

Artigo de Revisão de Literatura

# Enquadramento ético e legal do internamento involuntário em psiquiatria: uma perspetiva do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

Ethical and legal framework of involuntary hospitalization in psychiatry: a perspective from mental health and psychiatry specialist nurse

Adelino Sousa<sup>1</sup>, Iolanda Ferreira<sup>2</sup>, Marina Nunes<sup>1</sup>, Rita Guardado<sup>1\*</sup>, Gonçalo Jesus<sup>3</sup>, Gonçalo Santos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa. [adelinosousa@chpl.min-saude.pt](mailto:adelinosousa@chpl.min-saude.pt); [marinanunes@chpl.min-saude.pt](mailto:marinanunes@chpl.min-saude.pt); [ritaguardado@chpl.min-saude.pt](mailto:ritaguardado@chpl.min-saude.pt)

<sup>2</sup> Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira. [iolanda.ferreira@hvfx.min-saude.pt](mailto:iolanda.ferreira@hvfx.min-saude.pt)

<sup>3</sup> Hospital de Dona Estefânia, Lisboa. [goncalojesus@chlc.min-saude.pt](mailto:goncalojesus@chlc.min-saude.pt)

<sup>4</sup> Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Montijo. [goncalosantos@chbm.min-saude.pt](mailto:goncalosantos@chbm.min-saude.pt)

Ao longo dos tempos, a pessoa portadora de doença mental, mais concretamente os que se encontravam sob internamento involuntário (II), foram privados da sua liberdade e autonomia. As equipas de enfermagem assumem um papel importante na discussão e decisão de um tratamento essencial para a pessoa sem juízo crítico sobre a sua situação de doença.

No campo da saúde mental, o enfermeiro depara-se durante a sua atividade laboral com dilemas ético-legais que influenciam a sua prática.

Atualmente, existe legislação referente ao II, designadamente com a nova entrada da Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de Julho) que entrou em vigor a 20 de Agosto de 2023), enquadrada em acordos internacionais criados para garantir a proteção dos direitos humanos. Nesse sentido, surge a necessidade de reflexão sobre esta forma de tratamento e as melhorias a adequar na prestação de cuidados, assim como, correlacionar os dilemas éticos e legais presentes no II e os cuidados envolventes, especificamente com a área de intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

*Throughout history, individuals with mental illness, particularly those subjected to involuntary hospitalization (IH), have been deprived of their freedom and autonomy. Nursing teams play an important role in the discussion and decision-making process regarding essential treatment for individuals lacking critical judgment about their illness.*

*In the field of mental health, nurses are faced with ethical and legal dilemmas that influence their practice.*

*Currently, there is legislation regarding IH, namely the Mental Health Law, which is framed within international agreements established to ensure the protection of human rights.*

*Therefore, there is a need for reflection on this form of treatment and improvements to be made in care provision, as well as to correlate the ethical and legal dilemmas inherent in IH with the surrounding care, specifically within the scope of practice of the Mental Health and Psychiatry Specialist Nurse.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Enfermeiro; saúde mental; internamento Involuntário; ética; direito civil.*

**KEY WORDS:** *Nurse; mental health; involuntary hospitalization; ethic; civil rights.*

Submetido em 13.03.2023; Aceite em 09.10.2023; Publicado em 30.11.2023.

\* **Correspondência:** Rita Guardado

Email: [ritaguardado@chpl.min-saude.pt](mailto:ritaguardado@chpl.min-saude.pt)

## INTRODUÇÃO

Aproximadamente, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, 970 milhões de pessoas padecem de alguma doença mental<sup>1</sup>. Este número tem tendência a aumentar, acompanhando o envelhecimento das populações, e as discrepâncias sociais. A saúde mental encontra-se num limbo, entre as influências ambientais, sociais e biológicas<sup>1</sup>.

A doença mental surge em paralelo com a evolução da humanidade, por vezes de forma insidiosa. Surgiu a necessidade de diferentes países regulamentarem o II, de forma a garantir o cuidado para pessoas com doença mental em fase aguda, e fornecer cuidados dignos e assegurar seus direitos. A nível global, destacam-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Europeia dos Direitos Humanos. Em Portugal, foram adotadas várias medidas, incluindo a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Como procedimento legal, surgem apoiantes que sugerem que o II oferece a longo prazo melhor estabilização da doença mental, e menor ocorrência de admissões em instituições hospitalares psiquiátricas, impactando a vida da pessoa com doença mental de forma positiva. Quanto aos opositores sugerem que o II deve ser utilizado como medida alternativa e de última linha, uma vez que, em diferentes situações, surgem sentimentos adversos relacionados com os profissionais de saúde que pode comprometer a continuidade de procura de saúde por parte da pessoa com doença mental<sup>2</sup>.

