

Internamentos Compulsivos – Leis de Saúde Mental na Europa

Emanuel Rodrigues, Helena Ribeiro, Vítor Lessa, Diana Moreira, e Fernando Almeida

Instituto Superior da Maia

Nota de Autor

Toda a correspondência deve ser endereçada para: Diana Moreira, ISMAI –
Instituto Superior da Maia, Av. Carlos Oliveira Campos – Castelo da Maia, 4475-690
Avioso S. Pedro; Email: dianapmoreira@gmail.com

Resumo

O internamento compulsivo é um instrumento legislativo que permite ao Homem proteger-se de si próprio. Portugal e Inglaterra são duas nações desenvolvidas e seria inconcebível que não dispusessem de legislação adequada neste domínio. As diferentes características culturais, sociais e jurídicas dos dois países não poderiam deixar de influenciar a legislação relativa ao internamento compulsivo em cada um destes países. No sentido de darmos a conhecer as diferenças entre as leis de Saúde Mental em Portugal e em Inglaterra faremos uma apresentação resumida da Lei de Saúde Mental 36/98 de 24/07 e da Mental Health Act 1983/2007.

Palavras-chave: internamento compulsivo, lei de saúde mental, doença mental

Internamentos Compulsivos – Leis de Saúde Mental na Europa

O internamento compulsivo, apesar de não trajar uma definição objetiva, assume-se, nos dias correntes, como uma intervenção clínica de tratamento psiquiátrico (Zinkler & Priebe, 2002) de último recurso (Talina, 2004), exercida em praticamente todo o mundo (Silva, 2010; Zinkler & Priebe, 2002). Trata-se, resumidamente, do tratamento involuntário do doente mental sem capacidade de *insight* para a sua situação clínica e dos benefícios da adesão à terapêutica, representando um perigo para o próprio e para terceiros (Fennell, 2008) que, apesar de visar a recuperação do indivíduo, envolve uma multiplicidade de questões relevantes, de cariz bioético (Cunha & Palha, 2007).

Esta prática, adotada pela psiquiatria moderna há mais de 200 anos (Katsakou & Priebe, 2006) começou, a partir do século XIX, a privilegiar de direito a regulamento próprio em diferentes nações (Correia & Almeida, 2012; Duarte et al., 2006) sendo que, atualmente, são inúmeros os países que contam com legislação específica no âmbito da saúde mental e, com isto, ao internamento compulsivo de indivíduos portadores de anomalia psíquica grave (Correia & Almeida, 2012; Salize, Drebing, & Peitz, 2002; Silva, 2010; Zinler & Priebe, 2002). Porém, a não existência de uma lei universal, estando esta formulação à responsabilidade autónoma de cada nação, origina uma disparidade considerável entre os vários países, no que concerne às normas e aos regulamentos que administram esta intervenção (Correia & Almeida, 2012; Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008; Putkonen & Vollm, 2007). As diferenças legislativas envolvidas pela cultura, pela tradição jurídica, pelas ideologias e pela prestação de cuidados (Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008) conduzem, assim, a uma discrepância visível, no modo de atuar para com o doente mental.

Contudo, é de salientar que as questões inerentes às várias legislações, representadas pela controvérsia marcada a que se encontram sujeitas (Correia &

Almeida, 2012; Salize & Dressing, 2004; Katsakou & Priebe, 2006) são comuns a todos os países. A centralidade destas questões submete a disposições de ordem clínica, designadamente, à necessidade de tratamento do doente em causa, de ordem jurídica, remetendo aos direitos humanos básicos e de ordem ética que reporta à necessidade de segurança pública (Salize et al., 2002; Silva, 2010; Talina, 2004). Referente a este ponto, é de igual forma evidente a importância económico-financeira na aplicação das diversas legislações, uma vez que todo o ministrar inerente ao internamento compulsivo acarreta obrigatoriamente custos na aplicação prática da lei.

