

LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DO PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

https://doi.org/10.47907/livro/2020/anomalia_psiquica/1

Miguel Xavier

Professor Catedrático de Psiquiatria – NOVA Medical School/UNL
Director do Programa Nacional para a Saúde Mental-DGS

1. Lei de Saúde Mental: enquadramento e desafios

A existência de um quadro legislativo específico é apontada pela Organização Mundial de Saúde como um dos requisitos fundamentais para o sucesso das políticas, planos e estratégias nacionais de saúde mental, sendo relevante o facto de ainda persistir um número apreciável de países nos quais não existe uma lei de saúde mental, ou em que as matérias da saúde mental não estão sequer refletidas nas leis gerais de saúde (1).

Em Portugal, depois de um longo período em que vigorou a Lei de Saúde Mental n.º 2118, de 1963, a contradição entre a prática de internamento contra a vontade do próprio e o direito fundamental da liberdade individual (artigo 27.º da Constituição), entre outros factores, levou à elaboração da actual Lei de Saúde Mental n.º 36/98, publicada em 1998 e implementada a partir de Janeiro de 1999 em todo o território nacional (2).

Ainda que uma parte significativa do seu articulado esteja focada na regulamentação do regime de internamento compulsivo, a Lei

de Saúde Mental não se limitou a este aspecto em concreto, tendo elencado os direitos e deveres dos utentes, e estabelecido os princípios gerais da política de saúde mental, os quais constituíram os marcos orientadores para a reforma então pretendida, tal como consta do artigo 3.º do texto legal:

1. a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
 - b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
 - c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;
 - d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.
2. Nos casos previstos na alínea d) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional, são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.
 3. A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Este conjunto de princípios, elaborados em consonância com o quadro conceptual preconizado pela Organização Mundial de Saúde, foi complementado pelo Decreto-Lei n.º 35/99 (3), no qual foi disposto um novo regime de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, incluindo os hospitais psiquiátricos, assim como das estruturas de natureza consultiva (Conselho Nacional de Saúde Mental, Conselhos Regionais de Saúde Mental).

Com base nestes dois documentos legais, foi possível realizar avanços importantes na saúde mental portuguesa, nomeadamente a densificação da rede de dispositivos de prestação de cuidados e o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação

psicossocial. No entanto, a falta de planeamento e de apoio político consistente limitou significativamente o avanço da reforma dos serviços, o que levou à decisão governamental de elaboração de um plano nacional de saúde mental (PNSM 2007-16), o qual foi publicado em 2008 como resolução do Conselho de Ministros (4).

É extremamente interessante consultar os vários documentos de avaliação de implementação do PNSM 2007-16 que foram sendo feitos ao longo do tempo, já que de um modo quase constante apontam para um conjunto de problemas e obstáculos à mudança, que não foram obviados pela legislação em vigor:

- Escasso grau de autonomia executiva do Programa Nacional de Saúde Mental;
- Coordenação ineficaz das estruturas do sistema de saúde mental, com grandes assimetrias de recursos a nível regional;
- Reduzida autonomia dos diretores dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- Escassez persistente de recursos humanos não-médicos, por ausência de contratação;
- Modelo de financiamento e gestão inadequados, não se cumprindo a exigência legal de organização dos SLSM em centros de responsabilidade integrada;
- Financiamento proporcionalmente muito inferior à carga global decorrente dos problemas de saúde mental;
- Dificuldades na articulação com os cuidados de saúde primários;
- Desenvolvimento incipiente da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias;
- Inexistência a nível regional (ARS) de mecanismos executivos de monitorização da implementação de projectos e reformas.
- Baixo nível de envolvimento de associações de utentes e familiares.

Estes obstáculos foram particularmente agravados durante o período de intervenção financeira a que o país esteve sujeito, e durante o qual o plano nacional de saúde mental esteve interrompido, sem qualquer desenvolvimento significativo.

Actualmente está em curso a extensão do PNSM a 2020, com base num conjunto de recomendações de natureza política e estratégica (as recomendações técnico-científicas já estavam suficientemente bem explanadas no PNSM 2007-16), que se espera poderem pelo menos ultrapassar alguns daqueles obstáculos.

No entanto, é perfeitamente evidente que, tal como em outros países que conduziram reformas de saúde mental, o sucesso das mesmas está fundamentalmente dependente de dois aspectos: continuidade temporal das políticas e apoio governamental sustentado. Sem estes dois elementos presentes, dificilmente se poderá finalizar uma reforma da saúde mental em Portugal.