O objetivo do presente trabalho é analisar os desafios ético-legais enfrentados pelo EESMP em relação ao II em psiquiatria.

## METODOLOGIA

Para elaboração da presente revisão de literatura, foi estabelecida a seguinte questão de partida: “Quais são os pressupostos bioéticos e legais que orientam a boa prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria no âmbito do internamento involuntário em serviços de saúde mental em Portugal?”. Foi realizada uma revisão da literatura, tendo-se recorrido às bases de dados SciELO, LILACS, BIREME e PubMed. Para a pesquisa nas bases de dados latinas foi utilizada a seguinte equação: [(Saúde Mental) AND (Internamento Involuntário)]. Nas restantes bases de dados, utilizou-se [(Mental Health) AND (Commitment of Mentally Ill)]. Os critérios de inclusão definidos foram: texto completo; idioma português ou inglês; publicações entre 2013-2023 na base de dados SciELO, e 2018-2023 nas restantes.

Identificou-se um total de 66 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão definidos. Após a leitura dos títulos e da exclusão dos duplicados, obtiveram-se 4 artigos que se enquadravam nos objetivos da pesquisa, distribuídos pelas bases de dados da seguinte forma: SciELO (1); BIREME (1); LILACS (1); PubMed (1).

Foram utilizados documentos oficiais de apoio ao tema, relativos à OE e Código Deontológico, Constituição da República Portuguesa, Declaração dos Direitos do Homem, e Documentos da Direção Geral da Saúde.

## A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL E A EXPERIÊNCIA DA PESSOA EM II

A história da doença mental está interligada com a evolução humana. Nesta senda, a conceção da doença mental foi oscilando de época para época,

mediante os contextos cultural, social e científico existentes. No entanto, embora isso acontecesse, sempre existiu um denominador comum, a privação de liberdade e autonomia da pessoa com doença mental. Ao longo do tempo, de forma gradual, tem sido observado que, juntamente com o avanço do pensamento humano e o progresso científico, o paradigma em torno da doença mental e do estigma associado tem melhorado significativamente. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer<sup>3,4</sup>.

Após o término da Segunda Guerra Mundial, foi o momento em que a humanidade começou a colocar em prática uma série de novas ideologias<sup>4</sup>, o que culminou na elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em dezembro de 1948. Destacam-se algumas medidas importantes para a proteção das pessoas com doença mental, como o artigo 3º “toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”; o artigo 5º, que proíbe a tortura e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; e o artigo 29º, que estabelece que o exercício destes direitos deve estar sujeito apenas às limitações estabelecidas por lei, visando promover o reconhecimento e o respeito pelos direitos e liberdades dos outros, além de atender às exigências morais, de ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática. Esta última medida tem impacto no II, como veremos mais adiante<sup>5</sup>.

Após a DUDH, surgiu a necessidade de criação de novos acordos, destacando-se a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) em dezembro de 1950. Essa convenção foi estabelecida pelos países membros do Conselho Europeu para garantir que parte dos direitos enunciados na DUDH fossem assegurados. Para o viabilizar, foi criado o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. É importante mencionar o artigo 3º da CEDH, que afirma que “ninguém pode ser submetido a tortura ou a tratamentos desumanos ou degradantes”<sup>6</sup>. Esse artigo é relevante no contexto do internamento compulsivo, pois, independentemente dos motivos

que levam ao internamento, essa convenção e o tribunal mencionado não aceitam qualquer tipo de limitação, sendo esse um direito absoluto. Isso ressalta a extrema importância dos profissionais que trabalham em hospitais psiquiátricos no cumprimento do previsto nesse artigo.

Posteriormente, ainda na década de 1950, quase simultaneamente à DUDH e à CEDH, surgiram os primeiros psicofármacos, que, aliados à psicoterapia já existente, impulsionaram significativamente o tratamento da doença mental e contribuíram para uma maior humanização nos cuidados<sup>4</sup>.

