



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARGARIDA PIRES DE MOURA DA SILVA ROUXINOL

***INTERNAMENTOS COMPULSIVOS: REVISÃO DA CASUÍSTICA DOS
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA NO PERÍODO 2016-2019***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS

DR. DAVID MANUEL GOMES MOTA

Março/2021

INTERNAMENTOS COMPULSIVOS: REVISÃO DA CASUÍSTICA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA NO PERÍODO 2016-2019

Margarida P. Rouxinol¹, David G. Mota^{1,2,3}, António Ferreira de Macedo¹⁻⁴

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

³ Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

⁴ Centro de Neurociências e Biologia Celular-IBILI, Coimbra, Portugal

Contactos:

Aluno: Margarida Pires de Moura da Silva Rouxinol

Telefone: 919171243

Email: margaridarouxinol@hotmail.com

Resumo

Introdução: A criação da Lei de Saúde Mental, há mais de 20 anos, possibilitou a regulamentação dos Internamentos compulsivos, o que gerou intenso debate e reflexão. Contudo, essa intensidade inicial foi seguida de escassa publicação de investigação clínica sobre a epidemiologia dos internamentos compulsivos. O presente estudo pretende caracterizar o padrão de indivíduos submetidos a internamentos compulsivos, traçando um perfil.

Metodologia: Num estudo retrospectivo, foram recolhidas 319 notas de alta de indivíduos submetidos a internamentos compulsivos no Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), ocorridos no período de 2016-2019. Após recolha da informação foram analisadas primeiro variáveis sociodemográficas dos indivíduos, como o género, faixa etária, estado civil e situação laboral. De seguida, variáveis clínicas, como a duração do internamento, número de internamentos anteriores, reinternamentos no período de 2016-2019, comportamentos aditivos, destino na alta, diagnóstico na admissão e diagnóstico na alta, tratamento farmacológico na admissão, tratamento farmacológico na alta, fármaco injetável de longa duração na admissão, fármaco injetável de longa duração na alta e, por último, circunstâncias legais do internamento. As variáveis foram descritas por medidas paramétricas de tendência central e dispersão, utilizou-se o teste t de *Student* e o teste de Qui-Quadrado para comparação das pontuações médias e exploraram-se as relações entre as variáveis calculando os coeficientes de correlação de Pearson e realizando análises de regressão linear.

Resultados: Verificou-se um predomínio de indivíduos do género masculino, com idades compreendidas entre 40-49 anos, solteiros e desempregados, com uma média de duração do internamento de 2-4 semanas. A maioria, com antecedentes de múltiplos internamentos anteriores, sem reinternamentos no período de 2016-2019, sem comportamentos aditivos e com continuação do tratamento compulsivo em regime ambulatorio. Na admissão e na alta a esquizofrenia representou o diagnóstico mais frequente, não estando os doentes a fazer nenhum tratamento farmacológico na admissão e, na alta, a associação de antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas foi o tratamento farmacológico mais frequente. Verificou-se que a maioria dos doentes não se encontravam medicados com antipsicótico injetável de longa duração antes e após o internamento.

Conclusão: No presente estudo realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, estabeleceu-se o perfil-tipo do indivíduo sujeito a internamento compulsivo como Homem, na

faixa etária dos 40-49 anos, solteiro e desempregado, com uma duração média de internamento de cerca de 2-4 semanas, com múltiplos internamentos psiquiátricos anteriores e com diagnóstico frequente na admissão e na alta, de Esquizofrenia.

Palavras-chave: Saúde mental; Epidemiologia; Tratamento psiquiátrico involuntário

Abstract

Introduction: The creation of the Mental Health Law over 20 years ago made it possible to regulate compulsory hospitalizations, which have caused intense debate and reflection. However, this intensity was not followed by substantial publications of clinical research on the epidemiology of compulsory hospitalizations. This study intends to characterize the model of patients submitted to compulsory hospitalizations by drawing a profile.

Methodology: In a retrospective study, 319 discharge notes were collected from compulsory hospitalizations at polo Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, between 2016-2019. While gathering information, sociodemographic variables of individuals were first analyzed, such as gender, age group, marital and employment status. Then, clinical variables, such as length of hospital stay, number of previous hospitalizations, readmissions between 2016-2019, addictive behaviors, destination at discharge, diagnose at admission and diagnose at discharge, pharmacological treatment before admission, pharmacological treatment after discharge, long-term injectable antipsychotic before admission and long-term injectable antipsychotic after discharge and legal circumstances of hospitalization. The variables were described using parametric measures of central tendency and dispersion and student t test and Chi-square test were used to compare the mean scores. In order to explore the relations between the variables, Pearson's correlation coefficients were calculated, and linear regression analyses were performed.

Results: There was a predominance of male individuals, aged between 40-49 years, single and unemployed, with a length of hospital stay of 2-4 weeks, submitted to multiple previous hospitalizations, the majority without readmissions between 2016-2019, without addictive behaviors and with continued compulsory treatment on an outpatient basis. At admission and at discharge, schizophrenia was the most frequent diagnosis, with no pharmacological treatment before admission and an association of atypical antipsychotics and benzodiazepines as the most frequent pharmacological treatment at discharge. Most of the patients before admission and at discharge were not treated with long-term injectable antipsychotic.

Conclusion: In the present study carried out at Hospitais da Universidade de Coimbra it was possible to establish a profile of the patient submitted to compulsory hospitalization as a man, aged 40-49 years, single and unemployed, with a length of hospital stay of 2-4 weeks, submitted to multiple previous hospitalizations and with schizophrenia as the most frequent diagnosis at admission and discharge.

Keywords: Mental health; Epidemiology; Involuntary psychiatric treatment

Introdução

A Lei de Saúde Mental/LSM (Lei nº 36 de 24 de Julho de 1998) estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica. A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.[1] Tendo por base esta premissa, perante a recusa de algumas pessoas com doença mental face à clara necessidade de tratamento e que por fruto da sua condição possam colocar em risco a sua integridade e do seu mundo envolvente, este diploma legal de ordenamento jurídico constitui uma ferramenta de resposta societária.[2]

A publicação da LSM, há cerca de 20 anos, ainda que tenha gerado intensa argumentação e reflexão, não se fez acompanhar de investigação clínica sobre a epidemiologia dos internamentos compulsivos, igualmente intensa. Tal facto despoletou nos autores a pertinência para a realização do presente estudo.

