art. 12.º, 4).

Se o director dos Serviços de Saúde receber um pedido de internamento compulsivo (ou uma comunicação de um médico não psiquiatra referindo que observou uma pessoa que evidencia critérios para internamento compulsivo) antes de a avaliação clínico-psiquiátrica ter sido efectuada, o director dos Serviços de Saúde pode ordenar a realização desta avaliação num serviço público com psiquiatria (vd. questão 6). O relatório da avaliação clínico-psiquiátrica é posteriormente enviado ao director dos Serviços de Saúde que, então, decide sobre o internamento compulsivo.

IX. Quando é possível o internamento compulsivo de urgência?

“O portador de distúrbio mental grave pode ser objecto de pedido de internamento compulsivo de urgência, dirigido ao director dos Serviços de Saúde de Macau, quando se verificarem os pressupostos previstos no art. 8.º e exista perigo iminente para os bens nele referidos, decorrente, designadamente, da deterioração aguda do seu estado de saúde.” (art. 13.º, 1). É, pois, necessário que se verifiquem cumulativamente os critérios que constituem a base comum para o internamento compulsivo (vd. questão 5) e uma situação de perigo prestes a acontecer.

Mas o internamento compulsivo de urgência, para além de ser possível nestas circunstâncias, é ainda possível em mais duas situações: “*O processo de internamento compulsivo de urgência é igualmente aplicável quando no decurso de um internamento voluntário ou em urgência psiquiátrica se conclua pela verificação dos pressupostos previstos no art. 8.º.*” (art. 13.º, 6). Assim, nestas duas situações particulares, o internamento compulsivo de urgência pode aplicar-se independentemente da existência do “perigo

imminente” referido no art. 13.º, 1, sendo apenas necessária a presença dos critérios que constituem a base comum para o internamento compulsivo.

X. O que fazer em situações de urgência ou de perigo, quando é impossível uma avaliação da pessoa e uma prévia decisão sobre o seu internamento?

“Quando a situação de urgência ou perigo na demora não permita uma prévia decisão de internamento, qualquer autoridade policial pode proceder à condução imediata do internando a um estabelecimento hospitalar com a especialidade de psiquiatria, lavrando auto com identificação do portador de distúrbio mental e descrição das circunstâncias de tempo e lugar em que se procedeu ao acto de condução.” (art. 13.º, 5).

Para se minimizarem as eventuais dificuldades das autoridades policiais em avaliar se a *“situação de urgência ou perigo na demora”* justifica a condução da pessoa ao hospital, é essencial existirem protocolos que definam a actuação das autoridades nestas circunstâncias. Para conduzir o internando ao hospital, as autoridades policiais não poderão entrar no domicílio do internando contra a vontade deste porque o DL n.º 31/99/M não permite excepções ao direito de inviolabilidade de domicílio, assegurado pela Lei Básica da RAEM (art. 31.º) e regido pelo art. 162.º do Código de Processo Penal. Após a condução do internando ao hospital, *“Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirme a necessidade de internamento, o portador de distúrbio mental é, de imediato, libertado com remessa do respectivo processo ao representante do Ministério Público.”* (art. 13.º, 4).

XI. Quais são os prazos para a decisão judicial sobre o internamento compulsivo?

O prazo da confirmação judicial do internamento compulsivo de urgência é de 72 horas (cf. art. 14.º). Não está definido um prazo para a autorização judicial do internamento compulsivo não urgente.

XII. Avaliação clínico-psiquiátrica do internando: o que é e o que deve constar no relatório desta avaliação?

A avaliação clínico-psiquiátrica é um exame semelhante a uma peritagem médico-legal, efectuado por um único psiquiatra, cujo objec-

tivo principal é verificar se o internando apresenta os pressupostos para o internamento compulsivo (cf. art. 12.º, 2 e 13.º, 3, 4). Não existem restrições sobre quem pode ser o psiquiatra que faz a avaliação clínico-psiquiátrica.

Após a avaliação clínico-psiquiátrica, o psiquiatra elabora um relatório, a partir do qual o director dos Serviços de Saúde e o tribunal decidem sobre o internamento compulsivo.

O relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, que não tem formato definido, deve ser elaborado numa linguagem compreensível a não médicos e deve incluir toda a informação relevante para as decisões do director dos Serviços de Saúde e do tribunal. Não é necessário que o relatório seja um documento exaustivo, mas nele devem constar, ainda que sucintamente, dados clínicos relevantes, tais como o motivo e as circunstâncias da avaliação, a evolução da doença actual, o exame psiquiátrico, o diagnóstico e o tratamento proposto. O diagnóstico deve ser feito segundo padrões internacionalmente reconhecidos (por exemplo, segundo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças da OMS, que é a classificação oficialmente utilizada na RAEM). O relatório deve ainda mencionar, conforme os pressupostos para internamento compulsivo presentes, as características do perigo existente e/ou a falta de discernimento da pessoa para consentir e as consequências previsíveis da ausência de tratamento.

O psiquiatra poderá complementar o seu relatório com outros relatórios esclarecedores da situação do internando efectuados, por exemplo, por psicólogos ou assistentes sociais. A conclusão do psiquiatra sobre se o internamento compulsivo se justifica (ou não) deve ser sempre fundamentada.

XIII. Tratamento compulsivo ambulatorio: o que é, quando é possível iniciá-lo e o que fazer quando a pessoa não cumpre as condições para este regime de tratamento?

Segundo o DL n.º 31/99/M, o “*tratamento compulsivo ambulatorio*” é um regime de tratamento não autónomo que está abrangido no conceito médico-legal lato de “*internamento compulsivo*”. Assim, quando se refere ao “*internado*”, o DL refere-se, não apenas à pessoa que está hospitalizada compulsivamente mas também, de um modo contra-intuitivo, àquela que efectua tratamento compulsivo ambulatorio.

O tratamento compulsivo ambulatorio só pode iniciar-se após o internamento compulsivo ser autorizado e, nem sempre é necessário ou possível efectuar este regime de tratamento.

O princípio da sua aplicação é o de que o tratamento compulsivo deve sempre ser efectuado no meio menos restritivo possível: “*O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade.*” (art. 15.º, 1). Contudo, “*A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.*” (art. 15.º, 2). Esta aceitação pode ser efectuada pelo internado verbalmente, não sendo necessário fazê-la por escrito.

A passagem de internamento compulsivo a tratamento compulsivo ambulatorio é da exclusiva competência do psiquiatra assistente e é, de seguida, comunicada por este ao tribunal (cf. art. 15.º, 3), juntamente com a justificação escrita da alteração do regime de tratamento.

A substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo ambulatorio não interrompe o processo judicial de tratamento compulsivo. “*Sempre que o portador de distúrbio mental deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.*” (art. 15.º, 4).

Para se conseguir que a pessoa retome o internamento compulsivo devem utilizar-se preferencialmente recursos de saúde mental. Porém, “*Sempre que necessário, o estabelecimento hospitalar de internamento solicita ao tribunal competente a emissão de mandado de condução, a cumprir pelas autoridades policiais.*” (art. 15.º, 5). Neste caso, sempre que possível, os técnicos de saúde mental colaborarão com as autoridades policiais na condução da pessoa ao hospital, para se minimizarem as eventuais consequências negativas para a pessoa desta condução.

XIV. Revisão pelo tribunal da situação do internado: em que circunstâncias é possível, quem a pode requerer e como é feita?

“*Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento, o tribunal competente aprecia o pedido de cessação a todo o tempo.*” (art. 17.º, 1). “*A revisão da situação do internado é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos 2 meses após o início do internamento*

ou da decisão que o tiver mantido.” (art. 17.º, 2). “*Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no art. 11.º*” (as que podem solicitar o internamento compulsivo e o médico que verificou um distúrbio mental nos termos do artigo 8.º) (art. 17.º, 3).

“*Para o efeito do disposto no n.º 2, o estabelecimento hospitalar envia, até 10 dias antes da data de revisão, um relatório de avaliação clínico-psiQUIIÁTRICA.*” (art. 17.º, 4). Esta avaliação, que é semelhante à avaliação clínico-psiQUIIÁTRICA do internando, é igualmente efectuada por um único psiquiatra, não existindo restrições sobre quem pode ser o psiquiatra que a faz. No relatório desta avaliação clínico-psiQUIIÁTRICA deverão constar os factos referentes à verificação dos pressupostos de que depende a continuação do tratamento compulsivo.