Sobre a humanização dos cuidados, o EESMP é um dos profissionais que se encontra em permanência nos serviços e acompanha o utente em II. Este, pode desenvolver sentimentos relacionados com a perda da liberdade e autonomia, o que desencadeia frustração, vergonha, receio e sensação de incompreensão em relação aos familiares, sociedade e profissionais de saúde<sup>7</sup>.

Outros pontos chave a trabalhar com o utente são as percepções positivas, negativas ou ambivalentes identificadas pelo próprio<sup>7</sup>.

De acordo com a literatura, das percepções negativas identificadas pelo utente em II destacam-se: a limitação de liberdade, de direitos e a perda de tomada de decisão que conduz à impotência. Neste quadro, surge a desconfiança dos profissionais de saúde, e sentimentos associados como o medo, baixa autoestima, insegurança, solidão. Em paralelo, o impacto do II no aumento do número de dias de internamento, cria a ideia de autoestigma e diminui o investimento em planos para o futuro, principalmente, em utentes com historial de internamentos voluntários em psiquiatria e que experienciam pela primeira vez o II<sup>7</sup>.

Apesar do primeiro impacto que surge com o II, 55% concorda com a medida tomada para esse

internamento, e este valor sobe para 63% após três meses da alta clínica<sup>7</sup>.

Sobre as percepções positivas identificadas revelam-se: boa integração no seu plano terapêutico, o que proporcionou redução no medo e aumento do ambiente seguro. Simultaneamente, identificaram efeitos positivos a longo prazo, como são exemplo: fases de estabilização da doença mental mais duradouras, juízo crítico e *insight* sobre a patologia de que padecem, o que permitiu mais harmonia familiar e vida social ativa e melhor adesão à terapêutica<sup>7</sup>.

Nas percepções ambivalentes relativas ao II, o qual o utente reconhece a necessidade do internamento no momento certo, todavia o mesmo poderia ter sido realizado em regime de internamento voluntário e sem a pressão que as medidas coercivas colocam<sup>7</sup>.

## LEGISLAÇÃO E ÉTICA NA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

O II encontra-se regulamentado pela Lei de Saúde Mental (anteriormente Lei n.º 36/98 de 24 de Julho, Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, atualmente Lei 35/2023, de 21 de Julho em vigor desde 20 de Agosto de 2023), publicada em 1998 e implementada em janeiro de 1999, abrangendo todo o território português<sup>8</sup>.

O tratamento involuntário é descrito no Capítulo IV, secção I Artigo 14º como “(...) orientado para a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”.

Apesar da sua finalidade ser unicamente terapêutica, o II só pode ser iniciado após sentença judicial. No entanto, apesar de legal, entra em conflito com o direito fundamental da liberdade

individual (artigo 27º da Constituição da República Portuguesa)<sup>9</sup>.

Os princípios gerais da política de saúde, inseridos na Lei de Saúde Mental, incluem: equipa multidisciplinar; prestação de cuidados na comunidade e desenvolvimento de programas na comunidade, com a finalidade da reabilitação psicossocial, recorrendo à colaboração e articulação dos ministérios da Segurança Social e do Emprego e Ministério da Saúde, através de parcerias e convénios, no que diz respeito a responsabilidades financeiras; procurar as possibilidades o menos restritivas possível; efetivação dos internamentos em hospitais gerais<sup>8</sup>.

Numa perspetiva legal, o II é declarado por um tribunal, com o fim de realizar um tratamento absolutamente necessário e deverá transitar para regime de tratamento ambulatorio voluntário logo que possível. A finalidade é assegurar a prioridade dos direitos dos indivíduos, ou seja, a promoção da saúde mental, bem como a sua proteção, e deverão ter por base a prevenção primária, secundária e terciária. Assim, a aplicação do tratamento involuntário só é possível com a confirmação das condições presentes no artigo 15º da Lei de Saúde Mental, que dispõe “a) A existência de doença mental; b) A recusa de tratamento medicamentoso prescrito, necessário para prevenir ou eliminar o perigo previsto na alínea seguinte; c) A existência de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais (...)”<sup>8</sup>.