No sentido de minimizar a ocorrência de períodos de descompensação, favoráveis a posteriores internamentos compulsivos, a consequente deterioração psíquica dos doentes e, ainda, os encargos financeiros associados aos internamentos e tendo por base os benefícios de uma intervenção precoce e acompanhamento regular e estruturado, os autores procuraram caracterizar o perfil/tipo de doente submetido a internamento involuntário em Portugal, avaliando variáveis sociodemográficas e clínico-legais.

Para tal, realizou-se uma revisão dos internamentos compulsivos ocorridos no Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) no CHUC no período 2016-2019. A área de referência a este Pólo da instituição hospitalar abarcava à data uma população estimada em cerca de 116.512 habitantes.[3]

Metodologia

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo retrospectivo tendo-se definido como população da investigação, os doentes internados no serviço de psiquiatria dos HUC no período de 2016-2019.

O presente estudo teve o parecer positivo da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra a 20 de janeiro de 2021.

Seleção dos participantes

Os critérios de inclusão da amostra foram os internamentos hospitalares compulsivos ocorridos no serviço de psiquiatria dos HUC, no período de 2016-2019. Os critérios de exclusão da amostra foram os internamentos hospitalares voluntários ocorridos no serviço de psiquiatria dos HUC, no período de 2016-2019.

A amostra final foi constituída por 319 internamentos compulsivos no serviço de psiquiatria dos HUC, no período de 2016 a 2019.

Recolha dos dados

Foram recolhidas 319 notas de alta de indivíduos internados compulsivamente no serviço de psiquiatria dos HUC, no período de 2016-2019. Procedeu-se à recolha de informação, com base na análise de variáveis sociodemográficas como o género, faixa etária, estado civil, situação laboral, variáveis clínicas, como a duração do internamento, número de internamentos anteriores, reinternamentos no período de 2016-2019, destino na alta, diagnóstico na admissão e diagnóstico na alta segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), tratamento farmacológico na admissão, tratamento farmacológico na alta, fármaco injetável de longa duração na admissão, fármaco injetável de longa duração na alta, comportamentos aditivos e circunstâncias legais do internamento. As informações recolhidas foram inseridas numa base de dados sem o nome do doente, garantindo-se ao longo de todo o estudo, a confidencialidade dos mesmos.

Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) – versão 27. Efetuou-se uma primeira análise e limpeza, com o intuito de eliminar os dados que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos.

Foram descritas as variáveis através de medidas paramétricas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A distribuição das variáveis (normal) e o tamanho da amostra permitiram o uso de testes paramétricos para a comparação das pontuações médias, tendo sido utilizados o teste t de *Student* e o teste de Qui-Quadrado. Para explorar as relações entre as variáveis foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson. Foram ainda realizadas análises de regressão linear.

Resultados

Na amostra recolhida foram incluídos 245 (76.8%) indivíduos do género masculino e 74 (23.2%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos, com maior prevalência, 135 (42.3%), na faixa etária dos 40 aos 49 anos (Figura 1).

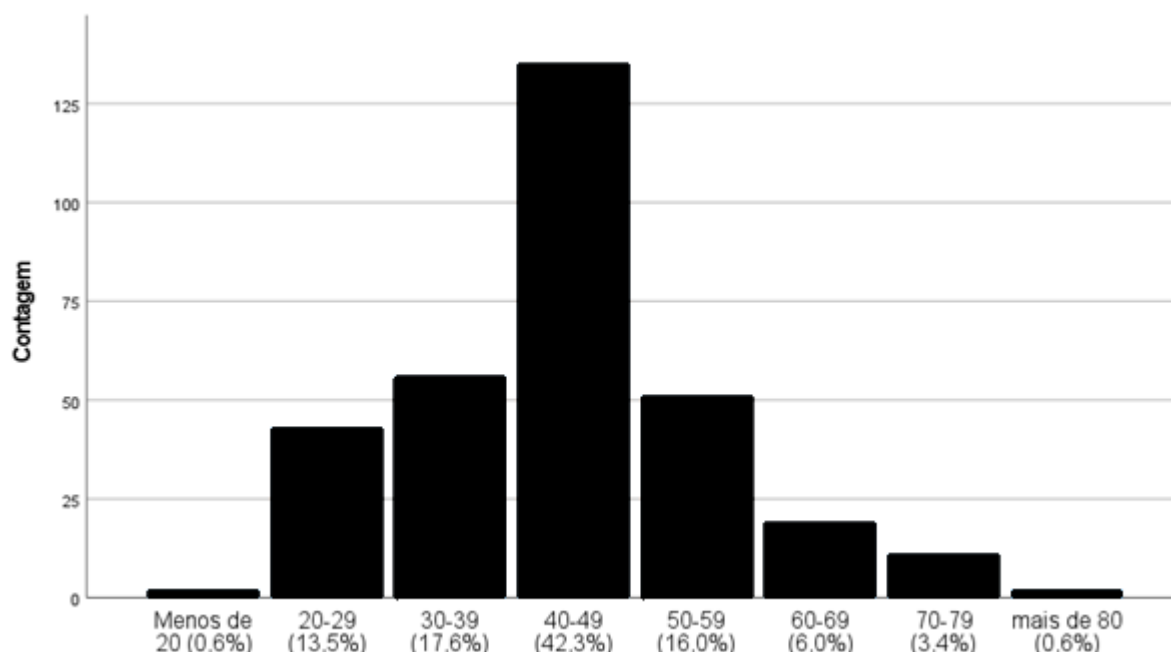


Figura 1 – Distribuição da amostra por faixas etárias

No respeitante ao estado civil, 254 (79.6%) eram solteiros, 36 (11.3%) eram casados ou viviam em união de facto, 21(6.6%) eram divorciados e 8(2.5%) eram viúvos. Em relação à situação laboral, designada segundo a Classificação Portuguesa das Profissões 2010,[4] a mais frequente foi a de desempregado com 221 (69.3%) indivíduos, seguida pela de reformado com 38(11.9%) indivíduos. No que respeita às restantes situações laborais, a divisão é muito semelhante, existindo 18 (5.6%) trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 11(3.4%) domésticas, 10 (3.1%) especialistas das atividades intelectuais e científicas e 9 (2.8%) estudantes.