A reduzida harmonia existente entre os quadros legislativos conduz a diferentes metodologias de atuação. No entanto, segundo Riecher-Rössler e Rössler (1993) tendem a uniformizar-se em três bases: presença de transtorno mental grave, representação de perigo para o próprio e/ou outros e necessidade urgente de tratamento. Seguindo este pressuposto há, no presente, uma forte tendência, especialmente na Europa, de assemelhar os vários enquadramentos, através de reformulações impostas nos mesmos (Priebe et al., 2008; Salize et al., 2002). Apesar deste esforço, de acordo com as taxas de admissão psiquiátricas que continuam a divergir de país para país (Zinkler & Priebe, 2002; Van der Post et al., 2008; Salize et al., 2002) estas são representativas das atuais diferenças características de cada lei nacional (Correia & Almeida, 2012; Salize & Dressing, 2004). O presente trabalho estabelecerá uma curta e sólida comparação entre as leis de saúde mental, empregadas em dois países europeus: Portugal e Inglaterra. Para este propósito, alguns pressupostos integrantes de cada lei, como definição de saúde mental, motivos para internamento ou legitimidade para requerer serão tidos em conta, a fim de simplificar e de proporcionar maior congruência à comparação.

Lei Portuguesa de Saúde Mental n.º 36/98 de 24/07

A lei n.º 36/98, lei Portuguesa, refere-se às disposições legais de políticas de saúde mental que regulamentam de forma específica o internamento compulsivo do doente mental. Publicada a 24 de julho de 1998 a presente lei assumiu o culminar de várias propostas, cujo desenvolvimento se iniciou na década de 80 (Heitor, Brito, Cepeda, & Correia, 2004).

Neste enquadramento, a doença mental é identificada como anomalia psíquica grave que, contudo, não se encontra definida ou categorizada. Aquele que se apresente sob tal condição, e por força desta, crie uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse receber o necessário tratamento médico, pode ser internado em estabelecimento adequado (Lei n.º 36/98). Tal internamento poderá ser requerido pelo representante legal do sujeito, pelas autoridades de saúde pública e pelo Ministério Público, não necessitando de formalidades especiais, carecendo apenas de redação escrita dos factos ocorridos (Lei n.º 36/98). A avaliação clínico-psiquiátrica do sujeito no âmbito de Artigo 17.º da Lei 36/98 decorrerá após a receção do requerimento e notificação do internando pelo juiz, sendo realizada por dois médicos psiquiatras, no prazo de 15 dias. A decisão final, para proceder ao internamento compulsivo, estará a cargo dos órgãos jurídicos, e será devidamente fundamentada (Lei n.º 36/98).

Fazendo referência ao caso particular da necessidade de internamento urgente, este ocorre em situação de deterioração aguda do estado de anomalia psíquica grave representando, assim, um perigo iminente subjacente aos pressupostos acima citados (Lei n.º 36/98). Nestes casos, a autoridade policial ou de saúde pública têm legitimidade de determinar a condução do indivíduo ao estabelecimento de urgência psiquiátrica mais próximo do local onde se iniciou a condução, onde será submetido a avaliação clínico-psiquiátrica, com formulação de registo e prestação da intervenção necessária

(Lei n.º 36/98). Após os processos subsequentes, a decisão de manutenção, ou não, de internamento, conta com um prazo máximo de 48 horas, a partir do momento de privação de liberdade do sujeito (Lei n.º 36/98).

Mental Health Act 1983/2007

A Mental Health Act 1983 regulamenta as disposições legais destinadas à saúde mental em Inglaterra. Originária de 1983 (Mental Health, 1983) foi reformulada em 2007 através da Mental Health Act 2007 (Mental Health, 1983), que representou a atualização de determinadas disposições à lei original.

Relativamente à referida lei, a doença mental é aqui definida como perturbação ou deficiência mental, na qual enquadra várias condições como Perturbação afetiva, Esquizofrenia, Perturbação da Personalidade, Perturbação Mental Orgânica, Perturbação Fóbica, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Mental causada pelo uso de substâncias psicoativas, entre outras (Department of Health, 2008).