“*A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, excepto quando o estado de saúde deste torne a audição inútil ou inviável.*” (art. 17.º, 5). Para a revisão durante o internamento poder-se-á justificar no futuro, em alguns casos e se o tribunal assim entender, o recurso à vídeo-conferência.

A revisão pelo tribunal da situação da pessoa em tratamento compulsivo ambulatorio é feita do mesmo modo que a revisão da situação da pessoa em internamento compulsivo (vd. questão 3).

XV. Recurso das decisões judiciais: como está regulamentado e quem o pode requerer?

“*1. Da decisão de internamento compulsivo, da confirmação do internamento compulsivo de urgência bem como da decisão tomada em processo de revisão da situação do internado cabe recurso para o tribunal competente. 2. Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, aquele que requereu o internamento nos termos do art. 11.º e o Ministério Público.*” (art. 22.º).

XVI. Quando e como termina o internamento compulsivo ou o tratamento compulsivo ambulatorio?

O internamento compulsivo cessa quando os pressupostos que originaram o tratamento compulsivo deixam de estar presentes: “*O internamento cessa logo que deixem de se verificar os pressupostos que lhe deram origem.*” (art. 16.º, 1). Igualmente, o tratamento compulsivo ambulatorio cessa quando estes pressupostos já não se verificam (vd. questão 13).

Para se iniciar o internamento compulsivo são sempre necessárias duas decisões (uma clínica e outra judicial) mas, para se terminar o internamento compulsivo (ou o tratamento compulsivo ambulatorio), apenas uma destas decisões é suficiente: *“A cessação torna-se efectiva por documento de alta assinado pelo director clínico do estabelecimento hospitalar, fundamentado em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.”* (art. 16.º, 2). Não existem restrições sobre quem pode ser o psiquiatra que faz esta avaliação. No relatório para a alta deve constar que os pressupostos que originaram o internamento compulsivo já não estão presentes. Após a assinatura do director clínico, *“A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente”* (art. 16.º, 3) e o tribunal encerra o processo.

XVII. Que mais importa conhecer relativamente ao tratamento compulsivo?

A inspecção das condições de tratamento compulsivo compete à Comissão de Saúde Mental criada pelo DL n.º 31/99/M. Esta comissão é um órgão independente de consulta do Chefe do Executivo (cf. art. 6.º), cujo Regulamento Interno foi definido pelo Despacho do Chefe do Executivo n.º 342/2005. Os processos judiciais de tratamento compulsivo são secretos e urgentes e estão isentos de custas (cf. art. 23.º).

Comentário

Cerca de treze anos após a publicação do DL n.º 31/99/M, a regulação do tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental grave por este diploma permanece actualizada e adequada às realidades da RAEM. A regulação veio possibilitar o tratamento desta pessoa, desde que exista uma situação de perigo para si própria ou para a segurança pública e recuse tratamento e/ou necessite de tratamento para prevenir uma deterioração grave da sua saúde, estando incapacitada para consentir em ser tratada.

Segundo o DL n.º 31/99/M o tratamento compulsivo é uma solução de último recurso, só possível quando não existem outras alternativas terapêuticas. Neste DL, ao contrário do que se verifica em outras legislações, não são expressamente consideradas as directivas antecipadas (*advance directives*), que são instruções previamente escritas por uma pessoa,

sobre a sua preferência relativamente a tratamentos, em caso de perda no futuro da sua capacidade de decisão. No entanto, se existirem, estas directivas poderão ser aceites e ter alguma eficácia, desde que não revogadas até ao início do tratamento.

O DL n.º 31/99/M não dissocia o internamento do tratamento compulsivo: o internamento compulsivo tem apenas como objectivo o tratamento e, após o internamento compulsivo ser autorizado, é desnecessária autorização legal para se aplicar (com algumas limitações) um tratamento compulsivo (vd. questões 1 e 4).