A maioria dos internamentos, 150 (47.0%), teve a duração de 2 a 4 semanas, 64 (20,1%) 1-2 semanas, 63 (19,7%) 1-2 meses, 32 (10,0%) menos de 8 dias e 10 (3,1%) 2-6 meses.

Verificou-se que 109 (34.1%) indivíduos já haviam sido internados previamente três ou mais vezes, 90 (28.2%) nenhuma vez, 78 (24.5%) uma vez e 42 (13.2%) duas vezes.

No período de 2016-2019, verificou-se que 2018 foi o ano com maior número de internamentos compulsivos 95 (29,8%), seguido do ano de 2019 com 80 (25,1%), 2017 com 78 (24,5%) e 2016 com 66 (20,7%). Constatou-se ainda que 116 (36,4%) indivíduos tiveram reinternamentos no período 2016-2019 e 203 (63,6%) não.

Relativamente ao destino aquando da alta 195 (61,1%) dos indivíduos mantiveram-se em regime ambulatorio compulsivo, 75 (23,5%) em regime ambulatorio voluntario, 33 (10,3%) foram transferidos para outras instituições (instituições de solidariedade social, hospitais da área de residência) e 16 (5,0%) tiveram outros destinos (morte durante o internamento, fuga da instituição ou transferência para outro serviço dos HUC).

Em relação às circunstâncias legais dos internamentos, verificou-se que 63% ocorreram sob mandado, por condução do doente pela Polícia de Segurança Pública, ao serviço de urgência de psiquiatria dos HUC e 25% ocorreram por determinação judicial, por incumprimento dos termos de tratamento compulsivo em regime ambulatorio.

Nos diagnósticos na admissão, o mais prevalente foi a esquizofrenia (F20), com 129 (40,4%) doentes, seguida das perturbações psicóticas agudas e transitórias (F23) em 45 (14,1%) indivíduos e o menos prevalente, um dos diagnósticos considerados na categoria outros, nomeadamente as perturbações globais do desenvolvimento (F84) (Tabela 1).

Tabela 1: Diagnóstico na admissão segundo a classificação CID 10

Diagnóstico na admissão	N	(%)
F19 – Perturbações mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	16	(5,0)
F10 – Perturbações mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	7	(2,2)
F23 – Perturbações psicóticas agudas e transitórias	45	(14.1)
F22 – Perturbação delirante persistente	24	(7.5)
F20 – Esquizofrenia	129	(40.4)
F31 – Perturbação afetiva bipolar	35	(11.0)
F60 – Perturbação da personalidade específica	38	(11.9)
F79 – Debilidade Mental não especificada	7	(2.2)
Outros (F00 – Demência de Alzheimer, F01 – Demência vascular, F03 – Demência não especificada, F05 - Delirium, F41 – Outras perturbações de ansiedade, F50 – Perturbações da alimentação, F84 – Perturbações globais do desenvolvimento)	18	(5.6)

Nos diagnósticos na alta, o mais prevalente foi a esquizofrenia (F20) com 140 (43,9%) doentes, seguida da perturbação da personalidade específica (F60) em 42 (13,2%) indivíduos, sendo que dentro desta categoria, a perturbação de personalidade paranóide (F60.0) foi a mais prevalente e o menos prevalente foi um dos diagnósticos considerados na categoria outros, nomeadamente as perturbações globais do desenvolvimento (F84) (Tabela 2).

Tabela 2: Diagnóstico na alta segundo CID 10

Diagnóstico na alta	N	(%)
F23 – Perturbações psicóticas agudas e transitórias	26	(8.2)
F19 – Perturbações mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	22	(7,0)
F10 – Perturbações mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	7	(2,1)
F22 – Perturbação delirante persistente	20	(6.3)
F20 – Esquizofrenia	140	(43.9)
F31 – Perturbação afetiva bipolar	35	(11.0)
F60 – Perturbação da personalidade específica	42	(13.2)
F79 – Debilidade Mental não especificada	8	(2.5)
Outros (F00 – Demência de Alzheimer, F01 – Demência vascular, F03 – Demência não especificada, F05 - Delirium, F41 – Outras perturbações de ansiedade, F50 – Perturbações da alimentação, F84 – Perturbações globais do desenvolvimento)	19	(6.0)

Cerca de 90,9% (n=290) dos indivíduos não tiveram alteração do diagnóstico entre a admissão e a alta.

No referente a comportamentos aditivos, documentou-se em 43 (13,5%) indivíduos abuso ou dependência de álcool. O consumo de substâncias ilícitas registou-se em 100 (31,3%) indivíduos.

O consumo de substâncias ilícitas correlacionou-se com um maior número de reinternamentos (qui quadrado = 4,70; $p < 0.05$) e foi um preditor significativo do número de reinternamentos ($B = 0.534$; $p < 0.05$), não se tendo verificado o mesmo com o consumo de álcool.

Relativamente ao tratamento farmacológico na admissão, 157 (49,1%) faziam antipsicóticos atípicos, 110 (34,3%) antipsicóticos típicos e 76 (23,8 %) não faziam nenhum tipo de tratamento farmacológico. Dos 157 doentes que faziam antipsicóticos atípicos, 45 (14,1%) faziam somente antipsicóticos atípicos e 112 (35%) faziam antipsicóticos atípicos em associação: 32 (10,0%) com benzodiazepinas, 20 (6,3%) com estabilizadores de humor, 17 (5,3%) com antipsicóticos típicos + benzodiazepinas, 17 (5,3%) com antipsicóticos típicos, 10 (3,1%) com antipsicóticos típicos + benzodiazepinas + outros, 8 (2,5%) com antipsicóticos

típicos + benzodiazepinas + estabilizadores de humor, 4 (1,3%) com antidepressivos + benzodiazepinas, 2 (0,6%) com benzodiazepinas + estabilizadores de humor e 2 (0,6%) com antidepressivos. Dos 110 doentes que faziam antipsicóticos típicos, 36 (11,3%) faziam somente antipsicóticos típicos e 74 (23%) faziam antipsicóticos típicos em associação: 17 (5,3%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas, 17 (5,3%) com antipsicóticos atípicos, 11 (3,4%) com estabilizadores de humor, 11 (3,4%) com benzodiazepinas, 10 (3,1%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas + outros, 8 (2,5%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas + estabilizadores de humor (Tabela 3).