No caso de internamento, o indivíduo será admitido de acordo com os pressupostos mencionados na secção dois ou na secção três da Lei. Deste modo, é motivo de integração na secção dois assim que exista uma perturbação mental, de natureza ou de grau justificativo de detenção em hospital para avaliação por um período limitado e, por consequência, deverá ser detida para a própria saúde ou segurança, ou com o objetivo de proteção de outros. No que diz respeito à secção três, é motivo para integração nesta secção quando exista uma perturbação mental de natureza ou de grau que torne apropriado o tratamento médico em hospital. Tal tratamento é necessário para a saúde ou para a segurança do próprio ou para proteção de outras pessoas, e o determinado tratamento médico se encontre disponível. A lei acrescenta pormenorizadamente neste campo fatores a serem considerados na determinação de risco para a própria saúde, segurança ou proteção, sendo estes, o suicídio, a autoagressividade, a autonegligência, e o

comprometimento acidental, imprudente ou involuntário da própria saúde ou segurança (Department of Health, 2008).

O pedido de internamento poderá ser solicitado por um Profissional de Saúde Aprovado (AMHP), ou pelo familiar mais próximo. O AMHP é, geralmente, um requerente mais apropriado que o familiar mais próximo dado que tem treino profissional e conhecimento da legislação e dos recursos locais, além de que não tem o potencial efeito adverso de um requerimento feito por um familiar próximo do doente. Deste modo, o indivíduo afetado será submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com a finalidade de determinar se os critérios para internamento são preenchidos conforme explicitam as duas recomendações médicas exigidas para se proceder ao internamento. Ainda nesta matéria, após a última avaliação clínico-psiquiátrica, é determinado o prazo de 14 dias, para remeter o pedido de internamento (Department of Health, 2008).

Concernente a situações de emergência, a atual legislação permite o internamento com base em uma única recomendação médica, apenas se os critérios exigidos na secção dois estiverem reunidos, se houver uma necessidade urgente de internamento e se a segunda recomendação médica for causadora de atrasos inconvenientes. De acordo com o citado, a excecional recomendação médica deverá determinar a existência de: perigo iminente e significativo dano físico ou mental para o paciente ou para outros; perigo iminente de grave dano à propriedade ou a necessidade urgente de contenção física do indivíduo, para que seja efetivado o internamento. Após os processos subsequentes, a decisão de manutenção, ou não, de internamento, conta com um prazo máximo de 72 horas (Department of Health, 2008).

Tabela 1

Quadro comparativo da legislação de IC nos países apresentados (adaptado de Correia & Almeida, 2012)

País	Critério para IC	Definição de doença mental	Categorização de doença mental	IC de emergência	Legitimidade para requerer o IC
Portugal	Perigosidade; necessidade de tratamento	Anomalia psíquica grave	Não	48h	Representante legal, autoridade de Saúde Pública, ou Ministério Público
Inglaterra	Perigosidade; necessidade de tratamento	Perturbação ou deficiência mental	Sim	72h	AMHP, ou parente próximo

Dados estatísticos

Remontando a dados estatísticos referentes a taxas de admissão em internamento compulsivo, estes raramente são alvo de estudo e de publicação. Por isto, a disponibilidade de dados sólidos é escassa e limitada (Salize & Dressing, 2004).

Através do estudo de Salize e Dressing (2004) é sabido que, em Portugal, à data de 2000, o número de internamentos compulsivos era de 618, assumindo uma percentagem de 3.2% do total de internamentos e equivalendo a cerca de seis internados por 100.000 habitantes. Em 2002, no mesmo país, a expressão dos números, aumentou de 618 internamentos para 875, elevando de igual forma, a percentagem do total de internamentos para 5.2%. No que respeita à situação em Inglaterra, à data de 1999,

predominando as disposições da Mental Health Act 1983 original, 23.822 era o número exato de internamentos, representando 13.5% da totalidade de internamentos, equivalendo a 48 internados por 100.000 habitantes.