Mantêm-se, assim, plenamente actuais os desafios que se colocam ao legislador, uma vez que, duas décadas passadas sobre a publicação da Lei de Saúde Mental, persistem não só violações por vezes grosseiras da Lei, como também são evidentes as insuficiências do actual quadro legislativo no que se refere a questões várias relacionadas com a organização dos serviços de saúde mental. Relativamente à necessidade de actualização da Lei de Saúde Mental, voltaremos a esse assunto na última parte deste texto.

2. Direitos humanos: do internamento compulsivo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Em Portugal o internamento compulsivo está regulamentado pela Lei de Saúde Mental, a qual segue um modelo de tipo judicial, que procura em primeiro lugar garantir os direitos fundamentais do internando. Na prática, o internamento compulsivo, tanto na modalidade de processo comum como através do serviço de urgência, está invariavelmente dependente de uma decisão dos tribunais, só sendo possível quando se confirmam os pressupostos do artigo 12.º da Lei de Saúde Mental:

- “O portador 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 recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.”;
- “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”.

De acordo com os princípios gerais da Lei de Saúde Mental (tratamento no meio menos restritivo possível), o internamento compulsivo só poderá ser autorizado quando constituir a única maneira de se aplicar o tratamento necessário ao internando, uma vez esgotadas todas as restantes alternativas de abordagem terapêutica. De acordo com os mesmos princípios, que valorizam prioritariamente a protecção e promoção da saúde mental, o internando deverá passar a regime ambulatorio logo que clinicamente tal seja possível, havendo ainda a possibilidade intermédia de passagem a regime ambulatorio compulsivo, que constitui um meio menos restritivo que o internamento fechado.

A preocupação com a garantia dos direitos humanos está implícita (e explícita) na Lei de Saúde Mental em diversos pontos do articulado: filosofia geral de tipo judicial, manutenção dos direitos do internando (ex. voto, comunicação com a família, direito de representação, envio/recepção de correspondência, visitas, culto religioso, confidencialidade), condução e legitimação do processo de internamento da responsabilidade de um juiz, que salvaguarda a manutenção e exercício dos direitos do internando durante todo o processo (informação/notificação à família, nomeação de defensor oficioso ou escolhido pelo doente, presença nas sessões, recurso, revisão a pedido do internando, revisão obrigatória após dois meses de internamento).

A avaliação externa desta prática está a cargo da Comissão para Acompanhamento da Execução do Regime de Internamento Compulsivo, criada pela Lei de Saúde Mental no artigo 38.º, que anualmente elabora um relatório das suas actividades. Dentro dos problemas mais frequentemente reportados por esta Comissão está a dificuldade de obtenção de dados estatísticos sobre o internamento compulsivo em Portugal, por ausência de mecanismo de registo *online*, sendo dada também relevância à questão conceptual do tratamento compulsivo versus internamento compulsivo, assim como à possibilidade de o regime de ambulatorio compulsivo poder ser decretado sem a necessidade de ocorrência de um internamento compulsivo prévio.

Ainda assim, apesar de problemas inerentes a procedimentos que implicam uma elevada complexidade, nomeadamente pela existência de interfaces entre áreas com bases epistemológicas substancialmente diferentes, e que deverão ser revisitados numa próxima revisão da Lei de Saúde Mental, é indiscutível que a regulamentação do internamento compulsivo veio trazer um significativo avanço na garantia dos direitos dos internandos, numa prática que há muito se encontra implementada de forma consistente em todo o território nacional.

No entanto, o internamento compulsivo não é de modo algum um procedimento isento de críticas. A garantia dos direitos humanos, não só dos internandos como de todos os indivíduos com perturbações psiquiátricas, tem sido aliás a base de uma controvérsia que tem vindo a crescer nos meios ligados à saúde mental em geral, centrada na aparente incompatibilidade entre o instituto do internamento compulsivo e determinados artigos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (5).

Ao ratificar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, através da Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, publicada no Diário da República, n.º 146, Série I, de 30 de julho, Portugal comprometeu-se, em matéria de direitos humanos, a cumprir e a transpor para a legislação nacional as disposições previstas naquela Convenção.

A CDPD, elaborada com a participação activa de pessoas com deficiência, tem como objectivo proteger e promover os direitos de todas as pessoas com deficiência de qualquer tipo, estabelecendo uma gama completa de direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais. Uma vez ratificada, e dadas as suas implicações jurídicas e políticas, a CDPD requer que os países adequem o seu quadro legal e administrativo com vista a uma correcta implementação.