No tratamento farmacológico na alta, 260 (81,5%) doentes tiveram alta medicados com antipsicóticos atípicos, 160 (50,1%) com antipsicóticos típicos e 1 (0,3%) com nenhum tipo de tratamento farmacológico. Dos 260 doentes que tiveram alta medicados com antipsicóticos atípicos, 27 (8,5%) tiveram alta somente com antipsicóticos atípicos e 233 (73%) com antipsicóticos atípicos em associação: 85 (26,7%) com benzodiazepinas, 55 (17,2%) com antipsicóticos típicos + benzodiazepinas, 23 (7,2%) com benzodiazepinas + estabilizadores de humor, 22 (6,9%) com antipsicóticos típicos + benzodiazepinas + outros, 14 (4,4%) com antipsicóticos típicos, 11 (3,4%) com antipsicóticos típicos + benzodiazepinas + estabilizadores de humor, 9 (2,8%) com antidepressivos + benzodiazepinas, 6 (1,9%) com estabilizadores de humor, 5 (1,6%) com antidepressivos, 2 (0,6%) com antipsicóticos típicos + estabilizadores de humor, 1 (0,3%) com benzodiazepinas + antipsicóticos típicos + antidepressivos. Dos 160 doentes que tiveram alta medicados com antipsicóticos típicos, 17 (5,3%) tiveram alta somente com antipsicóticos típicos e 143 (44,8%) com antipsicóticos típicos em associação: 55 (17,2%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas, 22 (6,9%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas + outros, 16 (5,0%) com benzodiazepinas, 14 (4,4%) com antipsicóticos atípicos, 11 (3,4%) com antipsicóticos atípicos + benzodiazepinas + estabilizadores de humor, 8 (2,5%) com benzodiazepinas + estabilizadores de humor, 5 (1,6%) com antidepressivos + outros, 5 (1,6%) com benzodiazepinas + outros, 4 (1,3%) com estabilizadores de humor, 2 (0,6%) com antipsicóticos atípicos + estabilizadores de humor e 1 (0,3%) com benzodiazepinas + antipsicóticos atípicos + antidepressivos (Tabela 4).

Tabela 3: Tratamento farmacológico na admissão

Tratamento farmacológico na admissão	N	(%)
Benzodiazepinas	1	(0,3)
Antidepressivos	4	(1,3)
Antipsicóticos atípicos	45	(14,1)
Antipsicóticos típicos	36	(11,3)
Estabilizadores de humor	3	(0,9)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos típicos + Antipsicóticos atípicos	17	(5,3)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos atípicos	32	(10,0)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos atípicos + Antipsicóticos típicos + outros	10	(3,1)
Estabilizadores de humor + benzodiazepinas	4	(1,3)
Antipsicóticos típicos + Antipsicóticos atípicos + Benzodiazepinas + Estabilizadores de humor	8	(2,5)
Antipsicóticos típicos + Antipsicótico atípicos	17	(5,3)
Outros: buprenorfina	6	(1,9)
Antipsicóticos atípicos + antidepressivo + benzodiazepinas	4	(1,3)
Benzodiazepinas + Estabilizadores de humor + Antipsicóticos atípicos	2	(0,6)
Antidepressivos + Benzodiazepinas	4	(1,3)
Antidepressivos + Antipsicótico atípicos	2	(0,6)
Estabilizadores de humor + Antipsicóticos atípicos	20	(6,3)
Antipsicóticos típicos + estabilizadores de humor	11	(3,4)
Antipsicóticos típicos + benzodiazepinas	11	(3,4)
Nenhum	76	(23,8)

Tabela 4: Tratamento farmacológico na alta

Tratamento farmacológico na alta	N	(%)
Benzodiazepinas	1	(0,3)
Antipsicóticos atípicos	27	(8,5)
Antipsicóticos típicos	17	(5,3)
Estabilizadores de humor	1	(0,3)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos típicos + Antipsicóticos atípicos	55	(17,2)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos atípicos	85	(26,7)
Benzodiazepinas + Antipsicóticos atípicos + Antipsicóticos típicos + outros	22	(6,9)
Antipsicóticos típicos + Estabilizadores de humor	4	(1,3)
Antipsicótico típico + antipsicótico atípico + Benzodiazepinas + Estabilizadores de humor	11	(3,4)
Antipsicóticos típicos + Antipsicóticos atípicos	14	(4,4)
Antidepressivos + Antipsicóticos típicos + outros	5	(1,6)
Antipsicóticos típicos + Benzodiazepinas + estabilizadores de humor	8	(2,5)
Antipsicóticos atípicos + Antidepressivos + Benzodiazepinas	9	(2,8)
Benzodiazepinas + Estabilizadores de humor + Antipsicóticos atípicos	23	(7,2)
Benzodiazepinas+ Antipsicóticos típicos+ Antipsicóticos atípicos+ Antidepressivos	1	(0,3)
Antidepressivos + Antipsicóticos atípicos	5	(1,6)
Antipsicóticos típicos + Benzodiazepinas + outros	5	(1,6)
Estabilizadores de humor + Antipsicóticos atípicos	6	(1,9)
Estabilizadores de humor + Benzodiazepinas	1	(0,3)
Antipsicóticos típicos + Antipsicóticos. atípicos + Estabilizadores de humor	2	(0,6)
Antipsicóticos típicos + Benzodiazepinas	16	(5,0)
Nenhum	1	(0,3)

Em 70% (intervalo de confiança de 95%; 0.65 a 0.75; P = 0.01) dos indivíduos verificou-se alteração do tratamento farmacológico na alta relativamente ao tratamento farmacológico na admissão.

Em relação ao fármaco injetável de longa duração na admissão, 208 (65,2%) indivíduos não faziam nenhum, 47 (14,7%) faziam decanoato de haloperidol, 17 (5,3%) faziam risperidona de longa duração, 15 (4,7%) faziam palmitato de paliperidona, 12 (3,8%) faziam aripiprazol,

10 (3,1%) faziam decanoato de flupentixol, 8 (2,5%) faziam decanoato de zuclopentixol e 2 (0,5%) Flufenazina.

Na alta, 108 (33,9%) dos indivíduos não foram medicados com nenhum fármaco injetável de longa duração, 64 (20,1%) foram medicados com palmitato de paliperidona, 1 (0,3%) com Flufenazina e 1 (0,3%) com uma associação de decanoato de haloperidol e decanoato de zuclopentixol (Figura 2).