Relativamente a dados mais recentes, no estudo de Almeida et al. (2008), onde são comparados dados estatísticos entre 1999-2007, referentes a internamentos compulsivos, em duas unidades psiquiátricas de referência Portuguesa, Hospital Magalhães Lemos (HML) e Hospital Júlio de Matos (HJM), é possível denotar o significativo aumento destes nas referidas instituições, e perspetivar a situação em todo o país. Assim sendo, na totalidade, o número de internamentos aumentou de 117 (23 – HML; 94 – HJM) em 1999 para 493 (225 – HML; 268 – HJM) em 2007. Contudo, como referem Correia e Almeida, em 2012, apesar do aumento gradual, Portugal afirma-se, comparativamente com os restantes estados-membros, como um dos países com a taxa mais reduzida de internamentos compulsivos.

Em Inglaterra, entre 2008-2012, com as reformulações em vigor da Mental Health Act 2007, foi verificado um aumento de 27.234 admissões psiquiátricas, no ano de 2008, para 30.900, em 2012 (Health and Social Care Information Centre, Community and Mental Health Team, 2012).

A referência aos recentes dados indicam, conjuntamente com o estudo citado anteriormente, que estas admissões, em Inglaterra, também continuam a crescer.

Tabela 2

Quadro comparativo da legislação de IC nos países apresentados e a sua evolução (adaptado de Correia & Almeida, 2012)

	1998	1999	2000	2001	2008	2009	2010	2011	2012
			0	2					
Portugal			618	875					

Inglaterr	46.30	23.82	27.23	27.94	30.18	29.55	30.90
a	0	2	4	6	7	7	0

* *Nota.* Em 2007 (493 IC) os dados em Portugal referem-se apenas a duas unidades psiquiátricas hospitalares (Hospital de Magalhães Lemos – 225 IC e Hospital Júlio de Matos – 268).

Discussão

Como conclusão da comparação assumida ao longo do presente trabalho é de salientar que, apesar das semelhanças entre as duas nações no que concerne ao enquadramento legislativo da saúde mental, há a necessidade de evidenciar algumas diferenças cruciais, visto que, como já referenciado, estas características manifestam-se nas diferenças estatísticas de cada país.

Podemos afirmar que os dois quadros se assemelham na grande maioria de pressupostos legais de que dispõem. A Mental Health Act 1983/2007 assume um padrão de detalhe e de complexidade em todo o seu enquadramento, primando pela definição de cada disposição assumida que, contudo, conduz, por vezes, à dificultação na consulta da própria lei. Já a Lei de Saúde Mental n.º 36/98 envolve todos os pressupostos à prática legal da admissão psiquiátrica de uma forma simplificada e concisa. Ambas adotam o critério de perigosidade ou de necessidade de tratamento como requisitos para internamento compulsivo, onde a avaliação clínico-psiquiátrica assume a característica de obrigatoriedade e a decisão final assume a particularidade jurídica (Salize et al., 2002). Assim, o processo decorrente para proceder à decisão de internamento é semelhante nos dois enquadramentos.

Referências

- Almeida, F., Marques, A., Castro, A., Coelho, C., Palha, J., Carneiro, L., Pereira, M., Rebocho, M., Madureira, R., Gonçalves, S., & Alves, V. (2008). Psicose Esquizofrénica e Internamento Compulsivo. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 87-102.
- Correia, D. & Almeida, F. (2012). O Internamento compulsivo e o tratamento involuntários na União Europeia. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 95-113.
- Cunha, S. & Palha, A. (2007). Internamento Compulsivo – Perspetivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 71-82.
- Department of Health. (2008). Code of Practice: Mental Health Act 1983. London: TSO.
- Duarte, C., Wong, F., Kwok, W., Lau, K., Chang, M., & Ho, C. (2006). Tratamentos Compulsivos em Macau os primeiros cinco anos. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 73-78.
- Fennell, P. (2008). Best Interests and Treatment for Mental Disorder. *Health Care Anal*, 16, 255-267. doi: 10.1007/s10728-008-0088-6
- Health and Social Care Information Centre, Community and Mental Health Team. (2004). Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12.
- Heitor, M., Brito, A., Cepeda, T., & Correia, H. (2004). Rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Acedido a partir do endereço: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf> em julho de 2013.
- Inpatients formally detained in hospitals under the mental health act 1983, and patients subject to supervised community treatment, annual figures, England, 2011/12. (2012). Health and social care information centre. Acedido a partir do endereço: <http://data.gov.uk/dataset/inpatients-formally-detained-in-hospitals-mental-health-act-1983-annual-figures-england-2011-12> em julho de 2013.

- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241. doi: 0.1111/j.1600-0447.2006.00823.x
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. Lauber, C., Martínez-Leal, R., et al. (2008). Mental health care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- Putkanen, H. & Vollm, B. (2007). Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland. *Special articles*, 31, 101-103. doi: 10.1192/pb.bp.106.009472
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993): Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-6.
- Salize, H., Drebing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States – Final Reports*. Central Institute of Mental Health: Germany.
- Salize, H. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Silva, A. (2010). *Internamento Compulsivo* (Dissertação de Mestrado não publicada. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Acedido a partir do endereço: [http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/\(50105\)](http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/(50105)) em julho de 2013.
- Talina, A. (2004). *Internamento Compulsivo em Psiquiatria estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na grande Lisboa* (Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa). Acedido a partir do endereço: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5545/1/TeseMT> em julho de 2013.
- Van der Post, L., Schoevers, R., Koppelmans, U., Visch, I., Bernardt, C., Mulder, N., et al. (2008). The Amsterdam studies of acute psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a Metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 8(31), 1-10. doi:10.1186/147-244 x -8-35

Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe – a review.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 3-8.

Involuntary Commitment – Laws of Mental Health in Europe

Emanuel Rodrigues, Helena Ribeiro, Vítor Lessa, Diana Moreira, and Fernando

Almeida

Instituto Superior da Maia

Author Note

All correspondence should be addressed to: Diana Moreira, ISMAI – Instituto Superior da Maia, Av. Carlos Oliveira Campos – Castelo da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro; Email: dianapmoreira@gmail.com

Abstract

Involuntary commitment is a legislative instrument that allows the Man to be protected from himself. Portugal and England are two developed nations and it would be unimaginable that they would not hold adequate legislation in this area. The different cultural, social and legal systems of the two countries influence the legislation concerning to involuntary commitment in each of these countries. In order to make known the differences between the laws of Mental Health in Portugal and in England we will make a brief presentation of the Portuguese Mental Health Act 36/98 of 24/07 and the Mental Health Act 1983/2007.

Keywords: involuntary commitment, mental health act, mental disorder

Involuntary Commitment – Laws of Mental Health in Europe

Involuntary commitment, although it doesn't bear an objective definition, is currently assumed as a clinical intervention for psychiatric treatment (Zinkler & Priebe, 2002) of last resort (Talina, 2004), exercised virtually all over the world (Silva, 2010; Zinkler & Priebe, 2002). In brief, it deals with the involuntary treatment of the mentally ill who have no insight capacity to their clinical situation and the benefits of participating in the therapy, representing a danger to himself and others (Fennell, 2008) which, although it aims to the recovery of the individual, involves a variety of relevant issues, of bioethical nature (Cunha & Straw, 2007) .

This practice, adopted by modern psychiatry for over 200 years (Katsakou & Priebe, 2006) started, ever since the 19th century, to have its own regulations in different nations (Correia & Almeida, 2012; Duarte et al., 2006) and, currently, there are many countries with specific legislation in the field of mental health and, with this, the involuntary commitment of individuals with a serious mental disorder (Correia & Almeida, 2012; Salize, Drebing, & Peitz, 2002, Silva, 2010; Zinler & Priebe, 2002) . However, the lack of a universal law, being that this formulation is of the autonomous responsibility of each nation, produces a considerable disparity between countries in what concerns to the rules and regulations that govern this intervention (Correia & Almeida, 2012; Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008; Putkonen & Vollm, 2007) . Differences in legislation due to culture, legal tradition, ideologies and the provision of care (Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008) lead to an apparent discrepancy in the way of acting towards the mental patient.