O II pode decorrer de duas formas, através de processo comum ou do Serviço de Urgência<sup>8</sup>. O II comum, decorre de um contexto em que a evidência das alterações do comportamento é menor, e que não necessita de recorrer ao Serviço de Urgência, e é composto por três passos: requerimento, avaliação psiquiátrica e decisão<sup>10</sup>.

No artigo 16º da Lei de Saúde Mental estão mencionadas as condicionantes que podem legitimar o II da pessoa: “a) O representante legal do menor; b) O acompanhante do maior, no âmbito das suas atribuições; c) Qualquer pessoa com legitimidade para requerer o acompanhamento de maior; d) As autoridades de saúde; e) O Ministério Público; f) O responsável clínico da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental ou do estabelecimento de internamento (...)” Ou seja, várias pessoas podem requerer o II, familiares e representantes legais, médicos, autoridades de saúde pública ou o Ministério Público, sendo que um internamento inicialmente voluntário poderá tornar-se II<sup>8</sup>.

No entanto, é necessária a notificação ao utente, à família e ao Ministério Público. Posteriormente é notificado o familiar mais próximo do requerido e o defensor e, que deverá requerer a dois médicos psiquiatras da mesma área geográfica da pessoa, a realização da avaliação psiquiátrica, num período máximo de 15 dias. Após receção do relatório, deverá ser realizada uma sessão conjunta com o defensor, o utente internado, o requerente e o Ministério Público, no prazo máximo de 5 dias. E o juiz deverá emitir um parecer num período máximo de 5 dias<sup>10</sup>.

Em contexto de serviço de urgência, é facilmente constatado se estão presentes os pressupostos do artigo 15º da Lei de Saúde Mental, uma vez que são mais evidentes as alterações de comportamento da pessoa. Se após a avaliação médica for decidido o II, o médico psiquiatra do Serviço de Urgência, deverá fazer o requerimento diretamente ao tribunal, que emite um parecer em 48 horas para posteriormente dar início ao processo de internamento<sup>8,10</sup>.

Existem dois regimes de II: no domicílio, designado por tratamento ambulatorio involuntário, e nos serviços especializados, de acordo com a área de residência do utente<sup>10</sup>.

Os limites de duração para o II não constam na Lei de Saúde Mental portuguesa, uma vez que só poderá terminar quando os pressupostos que lhe deram origem deixarem de existir. De acordo com o artigo 26º, se o utente aceitar tratamento voluntário, mediante comunicação da decisão ao tribunal, o II é suspenso.

O Código Deontológico do Enfermeiro encontra-se em anexo ao Decreto-Lei nº156/2015, de 16 de Setembro, considerando-se como a pedra basilar da conduta profissional. Assim, segundo a OE “é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses. Nele se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu”<sup>11</sup>.

Segundo a mesma fonte que cita o supramencionado Decreto-Lei, a “adoção de um código deontológico e de um estatuto disciplinar pelos quais os enfermeiros pautam a sua conduta profissional e, por esta via, garantam a qualidade dos cuidados de Enfermagem.”<sup>11</sup>. Desta forma, o cumprimento das normas deontológicas, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro, contribui para a regulamentação e disciplina desta classe profissional “garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”<sup>11</sup>.

O Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro é considerado um artigo ético, pois refere que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”<sup>11</sup>.

## **EESMP: COMPETÊNCIAS E DESAFIOS ÉTICO-LEGAIS**

As intervenções de enfermagem psiquiátrica têm-se adaptado à nova realidade dos tratamentos baseados na psicofarmacologia. Atualmente, o cuidado do EESMP está fundamentado numa abordagem holística, que integra aspetos biológicos, psicológicos, espirituais, sociais e ambientais<sup>12</sup>. Compete ao EESMP promover processos de ajustamento saudáveis e estabelecer um plano de intervenções específicas que, aliado à promoção de cuidados próximos, impulsionou o progresso das intervenções psicoterapêuticas<sup>12</sup>.

Para a manutenção de cuidados de excelência, é necessária a formação contínua das equipas multidisciplinares. A literatura indica que existe ainda um longo caminho a percorrer na difusão de conhecimento e criação de protocolos, principalmente sobre a atuação à pessoa com doença mental em fase aguda em contexto pré-hospitalar<sup>12</sup>.