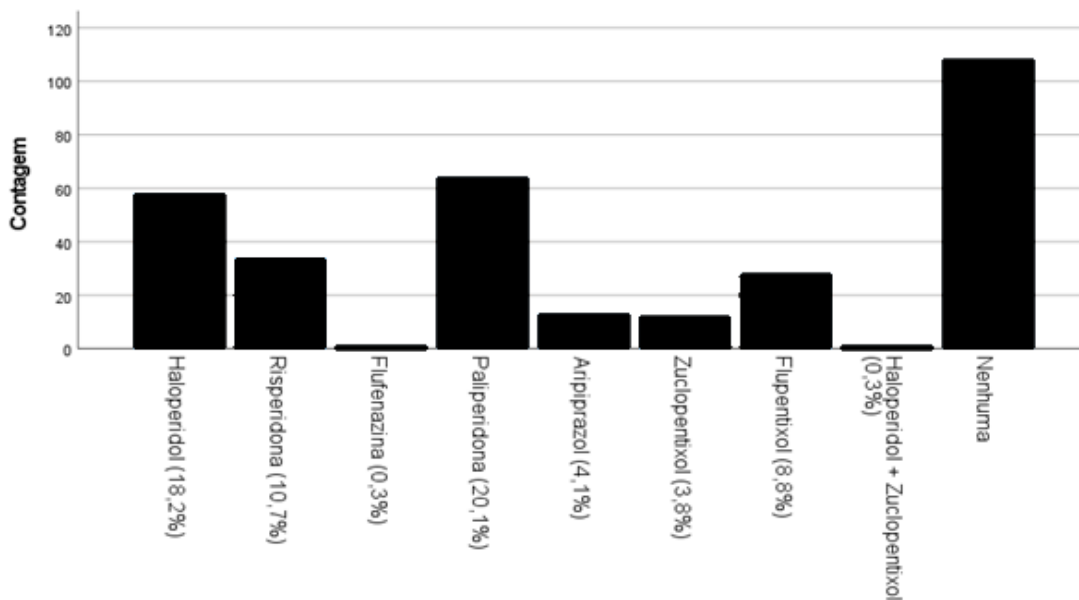


Figura 2 - Fármaco injetável de longa duração na alta

Discussão

O presente estudo tem como principal objetivo a construção do perfil/tipo do doente submetido a internamento compulsivo em Portugal, o que, à luz do conhecimento atual, facilitará a identificação de eventuais doentes beneficiários de uma abordagem prioritária e atempada.

Os resultados obtidos, referentes às variáveis sociodemográficas, como o género, faixa etária, estado civil e situação laboral, foram semelhantes aos já obtidos noutros estudos, realizados em Portugal, mais especificamente, em Coimbra, Aveiro e Lisboa.[2,5] A maior prevalência de internamentos compulsivos nos indivíduos do sexo masculino foi, de certa forma

expectável, dada a elevada incidência e o risco que determinadas patologias psiquiátricas, como as psicoses, possuem no género masculino.[6] Apesar de estudos apontarem as faixas etárias inferior a 20 anos e 20-29 anos como as de início da maioria das perturbações mentais,[7] a faixa etária 40-49 anos foi a de maior prevalência, o que poderá ser explicado pelo maior tempo de evolução da doença, com mais recaídas ou seguimento prévio em regime ambulatorio compulsivo.[8] A maior prevalência de indivíduos solteiros e desempregados é de certa forma expectável, tendo em conta que o estigma da sociedade, ainda marcado, face ao doente com patologia psiquiátrica e, muitas vezes, a própria patologia psiquiátrica, condicionam não só, a procura de relações afetivas e sociais, bem como a procura e a oferta laboral. [9]

No que concerne às variáveis clínicas, nomeadamente a duração do internamento, número de internamentos anteriores, reinternamentos no período de 2016-2019, comportamentos aditivos, destino na alta, diagnóstico na admissão e diagnóstico na alta e circunstâncias legais do internamento, foram obtidos, também, alguns resultados semelhantes aos do estudo realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, no triénio 2006-2008.[2] Com relação à maior prevalência de internamentos compulsivos, com duração média, de 2-4 semanas, o diagnóstico na admissão e na alta de psicoses, o estado civil de solteiro e o desemprego surgem como fatores contributivos da mesma.[10] O facto de a maioria dos indivíduos ter tido múltiplos internamentos compulsivos anteriores, contrariamente ao observado em estudo anteriores em que a maioria dos indivíduos não tinham internamentos compulsivos prévios e o facto de 1 em cada 3 ter sido reinternado no período 2016-2019, poderá estar relacionado com um eventual agravamento nos últimos anos, de uma fragilidade da rede dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, psiquiatria comunitária, mas também, dos recursos hospitalares físicos e humanos disponíveis.[11] Nesse sentido, torna-se imperativo o reforço de ambos os níveis de cuidados, no sentido de um melhor acompanhamento destes doentes e uma diminuição do número de internamentos compulsivos.

Constatou-se que cerca de 1 em cada 3 doentes evidenciava consumos ilícitos recentes e cerca de 1 em cada 7 doentes, consumo excessivo de álcool, ambos fatores de risco para o aumento do número de internamentos compulsivos, devido, não só, ao risco de adição, como de descompensação da patologia psiquiátrica subjacente e deterioração psíquica do indivíduo, pelas alterações cognitivas que provocam.[12]

A continuação do tratamento compulsivo em regime ambulatorio, em mais de metade dos doentes poderá estar relacionada com o não cumprimento ou adesão à terapêutica motivada pela falta de crítica para a sua doença, característica muito marcado nos doentes com psicoses,

diagnóstico mais prevalente na admissão e na alta no presente estudo, bem como pela prevalência de indivíduos com múltiplos internamentos anteriores.[13] O tratamento compulsivo em regime ambulatorio permitirá monitorizar o cumprimento da terapêutica instituída e avaliar o *insight* do doente para a sua doença e para a necessidade de cumprir tratamento.