A Convenção promove um modelo social da deficiência, em que esta é vista não como uma limitação do próprio, mas sim como o resultado da interação entre a pessoa com deficiência e um ambiente que contém diversas barreiras a nível físico, comportamental, social e de comunicação: neste sentido, a eliminação destas barreiras é o elemento-chave na diminuição da incapacidade e, consequentemente, da maior participação na sociedade.

A CDPD introduz novos paradigmas em várias dimensões, com repercussões inequívocas na legitimidade dos pressupostos para o internamento compulsivo. Segundo esta nova perspectiva, a maioria das pessoas com perturbações mentais mantém a capacidade de fazer escolhas e decisões informadas sobre assuntos importantes que afetam suas vidas, tal como é sublinhado no n.º 2 do artigo 12º, que estabelece que “os Estados reconhecerão que as pessoas com deficiência desfrutam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais em todos os aspectos da vida”. Passa-se assim de uma suposição de que pessoas com deficiência mental são incapazes de tomar decisões, para um novo paradigma de presunção de capacidade e, consequentemente, de competência, mesmo que com necessidade de apoio (modelo de tomada de decisão apoiada).

Por outro lado, o artigo 14º vem igualmente trazer uma mudança radical de paradigma, ao enunciar que as pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais, (i) *gozam do direito à liberdade e segurança individual*, e (ii) *Não são privadas da sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária e que qualquer privação da liberdade é em conformidade com a lei e que a existência de uma deficiência não deverá, em caso algum, justificar a privação da liberdade*.

Nos últimos anos tem surgido abundante literatura sobre o impacto destes dois artigos nas legislações nacionais sobre internamento compulsivo, uma vez que uma leitura estrita da CDPD parece retirar a legitimidade a qualquer tipo de internamento contra a vontade do próprio, sendo essa aliás a posição do UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, assim como de outras instâncias internacionais de relevo (Special Rapporteur on Disability, Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, UN Working Group on Arbitrary Detention, UN High Commissioner on Human Rights).

Não sendo possível neste espaço efectuar uma análise aprofundada desta problemática, apontam-se sucintamente alguns dos argumentos que mais frequentemente têm sido trazidos a esta discussão (6).

Assim, vários críticos desta posição mais radical sustentam que os aspectos mais controversos não decorrem diretamente do texto da CDPD, mas das interpretações fornecidas pelo Comité da ONU criado para monitorizar a implementação da Convenção.

No mesmo sentido, apontam a possibilidade de a leitura estrita dos artigos 12.º e 14.º violar o artigo 25º da mesma Convenção (*Direito ao mais alto padrão de saúde possível*), uma vez que dificilmente se poderá considerar que uma pessoa em surto psicótico agudo que recusa qualquer ajuda estará, de facto, a usufruir do ‘direito ao mais alto padrão de saúde possível’.

Por outro lado, ao assumir-se que a capacidade mental e a capacidade legal são independentes, podendo a segunda permanecer sem a primeira, para evitar qualquer tipo de discriminação, pode estar a incorrer-se numa situação em que a resultante poderá ser muito mais desvantajosa para o doente. Imaginemos uma pessoa com uma perturbação psiquiátrica já conhecida, que se encontra em estado confusional agudo por uma situação orgânica potencialmente fatal, e que recusa tratamento. Não estando presente a capacidade mental, será lícito que a manutenção estrita da capacidade legal coloque em risco a vida do doente? Ou, pelo contrário, a presunção universal de capacidade legal e a primazia da tomada de decisão apoiada não devem, portanto, ser consideradas absolutas, podendo existir situações de excepção, sem que isso constitua inexoravelmente uma violação dos direitos da pessoa?

É inevitável que surjam num futuro próximo desenvolvimentos neste impasse, uma vez que não poderá deixar de se encontrar uma ou mais alternativas à situação actual, que coloca os governos que ratificaram a Convenção numa posição extremamente complexa no que se refere à obrigatoriedade de adequar as respectivas leis de saúde mental à CDPD. Talvez não seja impossível encontrar uma formulação que salvguarde o papel dado à capacidade de tomada de decisão, mas que simultaneamente não exclua a possibilidade de internamento compulsivo uma vez esgotadas todas as tentativas de suporte externo.