O Regulamento n.º 515/2018 da OE estabelece competências específicas para o EESMP, incluindo o autoconhecimento e a consciência de si como pessoa e profissional. Essa autoperceção é fundamental para um cuidado de qualidade, uma vez que o enfermeiro precisa estar consciente de suas próprias crenças, valores e limites, para oferecer um cuidado ético e eficaz ao utente. Entre as competências do regulamento, destaca-se a assistência à pessoa e à sua família, visando otimizar ou recuperar a saúde mental por meio de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Estas intervenções têm como objetivo ajudar o utente a compreender a sua patologia, reconhecer a necessidade de tratamento e, conseqüentemente, incentivar uma transição do II para o voluntário<sup>12</sup>.

Alguns dos aspetos éticos a serem considerados na aplicação do II e a sua manutenção incluem:

a) Proporcionalidade: As medidas compulsivas devem ser estritamente necessárias para proteger a



saúde e a segurança do utente e/ou de terceiros. O EESMP deve avaliar se a restrição de liberdade é indispensável e procurar alternativas menos intrusivas, sempre que possível;

b) Consentimento informado: O EESMP garante que o utente é devidamente informado sobre o processo, os motivos e os efeitos da medida, e adequa à sua capacidade de compreensão. A comunicação verbal e não-verbal assume relevo nesta componente, uma vez que permite desenvolver uma relação terapêutica com o utente e adequar os cuidados;

c) Revisão: O II deve estar em constante revisão para garantir a adequação de medidas que sejam apropriadas e necessárias. O EESMP tem o papel de acompanhar a evolução do utente, procurar a sua participação ativa nas decisões relacionadas com o tratamento e trabalhar em conjunto com a equipa multidisciplinar;

d) Respeito à autonomia: Sempre que possível, o enfermeiro deve incentivar a participação do utente nas decisões sobre seu tratamento, respeitando a sua autonomia e a sua capacidade de tomar decisões informadas<sup>12,13</sup>.

Segundo o regulamento n.º 515/2018 da OE, faz parte das competências do EESMP deter autoconhecimento e consciência de si como pessoa e profissional; assistir a pessoa e a sua família ajudando-os a otimizar/recuperar a sua saúde mental através da capacidade de prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O que permite a estabilização do utente, a sua perceção e conhecimento sobre a patologia e a necessidade de tratamento que, por consequência, leva a passagem do regime do internamento para voluntário, restabelecendo a liberdade do utente e a sua capacidade de decisão autónoma<sup>12</sup>.

São diversas as questões éticas levantadas relativamente à aplicação de medidas compulsivas e à sua manutenção. É imprescindível ter em conta a

dignidade humana, os direitos humanos e a liberdade da pessoa que se encontra numa situação de maior vulnerabilidade, de forma a prestar os cuidados mais adequados no tratamento.

Segundo o CNECV (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Nº 105/CNECV/2019), a prescrição de tratamentos como o II, pode ter um valor beneficente. No entanto, o Conselho ressalva que, no caso do II, em que se pressupõe que o utente é incapaz de tomar decisões, torna-se necessário informá-lo sobre os procedimentos e tratamentos aos quais será submetido<sup>14</sup>.

Um dos pontos centrais é o respeito à dignidade humana e os seus direitos fundamentais. É essencial garantir que os interesses e o bem-estar do utente em II sejam priorizados em relação aos interesses da ciência ou da sociedade, conforme mencionado no artigo 3º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)<sup>15</sup>.

A DUBDH, aprovada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), destaca a dignidade humana e direitos humanos; beneficência e dano; autonomia e responsabilidade individual; pessoas sem capacidade de consentir/consentimento; não discriminação e não-estigmatização; respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal<sup>15</sup>.

O artigo 4º da DUBDH, remete para a beneficência e dano. As possibilidades de dano são moralmente aceites quando o objetivo é a maximização do benefício e a minimização do dano. Isto é exatamente o que o médico psiquiatra tem em conta quando opta pelo II, uma vez que esta decisão pode causar danos à pessoa e o benefício terá que compensar os danos causados<sup>15</sup>. No contexto do II, a autonomia e a responsabilidade individual são princípios éticos fundamentais. Embora seja importante respeitar a capacidade do utente em tomar decisões e assumir a responsabilidade, há

momentos em que a capacidade de autodeterminação pode ser comprometida devido à sua psicopatologia. Neste caso, medidas de proteção e defesa dos direitos devem ser adotadas, de acordo com o CNECV<sup>14</sup>.