A introdução de variáveis clínicas no presente estudo, com relação ao tratamento dos doentes, como o tratamento farmacológico na admissão e na alta e fármaco injetável de longa duração de ação na admissão e na alta, à semelhança de estudo anteriores, permitiu um afinamento na caracterização do arquétipo de indivíduos submetidos a internamentos compulsivos. Relativamente a estas variáveis clínicas, verificou-se que, na admissão, a maioria dos doentes faziam tratamento farmacológico com antipsicóticos atípicos e dentro destes a maioria fazia uma associação de antipsicóticos atípicos com benzodiazepinas e não faziam antipsicótico injetável de longa duração de ação. Na alta, à semelhança dos resultados obtidos em estudo já realizado, [14] a maioria dos doentes foi medicado com antipsicóticos atípicos e dentro destes, a maioria com uma associação de antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas, mas sem antipsicótico injetável de longa duração de ação. A percentagem de doentes que teve alta sem nenhum tratamento farmacológico injetável de longa duração de ação, foi consideravelmente menor, relativamente à percentagem de doentes que não estava a fazer tratamento farmacológico injetável de longa duração de ação aquando da admissão. Analisando criticamente estes dados, podemos inferir que há ainda por parte de muitos médicos alguma resistência na prescrição de antipsicóticos injetáveis de longa duração de ação, situação que deveria ser minimizada, tendo em conta as recomendações feitas por *guidelines* para a sua utilização,[15] nomeadamente no tratamento de doentes com esquizofrenia, por exemplo, em casos de falta de crítica para a doença e não adesão à terapêutica oral. Estudos [16] demonstram que a utilização de antipsicóticos injetáveis de longa duração de ação diminui o risco de recaídas e hospitalizações, diminuindo, desta forma, os encargos financeiros relacionados com os reinternamentos, aumenta a qualidade de vida, a funcionalidade diária dos doentes e a *compliance* à terapêutica, minimizando a deterioração cognitiva.

A diminuição da prescrição de decanoato de haloperidol como fármaco injetável de longa duração de ação na alta, relativamente à admissão, e, o aumento da prescrição de palmitato de paliperidona, poderão muito provavelmente ser explicadas, pela maior incidência de efeitos secundários extrapiramidais, como acatisia, tremor e discinesia tardia reportados pelos doentes, efeitos secundários característicos dos antipsicóticos típicos. [17]

O reforço dos recursos hospitalares físicos e humanos e dos programas de cuidados de saúde mental comunitários que permitam não só identificar precocemente os problemas, mas

também resolvê-los, através de uma resposta médica e social integrada, o correto diagnóstico e acompanhamento do doente, mediante a escolha de um tratamento farmacológico adequado, com antipsicótico injetável de longa duração de ação, quando recomendado, que proporcione uma aumento da qualidade de vida e funcionalidade do doente, constituem medidas a ter em linha de conta para combater o aumento do número de internamentos compulsivos a que se tem vindo a assistir nos últimos anos.

O presente estudo deve ser considerado tendo em conta as suas limitações que incluem o carácter retrospectivo, a recolha de informação com recurso à leitura e interpretação das notas de alta dos internamentos compulsivos, os quais podem predispor a vieses de várias ordens.

Conclusão

A privação da liberdade, imposta pelas medidas de Internamento compulsivo, é uma premissa diariamente sujeita a crítica e argumentação por parte de uma sociedade de vincadas crenças religiosas, políticas e culturais. Essa crítica e argumentação, condicionam, muitas vezes, o recurso às medidas de internamento compulsivo, por parte da Psiquiatria. Contudo, é fundamental a percepção, de que, a utilização das mesmas constitui um aliado forte na prevenção e minimização de danos que uma anomalia psíquica grave, pode, nefastamente, representar para o indivíduo e para o seu meio envolvente, garantindo sempre os direitos do indivíduo e o enquadramento legal do mesmo.

A avaliação das características sociodemográficas, clínicas e legais dos indivíduos, no sentido do reconhecimento do potencial risco de serem submetidos a internamento compulsivo, assume um papel crucial. As mesmas devem ser tidas em linha de conta pelos programas de políticas de saúde com o objetivo de reduzir o tratamento involuntário de indivíduos em contexto hospitalar.

No presente estudo realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, foi possível estabelecer o perfil-tipo do indivíduo sujeito a internamento compulsivo como um doente do sexo masculino, Homem, na faixa etária dos 40-49 anos, solteiro e desempregado, com uma duração média de internamento de cerca de 2-4 semanas, com múltiplos internamentos psiquiátricos anteriores e com diagnóstico frequente na admissão e na alta, de Esquizofrenia.

A tendência crescente no número de internamentos compulsivos de 2016-2018, ainda que com ligeiro decréscimo em 2019, que se verificou no presente estudo, reforçou, ainda mais, a importância de um conhecimento detalhado e rigoroso do padrão de doentes submetidos a medidas de internamento compulsivo, nas diferentes instituições hospitalares.

A uniformização de procedimentos e práticas pode contrariar o tendencial aumento do número de internamentos compulsivos e minimizar a eventual instituição de medidas, sem adequada fundamentação e mesmo a não aplicação de uma Lei de Saúde Mental, que privilegia os interesses dos doentes, das suas famílias e da sociedade.

Agradecimentos

Agradeço ao Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra por me ter possibilitado a consulta das notas de alta necessárias à realização deste artigo científico.

Agradeço ao Dr. David Manuel Gomes Mota pelo apoio e coorientação durante todo o trabalho.

Dirijo, ainda, um especial agradecimento ao Professor Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos pela orientação prestada.

Bibliografia:

1. Decreto-Lei nº36 de 24 de julho de 1998 – Lei de Saúde Mental.
2. Madeira N, Santos T, Cabral A, Santos V. Internamentos Compulsivos: revisão da casuística dos HUC e HIP no triénio 2006-2008. *Psiquiatria Clínica*. 2010; 31: 235-239.
3. Estimativas provisórias de população residente, 2019: Portugal, NUTSII, NUTS III e municípios. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2021.
4. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões: 2010. Lisboa: INE; 2011. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>.
5. Brissos S, Carita A, Vieira F. Compulsory admission to a Portuguese psychiatric hospital: retrospective study of 497 involuntary admissions. *BMC Psychiatry* 2007, 7(Suppl 1): P2.
6. Barajas A, Ochoa S, Obiols J, Lalucat-Jo L. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: a comprehensive literature review. *Scientific World Journal* 2015; 2015: 430735.
7. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;54s: 5-10.
8. Indu V. N, Vidhukumar K, Sarma S. P. Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital-Case control study. *Asian J Psychiatric* 2018 June; 35: 141-145.
9. Brouwers M.P. E. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol* 2020, v8: 36.
10. Silva M, Antunes A, Loureiro A, Azeredo-Lopes S, Saraceno B, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G. Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatric Research* Vol. 293, November 2020, 113420.
11. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schiling S, Castro A, Alvarado R, Rojas G. Efficacy of Community Treatments for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review. *Front Psychiatry*. 2013; 4: 116.
12. Zhornitsky S, Tikász A, Rizkallah E, Chiasson J-P, Potvin S. Psychopathology in Substance Use Disorder Patients with and without Substance-Induced Psychosis. *J Addict*. 2015; 2015: 843762.