A regulação do tratamento compulsivo pelo DL n.º 31/99/M está de acordo com a maioria das recomendações internacionalmente aceites para este tipo de tratamento, em particular, com as que salvaguardam os direitos fundamentais da pessoa tratada compulsivamente. Tal como as leis de saúde mental recentes de muitos países ocidentais, o DL admite que o tratamento compulsivo seja feito também no ambulatório, segundo o princípio de que este tratamento deve efectuar-se no meio menos restritivo possível. É de assinalar que o DL tenha previsto a possibilidade do tratamento compulsivo ser feito no ambulatório. De facto, com este regime, apesar das limitações impostas à liberdade da pessoa a ele sujeita e das consequências para esta do estigma eventualmente associado ao tratamento, é possível obter, em algumas situações, resultados positivos.^{10 11 12 13}

A regulação do tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental na RAEM apresenta, no entanto, alguns aspectos negativos. Por um lado, o DL n.º 31/99/M estabelece que a regulação dos processos judiciais de tratamento compulsivo é efectuada por um diploma próprio (cf. art. 21.º), mas este diploma, apesar de ser imprescindível para se utilizar adequadamente este tratamento, ainda não foi publicado. Por outro lado, a regulação do tratamento compulsivo pelo próprio DL revela limitações.

¹⁰ Salize HJ, Harald Drefßing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. Germany: Central Institute of Mental Health. 2002. 147-155.

¹¹ Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, 2005, 3:10-11.

¹² O'Reilly R. Why Are Community Treatment Orders Controversial? Can J Psychiatry, 2004, 9:579-583.

¹³ Lawton-Smith S, Dawson J, Burns T. Community treatment orders are not a good thing. Br J Psychiatry, 2008, 193.2: 96-100.

Entre estas inclui-se a avaliação clínico-psiquiátrica do internando poder ser feita em situações não urgentes apenas por um psiquiatra, em vez de ser feita obrigatoriamente por dois, como é recomendado. Outra limitação é a falta de obrigatoriedade de se realizar, antes de se iniciar o internamento compulsivo, uma sessão conjunta que reúna o internando, o requerente do internamento, o juiz, o defensor e outros intervenientes, nomeadamente psiquiatras.

Estas limitações podem, no entanto, justificar-se porque o DL n.º 31/99/M teve que estabelecer um equilíbrio entre os escassos recursos de saúde mental e judiciais disponíveis na RAEM e os direitos individuais do internando ou internado. Note-se que as consequências do tratamento compulsivo afectam não apenas a minoria de pacientes a ele sujeito mas toda a assistência de saúde mental, porque os recursos para este tipo de tratamento têm sempre que ser disponibilizados, independentemente de existirem outras necessidades ou prioridades.

Um estudo sobre tratamentos compulsivos efectuados na RAEM durante os primeiros cinco anos após o DL n.º 31/99/M ter entrado em vigor revelou que os internamentos compulsivos tiveram quotas (percentagem do total dos internamentos psiquiátricos efectuados em cada ano) que variaram entre 0% e 2,4% e taxas (quantidade anual de internamentos compulsivos por 100.000 habitantes) com valores entre 0 e 1,7.¹⁴ Estas quotas e taxas afiguram-se diminutas quando comparadas, por exemplo, com as dos países da União Europeia onde os critérios de tratamento compulsivo são semelhantes aos do DL. Estas reduzidas quotas e taxas estarão relacionadas com um conjunto complexo de factores nomeadamente culturais, sociais, clínicos e legais e não com um factor individual, por exemplo uma morbilidade psiquiátrica reduzida na RAEM. Assim, estas quotas e taxas apontam para a existência na RAEM de uma quantidade apreciável de pessoas que, apesar de apresentarem critérios para tratamento compulsivo, não beneficiam desta alternativa terapêutica.

Para concluir destaca-se que, segundo as orientações de prestação de cuidados psiquiátricos definidas no DL n.º 31/99/M, para se tratar melhor e em maior quantidade pessoas que eventualmente necessitam de iniciar tratamento compulsivo, é fundamental identificá-las precocemen-

¹⁴ Duarte C, Wong F, Kwok WT, et al. Tratamentos compulsivos em Macau: Os primeiros cinco anos. *Acta Med Port*, 2006, 19: 73-78.

te na comunidade. Porém, para se fazer esta identificação, que não pode ser efectuada apenas por profissionais de saúde mental, é indispensável a intervenção de clínicos gerais e outros profissionais de áreas relevantes, que necessitam de saber como o DL regula o tratamento compulsivo da pessoa com distúrbio mental.

Agradecimentos

Agradece-se ao Dr. Eduardo Ribeiro, jurista do Gabinete do Presidente do Tribunal de Última Instância, e ao Dr. Jerónimo Santos, Juiz do Tribunal Judicial de Base, a colaboração prestada para a realização deste estudo cujo texto reflecte apenas a opinião do autor.