O consentimento informado é outro aspeto relevante discutido pelo CNECV. Destaca que qualquer intervenção médica, diagnóstica e terapêutica, só pode ser realizada com recurso ao consentimento informado prévio, exige ainda que a informação seja ajustada e que a tomada de decisão seja voluntária<sup>14</sup>.

No que diz respeito à prática clínica, especialmente no caso do II, é necessário considerar o equilíbrio entre as competências específicas da equipa de saúde mental, o médico psiquiatria e os aspetos legais. O enfermeiro, como um dos profissionais envolvidos no cuidado em regime de II, desempenha um papel importante no acompanhamento do utente. É essencial que a prestação de cuidados não diferencie entre utentes admitidos voluntariamente ou compulsivamente, a promoção da saúde mental, a prevenção e a intervenção diante de respostas desajustadas ou desadaptadas, conforme destacado pela OE<sup>6</sup>.

Para melhorar a experiência do utente em II, é necessário abordar aspetos como reações emocionais, *empowerment*, melhoria da relação entre utente e profissional de saúde, envolvimento do utente no seu tratamento e informação sobre direitos, com o objetivo de promover autonomia e independência a longo prazo, conforme mencionado pelo CNECV<sup>14</sup>.

Segundo a DUBDH, no seu artigo 5º sobre autonomia e responsabilidade individual, é pertinente respeitar a autonomia de cada um na tomada de decisão, sendo que o próprio assume a responsabilidade da sua escolha e respeita a autonomia dos outros. O direito de o utente recusar

determinado tratamento, é uma proteção da sua autonomia e uma forma deste tomar a responsabilidade dos resultados associados à sua decisão. A autonomia é o valor ético mais importante na prática clínica, no contexto da emergência e dos direitos humanos e direitos individuais<sup>15</sup>.

Para avaliar se o utente é capaz de tomar uma decisão autónoma e válida, é essencial aferir as suas competências. Na prática clínica, o EESMP deve compreender a capacidade de interpretação das informações pelo utente e a influência da doença mental sobre essa capacidade de interpretação.

Para avaliar a competência, surgem vários fatores muito importantes no julgamento clínico, tais como: a consistência no tempo das decisões expressas, as razões das mesmas, os desejos expressos anteriormente, a personalidade antes da doença, o estado emocional atual e seu impacto no processo da tomada de decisões, o impacto psicopatológico nos sistemas de crenças, bem como, nos sistemas de valores e desejos do utente<sup>12</sup>

No artigo 8º da DUBDH, este revela o respeito e a importância da vulnerabilidade humana e integridade pessoal, tendo em conta grupos de maior fragilidade<sup>15</sup>. Quanto à assistência clínica e, em particular, no caso de II, o princípio da vulnerabilidade ajuda-nos a não esquecer os direitos dos utentes, apelando à responsabilidade que o EESMP tem na proteção destes.

Deste modo, o EESMP, é uma figura importante no tratamento em regime de II, uma vez que se depara no seu local de trabalho, de forma recorrente, com desafios da aplicabilidade da Lei de Saúde Mental.

Segundo a OE, os cuidados de enfermagem têm como finalidade a manutenção, a melhoria e a recuperação da saúde da pessoa, de forma a atingir a sua máxima capacidade funcional, mais



especificamente, na área da saúde mental e psiquiatria. Esses cuidados pretendem encaminhar-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”<sup>6</sup>.

Na prática clínica há conflitos entre as competências específicas desta especialidade com os aspetos legais do II. Nomeadamente, até que ponto estamos a estigmatizar a pessoa por não ser possível agir com o uso de todos os recursos que as competências do enfermeiro possuem? A prestação de cuidados das equipas de saúde mental não pode diferenciar entre pessoas admitidas voluntariamente ou compulsivamente<sup>13</sup>.

Segundo a OE, “as intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, *stress* do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”<sup>12</sup>.

Perante os desafios enfrentados no dia-a-dia, torna-se imperativo identificar e aprofundar as vivências e dificuldades dos profissionais envolvidos no cuidado da pessoa em II, afim de proporcionar uma prestação de cuidados de excelência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento ético-legal do II em psiquiatria é uma questão complexa que exige uma abordagem cuidadosa. O EESMP desempenha um papel fundamental na discussão e tomada de decisão sobre o tratamento de pessoas com doença mental sem juízo crítico em relação à sua condição.