13. Torrey F E, Zdanowicz M. Outpatient commitment: what, why, and for whom. *Psychiatric Services*. 2001 March; 52(3):337-41.
14. Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *ACTA BIOMEDICA* 2018, 89 (Suppl 6): 17–28.
15. Jarema M, Wichniak A, Dudek D, Samochowiec J, Bieńkowski P, Rybakowski J. Guidelines for the use of second-generation long-acting antipsychotics. *Psychiatr Pol* March-April 2015;49(2):225-41.
16. Pietrini F, Albert U, Ballerini A., Calò P, Maina G, Pinna F, Vaggi M, Boggian I,⁸ Maria Fontana, Moro C, Carpiniello B. The modern perspective for long-acting injectables antipsychotics in the patient-centered care of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 April 30;15: 1045-1060.
17. Gopal S, Berwaerts J, Nuamah I, Akhras K, Coppola D, Daly E, Hough D, Palumbo J. Number needed to treat and number needed to harm with paliperidone palmitate relative to long-acting haloperidol, bromperidol, and fluphenazine decanoate for treatment of patients with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011; 7:93-101.

ANEXO I – Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98 – Diário da República nº. 169/1998, Série I-A de 24 de Julho de 1998)

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º, das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 165.º e do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Capítulo I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objetivos

A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

Artigo 2.º

Proteção e promoção da saúde mental

1 - A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.

2 - As medidas referidas no número anterior incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 3.º

Princípios gerais de política de saúde mental

1 - Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

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 aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Artigo 4.º

Conselho Nacional de Saúde Mental

1 - O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de atuação conexas.

2 - A composição, as competências e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Mental constam de decreto-lei.

Artigo 5.º

Direitos e deveres do utente

1 - Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:

a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;

b) Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;

c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;

d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;

e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;

f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;

g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;

h) Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;

i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2 - A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

3 - Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e) do n.º 1 são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou maiores acompanhados e a sentença de acompanhamento não faculte o exercício direto de direitos pessoais.

Alterações

Alterado pelo/a Artigo 14.º do/a Lei n.º 49/2018 - Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14, em vigor a partir de 2019-02-10

Capítulo II

Do internamento compulsivo

Secção I

Disposições gerais

Artigo 6.º

Âmbito de aplicação

1 - O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.

2 - O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12.º e 22.º.

Artigo 7.º

Definições

Para efeitos do disposto no presente capítulo, considera-se:

a) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;

b) Internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;

c) Internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º;

d) Estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica;

e) Autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas pela lei; f) Autoridades de polícia: os diretores, oficiais, inspetores e subinspetores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

Artigo 8.º

Princípios gerais

1 - O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.

2 - O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

3 - Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.

4 - As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

Artigo 9.º

Legislação subsidiária

Nos casos omissos aplica-se, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal.

Secção II

Dos direitos e deveres

Artigo 10.º

Direitos e deveres processuais do internando

1 - O internando goza, em especial, do direito de:

a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;

b) Estar presente aos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir;

c) 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;

d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente; e) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.

2 - Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 17.º, 21.º, 23.º, 24.º e 27.º

Artigo 11.º

Direitos e deveres do internado

1 - O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.

2 - O internado goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;
 - b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;
 - c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
 - d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
 - e) Votar, nos termos da lei;
 - f) Enviar e receber correspondência;
 - g) Comunicar com a comissão prevista no artigo 38.º
- 3 - O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º

Secção III

Internamento

Artigo 12.º

Pressupostos

1 - 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.

2 - 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.

Artigo 13.º

Legitimidade

1 - Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do menor, o acompanhante de maior quando o próprio não possa, pela sentença, exercer direitos pessoais, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a instauração do acompanhamento, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

2 - Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 - Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o diretor clínico do estabelecimento.

Alterações

Alterado pelo/a Artigo 14.º do/a Lei n.º 49/2018 - Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14, em vigor a partir de 2019-02-10

Artigo 14.º

Requerimento

1 - O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente.

2 - Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

Artigo 15.º

Termos subsequentes

1 - Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 - O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

3 - Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 16.º

Atos instrutórios

1 - O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.

2 - No caso previsto no n.º 3 do artigo 13.º, o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18.º

Artigo 17.º

Avaliação clínico-psiquiátrica

1 - A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 - A avaliação referida no número anterior pode, excepcionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respectiva circunscrição.

3 - Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.

4 - Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.

5 - O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 18.º

Atos preparatórios da sessão conjunta

1 - Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.

2 - O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.

3 - Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17.º

Artigo 19.º

Sessão conjunta

1 - Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.

2 - Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.

3 - Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 20.º

Decisão

1 - A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

2 - A decisão de internamento identifica a pessoa a internar e especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento.

3 - A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 21.º

Cumprimento da decisão de internamento

1 - Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.

2 - O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.

3 - Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandato de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.

4 - Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado.

Secção IV

Internamento de urgência

Artigo 22.º

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 23.º

Condução do internando

1 - Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.

2 - O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.

3 - Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandato, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

4 - Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efetuada.

5 - A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.

Artigo 24.º

Apresentação do internando

O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.

Artigo 25.º

Termos subsequentes

1 - Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandato e do relatório da avaliação.

2 - Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.

3 - O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º

Artigo 26.º

Confirmação judicial

1 - Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.

2 - Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.

3 - A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.

4 - A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27.º

Decisão final

1 - Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 - É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º

3 - Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

Secção V

Casos especiais

Artigo 28.º

Pendência de processo penal

1 - A pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.

2 - Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

Artigo 29.º

Internamento compulsivo de inimputável

1 - O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.

2 - Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do Legislação Consolidada Versão à data de 21-03-2021 Pág. 7 de 11 disposto nos artigos 33.º, 34.º e 35.º

Secção VI

Disposições comuns

Artigo 30.º

Regras de competência

1 - Para efeitos do disposto no presente capítulo, tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internando.