3. Sistema forense: vectores principais de reconfiguração

As características específicas de algumas perturbações psiquiátricas, assim como de determinados perfis disfuncionais de personalidade, acarretam o aparecimento frequente de problemas de saúde mental que transcendem pelas suas consequências o sector da saúde, exigindo intervenções que implicam a participação simultânea de

dispositivos dos Ministério da Saúde e da Justiça. Este facto é transversal a todos os modelos de sociedade e de localização geográfica, embora as respostas às necessidades neste campo variem substancialmente com os modelos utilizados nas diferentes estratégias nacionais.

Em 2007, por altura da elaboração do plano nacional de saúde mental, a então designada Coordenação Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) listou quatro áreas a necessitar de uma atenção especial, pelas suas implicações clínicas e legais:

- Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a inimputáveis internados;
- Prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a pessoas com perturbações psiquiátricas que se encontram em estabelecimentos prisionais;
- Elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas;
- Prestação de cuidados mandatados por decisão judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.

Paralelamente, inscreveu como prioridade a existência de três serviços de internamento para doentes inimputáveis a cumprir medida de segurança, situados em hospitais psiquiátricos no Porto, em Coimbra e em Lisboa, que pudessem complementar as respostas insuficientes dos serviços homólogos pertencentes ao Ministério da Justiça, um dos quais (Estabelecimento Prisional de St.^a Cruz do Bispo) estava assinalado como tendo problemas estruturais muito significativos, que já na altura faziam prever o seu encerramento a médio prazo.

Por diversas circunstâncias, o diagnóstico destes problemas não teve consequências em termos de constituição de grupos de trabalho inter-ministeriais, assim como não tiveram consequências práticas as recomendações da avaliação do sistema forense efectuada em 2008 pela Inspeção Geral dos Serviços de Justiça. Igualmente infrutíferas foram as várias reuniões inter-ministeriais ocorridas até 2015, nomeadamente para resolução dos problemas de pagamento entre instituições.

Durante todo o período de intervenção financeira nada mais ocorreu no desenvolvimento do sistema forense português,

à excepção da construção de uma nova unidade de internamento para inimputáveis no Hospital Júlio de Matos (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa), efectuada a partir da excelente requalificação imobiliária de um dos pavilhões do Hospital.

Em resumo, em 2018 o sistema forense era composto, a nível do Ministério da Saúde, por duas unidades de internamento, em Lisboa (CHPL) e em Coimbra (Hospital Sobral Cid, CHUC), esta última com insuficiências logísticas significativas, faltando a unidade prevista para o Hospital Magalhães de Lemos. A nível do Ministério da Justiça, pelo Estabelecimento Prisional de St.^a Cruz do Bispo (Matosinhos) e pela enfermaria de psiquiatria do Hospital Prisional de São João de Deus (Caxias), a qual estava originalmente vocacionada para o tratamento episódico de perturbações psiquiátricas de reclusos dos diversos estabelecimentos prisionais de todo o país, e não propriamente para o internamento a longo prazo de indivíduos em medida de segurança.

O reconhecimento da insuficiência das respostas existentes no país, assim como o efeito cumulativo das sucessivas recomendações preconizadas pelo organismo ‘European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment’ (7), levou a que o desenvolvimento do sistema forense em Portugal fosse considerado uma prioridade para ambos os Ministérios. Com a extensão do plano de saúde mental a 2020, surgiu uma oportunidade de iniciar uma reconfiguração do sistema forense a nível nacional, com o objectivo de o aproximar em termos logísticos e funcionais dos sistemas existentes nos outros países da Europa Ocidental. Falamos de reconfiguração e não de actualização, porque o que está em causa não é apenas um aumento da capacidade de internamento dos serviços, ou sequer do número de unidades disponíveis. O sistema forense em Portugal sofre de várias limitações, algumas das quais comuns aos serviços de saúde mental, em que se somam problemas de instalações, problemas de funcionamento, mas acima de tudo inadequações quanto à arquitetura do modelo.

Por motivos vários, os serviços forenses não acompanharam as profundas transformações ocorridas nesta área nas últimas duas décadas, e continuam a funcionar, mau grado o enorme empenho e motivação dos seus profissionais, com uma dinâmica organizativa obsoleta, em que o problema nuclear reside na diminuta articulação

efectiva com a comunidade, entendida em sentido lato. Ao fundar-se em estruturas isoladas, pouco articuladas quer com os serviços locais de saúde mental, quer com as respostas da Segurança Social, o actual modelo funcional das unidades forenses não facilita de modo algum a transição para a comunidade do indivíduo a cumprir medida de segurança, com implicações várias, entre as quais o eventual prolongamento do internamento por motivos de ausência de resposta habitacional/social, algo que já foi sublinhado em relatório recente do CPT, a propósito de casos concretos detectados nas visitas do Comité a unidades forenses.