A legislação atual, como a Lei de Saúde Mental, proporciona a proteção dos direitos humanos e estabelece diretrizes para o internamento compulsivo. No entanto, é necessário refletir constantemente para garantir melhorias na prestação de cuidados e conciliar os dilemas ético-legais presentes.

O EESMP tem um papel crucial na aplicação da legislação e na promoção de cuidados diretos às pessoas com doença mental. Portanto, é essencial que esses profissionais estejam atualizados e capacitados para o contexto do II.

Além disso, é fundamental considerar as perspetivas e experiências da pessoa em II e procurar uma abordagem que respeite os seus direitos. A promoção do envolvimento ativo da pessoa com doença mental no seu plano terapêutico, a criação de um ambiente seguro, o equilíbrio entre o tratamento necessário e a preservação da autonomia são aspetos cruciais neste processo.

O enquadramento ético-legal do II em psiquiatria demanda um contínuo diálogo entre profissionais de saúde, a pessoa com doença mental, os seus familiares e os órgãos reguladores. Somente por meio desta colaboração será possível avançar numa abordagem mais humanizada, que respeite os direitos e promova o bem-estar de todos os envolvidos.

A literatura obtida revela a necessidade de formação contínua a todos os enfermeiros e equipas multidisciplinares, promove a avaliação e monitorização da pessoa em II e assume que o EESMP possui competências de grande relevância, que incluem intervenções psicoterapêuticas e psicoeducação à pessoa em II e à sua família, com consequente impacto a longo prazo no desenvolvimento de juízo crítico e procura de cuidados de saúde.

Em resumo, o EESMP enfrenta desafios éticos e legais significativos no contexto do II em psiquiatria. É essencial equilibrar a prestação de cuidados de saúde mental eficazes com a proteção dos direitos humanos. A implementação de abordagens terapêuticas baseadas em evidências, a preservação da dignidade e a procura por melhorias contínuas na prestação de cuidados são elementos-chave neste processo. Com uma formação sólida em ética, direitos humanos e legislação relacionada à saúde mental, os enfermeiros especialistas podem desempenhar um papel fundamental na garantia de uma abordagem mais eficaz.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. World mental health report: transforming mental health for all. 2022. [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças. 2001. [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>
3. Segal SP. Protecting health and safety with needed-treatment: the effectiveness of outpatient commitment. *Psychiatr Q*. 2022; 93(1):55-79.
4. Azenha S. O internamento compulsivo e a representação da doença mental: percurso histórico. *Arquivos de Medicina*. 2014; 28(2):54-60.
5. Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948. *Diário da República, I Série, Nº 57*; 1978 Mar 9:489-493. [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>
6. Comité de Ministros. Guia Prático destinado a informar os agentes públicos das obrigações do Estado ao abrigo da Convenção Europeia dos Direitos Humanos. Adotado na 1178ª Reunião de Delegados dos Ministros; 2013 [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/guia\\_pratico\\_25-10-2016.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/guia_pratico_25-10-2016.pdf)
7. Correia TSP. Percepções, atitudes e emoções dos doentes submetidos a internamento psiquiátrico compulsivo: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2018; 20:81-90.
8. Lei de Saúde Mental nº35/2023. *Diário da República, I Série – nº141*; 2023 [citada 2023 Setembro 29]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
9. Constituição da República Portuguesa. *Diário da República nº155/2005, Série I-A de 2005 Aug 12*. 2005 [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
10. Direção-Geral da Saúde [DGS]. Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (2ª edição). 2016 [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx)
11. Ordem dos Enfermeiros [OE]. Código Deontológico: Dos Comentários à Análise dos Casos [Internet]. 2005 [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
12. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República nº151/2018, regulamento 515/2018, Série II de 2018 Aug 7* [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
13. Nina A. Abordagem pré-hospitalar das pessoas com doença mental grave em crise. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2018.
14. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. Parecer sobre Tratamento Compulsivo e Direitos das pessoas com doença mental (Parecer No105/CNECV/2019). 2019 [citada 2022 Maio 05]. Disponível em: <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/105-cneqv-2019>
15. ten Have HAMJ, Jean MS. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: background, principles and application. Clamency: Nouvelle Imprimerie Laballery; 2009.