2 - Se na comarca da área da residência do internando o tribunal judicial for desdobrado em juízos criminais ou, na falta destes, em juízos de competência especializada criminal, a competência caberá a estes.

Alterações

Alterado pelo/a Artigo 2.º do/a Lei n.º 101/99 - Diário da República n.º 172/1999, Série I-A de 1999-07-26, em vigor a partir de 1999-07-31

Artigo 31.º

Habeas corpus em virtude de privação da liberdade ilegal

1 - O portador de anomalia psíquica privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação com algum dos seguintes fundamentos:

- a) Estar excedido o prazo previsto no artigo 26.º, n.º 2;
- b) Ter sido a privação da liberdade efetuada ou ordenada por entidade incompetente;
- c) Ser a privação da liberdade motivada fora dos casos ou condições previstas nesta lei.

2 - Recebido o requerimento, o juiz, se o não considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefónica, a apresentação imediata do portador da anomalia psíquica.

3 - Juntamente com a ordem referida no número anterior, o juiz manda notificar a entidade que tiver o portador da anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la, para se apresentar no mesmo ato munida das informações e esclarecimentos necessários à decisão sobre o requerimento.

4 - O juiz decide, ouvidos o Ministério Público e o defensor constituído ou nomeado para o efeito.

Artigo 32.º

Recorribilidade da decisão

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, da decisão tomada nos termos dos artigos 20.º, 26.º, n.º 2, 27.º, n.º 3, e 35.º cabe recurso para o Tribunal da Relação competente.

2 - Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem requerer o internamento nos termos do artigo 13.º, n.º 1, e o Ministério Público.

3 - Todos os recursos previstos no presente capítulo têm efeito meramente devolutivo.

Artigo 33.º

Substituição do internamento

1 - O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34.º e 35.º

2 - A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.

3 - A substituição é comunicada ao tribunal competente.

4 - Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.

5 - Sempre que necessário, o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

Artigo 34.º

Cessaçao do internamento

1 - O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.

2 - A cessação ocorre por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.

3 - A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.

Artigo 35.º

Revisão da situação do internado

1 - Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento, o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 - A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido.

3 - Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º, n.º 1.

4 - Para o efeito do disposto no n.º 2 o estabelecimento envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

5 - A revisão obrigatória tem lugar com audiência do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o estado de saúde deste tornar a audiência inútil ou inviável. Secção VII Da natureza e das custas do processo

Artigo 36.º

Natureza do processo

Os processos previstos no presente capítulo têm natureza secreta e urgente.

Artigo 37.º

Custas

Os processos previstos neste capítulo são isentos de custas. Secção VIII Comissão de acompanhamento

Artigo 38.º

Criação e atribuições

É criada uma comissão para acompanhamento da execução do disposto no presente capítulo, seguidamente designada por «comissão».

Artigo 39.º

Sede e serviços administrativos

Por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio técnico e administrativo à atividade da comissão, bem como a respetiva sede. Legislação Consolidada Versão à data de 21-03-2021 Pág. 9 de 11

Artigo 40.º

Composição

A comissão é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde.

Artigo 41.º

Competências

Incumbe especialmente à comissão:

- a) Visitar os estabelecimentos e comunicar diretamente com os internados;
- b) Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados;
- c) Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo;
- d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correção de quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções;
- e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do presente capítulo;
- f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei.

Artigo 42.º

Cooperação

1 - Para os fins previstos na alínea e) do artigo anterior, os tribunais remetem à comissão cópia das decisões previstas no presente capítulo.

2 - É dever das entidades públicas e privadas dispensar à comissão toda a colaboração necessária ao exercício da sua competência.

Artigo 43.º

Base de dados

A comissão promoverá, nos termos e condições previstos na legislação sobre protecção de dados pessoais e sobre o sigilo médico, a organização de uma base de dados informática relativa à aplicação do presente capítulo, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo.

Artigo 44.º

Relatório

A comissão apresenta todos os anos ao Governo, até 31 de Março do ano seguinte, um relatório sobre o exercício das suas atribuições e a execução do disposto no presente capítulo.

Capítulo III

Disposições transitórias e finais

Secção I

Disposições transitórias

Artigo 45.º

Disposições transitórias

1 - Os processos instaurados à data da entrada em vigor do presente diploma continuam a ser regulados pela Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, até à decisão que aplique o internamento.

2 - Os estabelecimentos hospitalares que tenham doentes internados compulsivamente ao abrigo da lei referida no número anterior, no prazo de dois meses após a entrada em vigor da presente lei, comunicam ao tribunal competente a situação clínica desses doentes e os fundamentos do respetivo internamento e identificam o processo onde tenha sido proferida a decisão que o determinou.

3 - Quando a decisão de internamento seja proferida após a entrada em vigor da presente lei, o prazo referido no número anterior conta-se após o início da execução da decisão que tenha determinado o internamento.

4 - O tribunal solicita à entidade que determinou o internamento o processo em que a decisão foi proferida e, uma vez recebido, dá cumprimento ao disposto no artigo 35.º da presente lei.

Secção II

Disposições finais

Artigo 46.º

Gestão do património dos doentes

A gestão do património de doentes mentais não acompanhados é regulada por decreto-lei.

Alterações

Alterado pelo/a Artigo 14.º do/a Lei n.º 49/2018 - Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14, em vigor a partir de 2019-02-10

Artigo 47.º

Serviços de saúde mental

A organização dos serviços de saúde mental é regulada por decreto-lei.

Artigo 48.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor seis meses após a sua publicação.

Artigo 49.º

Revogação

É revogada a Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963.

Assinatura

Aprovada em 18 de Junho de 1998.

O Presidente da Assembleia da República, António de Almeida Santos.

Promulgada em 8 de Julho de 1998.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 14 de Julho de 1998.

O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.

ANEXO II – Parecer da Comissão ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

Thu 1/21/2021 10:43 AM

Exma. Senhora

Dra. Margarida Pires de Moura da Silva Rouxinol,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título ***“Internamentos compulsivos: revisão da casuística dos Hospitais da Universidade de Coimbra no período 2016-2019”***, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 20 de janeiro 2021, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Alterações aceites. Parecer favorável com dispensa de apresentação de Consentimento Informado”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