Tal já estava subentendido no PNSM 2007-2016, tendo sido de novo sublinhado na extensão do Plano a 2020, que veio apontar a necessidade de uma nova arquitetura para o sistema forense nacional, incorporando a filosofia e as orientações estratégicas do PNSM 2007-16 (foco na prestação na comunidade, continuidade de cuidados, articulação inter-sectorial e promoção dos direitos humanos das pessoas doentes).

A publicação do decreto-lei n.º 70/2019 (8), que veio regulamentar o funcionamento das unidades forenses em meio não-priisional, deu um contributo relevante para o processo de reconfiguração do sistema forense de que o país há muito necessitava. Com efeito, para além dos aspectos de natureza jurídica e procedimental, este decreto-lei foi elaborado à luz das concepções mais actualizadas nesta área, em que as dimensões da continuidade de cuidados e da facilitação do trajecto do indivíduo para a comunidade assumem um papel absolutamente nuclear, tendo introduzido no articulado disposições específicas no sentido de promover estas mesmas dimensões.

No contexto de elaboração deste decreto-lei, o Programa Nacional de Saúde Mental/DGS elencou um conjunto de recomendações em diversas áreas, subscritas por todo o grupo de trabalho, que uma vez implementadas poderá constituir uma verdadeira mudança no modelo de funcionamento do sistema. Sinopticamente, as reformas deverão abranger os seguintes pontos:

- a. Conclusão da rede de unidades forenses – com a abertura recente da nova unidade forense no Hospital Magalhães de Lemos, persiste como necessária a requalificação da unidade do Hospital Sobral Cid. A isto acresce a necessidade, no seio do Ministério da Justiça, de requalificação das suas próprias

- unidades. Inclui-se aqui também o reforço dos vários grupos profissionais, sem os quais não é possível qualquer mudança significativa no funcionamento.
- b. Mecanismos de transição para a comunidade – embora a existência de unidades modernas, bem apetrechadas e com recursos humanos adequados seja uma condição necessária num bom sistema forense, não é por si só uma condição suficiente. Tal como acontece com os restantes doentes com perturbações psiquiátricas graves, a integração e ressocialização na comunidade exige uma articulação contínua e próxima entre os agentes interessados: a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, as unidades forenses, os serviços locais de saúde mental e as respostas sociais, nomeadamente as disponibilizadas pela Segurança Social. Com efeito, a continuidade de cuidados após o fim da medida de segurança só será garantida se existir um sistema de referência eficaz entre estes agentes, e se existirem mecanismos que facilitem previamente a colocação em liberdade para prova. Dentro destes mecanismos, saliente-se a futura criação de unidades residenciais de transição, associadas a cada um dos três serviços de psiquiatria forense (Porto, Coimbra e Lisboa), que permitam a antecipação de saída da unidade forense, mas ao mesmo tempo constituam um espaço de ressocialização durante o período de liberdade para prova, evitando a transição abrupta da unidade para a comunidade, que por vezes não está minimamente preparada para reintegrar o doente.
 - c. Respostas residenciais – sabendo-se que em determinadas circunstâncias (desenraizamento social, natureza do crime, envolvimento familiar) não existe uma rede suficientemente sustentada que permita a reintegração residencial do indivíduo, são necessárias respostas, seja do setor público, privado ou social, com várias tipologias, adequadas ao seu acolhimento residencial, sob risco de descompensação psicopatológica por interrupção da continuidade de cuidados.

Esta reconfiguração acrescenta complexidade ao sistema forense actual, requerendo por isso mesmo a implementação simultânea de mecanismos de acompanhamento, de avaliação de qualidade e de garantia dos direitos dos internados. No entanto, poderá aproximar

o país das boas práticas em curso nos países congéneres da Europa Ocidental, e modernizar um sistema que se encontra imutável desde há décadas.

4. Revisão da Lei de Saúde Mental: uma nova oportunidade

A Lei de Saúde Mental, publicada em 1998, constituiu indiscutivelmente um momento de mudança de paradigma, tanto do ponto de vista do regulamento do internamento compulsivo, como da enunciação dos princípios gerais subjacentes à prestação de cuidados de saúde mental. Complementada com o Decreto-Lei n.º 35/99, posteriormente revisto em 2009 (9), permitiu um desenvolvimento significativo em matéria de cumprimento de direitos humanos e de orientação conceptual para a organização estrutural dos dispositivos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental à população portuguesa.