Nevertheless, it is noteworthy that the issues relating to the various laws, represented by the patent controversy to which they are subject (Correia & Almeida, 2012; Salize & Dressing, 2004; Katsakou & Priebe, 2006) are common to all countries.

The centrality of these issues leads to clinical policy provisions, namely, the need to treat the patient in question, of legal nature, referring to basic human rights and of ethical nature, the need for public safety (Salize et al., 2002; Silva, 2010; Talina, 2004). Regarding this issue, it is equally evident the economic and financial significance in the implementation of various laws, since any kind of ministration inherent to compulsory detention leads necessarily costs in the practical application of the law.

The reduced harmony between the legislative frameworks, as mentioned above, leads to different methods of operation. Yet, according to Riecher-Rössler and Rössler (1993), they tend to standardize on three bases: the presence of severe mental disorder, representing a danger to oneself and/or others and the need urgent treatment. Following this assumption there is currently a strong tendency, especially in Europe, to assimilate the various frameworks, through reformulations imposed on them (Priebe et al., 2008; Salize et al., 2002). Despite this effort, according to psychiatric admission rates, that continue to vary from country to country (Zinkler & Priebe, 2002; Van der Post et al., 2008; Salize et al., 2002), these differences are representative of current characteristics of each national law (Correia & Almeida, 2012; Salize & Dressing, 2004) . This work will establish a short and solid comparison between the mental health laws, employed in two European countries: Portugal and England. For this purpose, some assumptions befit of each law, as a definition of mental health, reasons for hospitalization or legitimacy for request will be taken into consideration in order to simplify and provide greater consistency to the comparison.

Portuguese Mental Health Act n.º 36/ 98 of 24/07

The Portuguese law n.º 36/98 refers to the legal provisions of mental health policies that regulate specifically the involuntary commitment of the mentally ill.

Published on July 24th, 1998 this law gathered the culmination of several proposals, whose development began in the 80s (Hector, Brito, Cepeda, & Correia, 2004).

Within this framework, mental illness is identified as a serious mental disorder, which, however, is not defined or categorized. He who presents himself under such a condition, and considering this, creates hazard for legal goods, the relevant value, own or of others, of a personal nature or property, and refuses to receive the necessary medical treatment, may be admitted to a suitable establishment (Law n.º 36/98). Such admission may be required by the legal representative of the subject, the public health authorities and the prosecutor, not requiring special formalities, needing only a written essay of proceedings (Law n.º 36/98). The psychiatric assessment of the subject under Article 17 of Law 36/98 will be held after the receipt of the application and notification of the detained by the judge, to be held by two psychiatrists, within 15 days. The final decision, to proceed to compulsory detention, will be of the responsibility of the legal authorities, and shall be duly substantiated (Law n.º 36/98).

Referring to the particular case of need for emergency accommodation, this occurs in situations of acute deterioration of the state of serious mental disorder, thus presenting an imminent danger to the underlying assumptions mentioned above (Law n.º 36/98). In these cases, the public health or police authority are entitled to take the individual to the closest psychiatric emergency establishment, where he will be subject to psychiatric assessment, formulation with registration and delivery of the required intervention (Law n.º 36/98). After the subsequent procedures, the decision of maintenance, or not, in the hospital, has a maximum of 48 hours from the moment of deprivation of freedom of the subject (Law n.º 36/98).

Mental Health Act 1983/2007

The Mental Health Act 1983 regulates the legal provisions for mental health in England. Originally from 1983 (Mental Health, 1983), it was reformulated in 2007 by the Mental Health Act 2007 (Mental Health, 1983), which represented the update of certain provisions of the original law.