Duas décadas passadas sobre a sua publicação, estamos de novo num momento em que claramente se impõe uma revisão da legislação desta área, não tanto pelo desgaste ou desenquadramento da lei, mas fundamentalmente pela emergência de novos contextos conceptuais e técnico-científicos que necessariamente têm de ser incorporados nos textos legislativos, assim como de novas exigências jurídicas na proteção dos direitos fundamentais.

Com efeito, nos últimos 20 anos ocorreram mudanças de tal modo profundas em várias dimensões da saúde mental ou de áreas com as quais a saúde mental tem intersecções relevantes, que não é possível adiar por mais tempo o processo de revisão da legislação de saúde mental, sob risco de o país não acompanhar os principais movimentos internacionais em curso nesta matéria.

Ao longo do texto fomos fazendo referência a algumas destas dimensões: o advento dos direitos humanos, o conhecimento da magnitude e prevalência das perturbações psiquiátricas, o empoderamento crescente de movimentos de utentes e familiares, o reconhecimento da transversalidade da saúde mental relativamente a todas as dimensões da vida social (individual, escolar, laboral, etc.), a que podemos associar o movimento imparável do *recovery* (10). Cada uma destas dimensões engloba tanto aspectos consensuais como áreas polémicas, de que a compatibilização entre legislação de

saúde mental (no que se refere ao internamento compulsivo) com a CDPD é um exemplo bem ilustrativo.

Para além destas dimensões, que têm um carácter mais universalista, deve ser igualmente sublinhada a publicação de legislação nacional sobre matérias que têm implicações directas na saúde mental, de que são exemplos a Lei do Maior Acompanhado e o Decreto Lei n.º 70/2019, que adapta as regras aplicáveis à execução das medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional.

Nestas circunstâncias, a revisão da lei de saúde mental reveste-se inevitavelmente de novas complexidades, que deverão constituir matéria de reflexão aprofundada para todos os interessados. Não se trata apenas de incluir no texto legislativo as matérias a que já aludimos: pelo contrário, o processo pelo qual a revisão será feita terá um papel primordial no sucesso da mesma, assumindo particular destaque a participação de representantes de utentes e famílias não apenas na fase de discussão pública, mas ao longo de todo o processo de revisão da lei.

Da mesma forma, a consulta dos diversos *stakeholders* afigura-se como uma das iniciativas com maior potencialidade neste processo, quer pela possibilidade de uma discussão informada por uma grande variedade de perspectivas e modelos conceptuais, quer pela facilitação na criação dos consensos necessários para o texto final da lei.

Se se conseguirem integrar de forma harmoniosa os contributos da evidência científica, da protecção dos direitos humanos, dos novos modelos de organização dos serviços e de prestação de cuidados, num contexto de participação e discussão alargada, estarão reunidas todas as condições necessárias para que a revisão do texto legislativo forneça um novo impulso para a melhoria do estado da saúde mental em Portugal.

Referências

1. Mental Health ATLAS 2017. Ed. WHO, Geneva. Acesso online: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
2. Lei de Saúde Mental. Ed. DRE n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24. Acesso online: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

3. Decreto-Lei n.º 35/99. Ed. DRE n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05. Acesso online: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/35/1999/02/05/p/dre/pt/html>
4. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Ed. DRE n.º 47/2008, Série I de 2008-03-06. Acesso online: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/49/2008/03/06/p/dre/pt/html>
5. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. UN. Acesso online: <https://www.dgs.pt/em-destaque/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.aspx>
6. *World Psychiatry* 18/1 (February 2019). Ed. WPA. Acesso online: <https://online-library.wiley.com/toc/20515545/2019/18/1>
7. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Reports. Council of Europe. Acesso online: <https://www.coe.int/en/web/cpt/portugal>
8. Decreto-Lei n.º 70/2019. DRE n.º 100/2019, Série I de 2019-05-24. Acesso online: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/70/2019/05/24/p/dre/pt/html>
9. Decreto-Lei n.º 304/2009. DRE n.º 205/2009, Série I de 2009-10-22. Acesso online: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/304/2009/10/22/p/dre/pt/html>
10. JACOB, S. / MUNRO, I. / TAYLOR, B.J. / GRIFFITHS, D. “Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature”. *Collegian*. 24/1 (2017) 53-61. DOI:10.1016/j.colegn.2015.08.001