Regarding this law, mental illness is defined here as mental disturbance or disability, which fits various conditions such as affective disturbance, Schizophrenia, Personality Disorder, Organic Mental Disorder, Phobic Disorder, Anxiety Disorder, Mental Disorder caused by the abuse of psychoactive substance, among others (Department of Health, 2008).

In the case of commitment, the individual will be committed, according to the assumptions mentioned in section two or three of the law. Thus, it is a source of integration in section two given that there is a mental disorder in nature or degree which justifies detention in hospital for assessment for a limited period and, therefore, should be held for their own health or safety or in order to protect others. In what concerns to section three, it is a reason to integration in this section if there is a mental disorder in nature or degree that renders appropriate medical treatment in a hospital. Such treatment is necessary for the health or safety of oneself or for the protection of others, and provided that the medical treatment is available. The law adds, in detail, to this field factors to be considered in determining risk to their own health, safety or safety, namely, suicide, self-aggressiveness, self-neglect, and accidental, reckless or involuntary commitment of their own health or safety (Department of Health, 2008).

The application for admission may be requested by an Approved Health Professional (AMHP) or the next of kin. The AMHP is usually more appropriate applicant than the closest family member given that he/she has professional training and

knowledge of the law and local resources, and it does not have the potential adverse effect of a request made by a close relative of the patient. Thus, the affected individual will undergo psychiatric assessment in order to determine whether the criteria for admission are filled as explained in the two medical recommendations required to proceed to the commitment. Still on this subject, after the last psychiatric assessment, a 14-days deadline is set to submit the application for admission (Department of Health, 2008). Concerning emergency situations, the current legislation allows admissions based on a single medical recommendation only if the criteria in section two are gathered, if there is an urgent need for hospitalization and the second medical recommendation is causing inconvenient delays. According to the aforementioned, the exceptional medical recommendation shall determine the existence of: imminent danger and significant physical or mental harm to the patient or to others; imminent danger of serious damage to property or the urgent need for physical restraint of the individual so that the admission is finalized. After subsequent processes, the decision to maintain or not the commitment, has a maximum of 72 hours (Department of Health, 2008).

Table 1

Comparative table for the legislation on IC in Portugal and England (adapted from Correia & Almeida, 2012)

Country	Criteria for the IC	Definition of mental illness	Categorization of mental illness	Emergency IC	Entitled to apply for the IC
Portugal	Dangerousness; need for treatment	Severe mental disorder	No	48h	Legal representative, public health authority, or

					Public
					Ministry
England	Dangerousness; need for treatment	Disturbance or mental disability	Yes	72h	AMHP, or close relative

Statistics

Dating back to statistical data on admission rates in involuntary commitment, these are rarely the subject of study and publication. Therefore, the availability of solid data is scarce and limited (Salize & Dressing, 2004).

Through the study of Salize and Dressing (2004) it is known that, in Portugal, as of 2000, the number of admissions was of 618 compulsive admissions, assuming a rate of 3.2 % of total admissions and equivalent to about six per 100.000 hospitalized inhabitants. In 2002, in the same country, the expression of numbers, admissions increased from 618 to 875, bringing the same way, the percentage of total admissions to 5.2 %. Regarding the situation in England, as of 1999, predominating the provisions of the original Mental Health Act 1983, 23.822 was the exact number of hospitalizations, representing 13.5 % of all admissions, equivalent to 48 per 100.000 inhabitants hospitalized.

For more recent data, the study by Almeida et al. (2008), in which statistics from 1999-2007 are compared, relating to compulsive admissions in two reference Portuguese psychiatric units: Magalhães Lemos Hospital (HML) and Júlio de Matos Hospital (HJM), it is possible to convey a significant increase in these institutions, and to foresee the situation throughout the country. Thus, in total, the number of admissions increased from 117 (23 – HML; 94 – HJM) in 1999 to 493 (225 – HML; 268 – HJM) in

2007. However, as pointed out by Almeida and Correia, in 2012, despite the gradual increase, Portugal claims, compared with the other member states, to be one of the countries with the lowest rate of compulsive hospitalizations.

In England, between 2008-2012, with the reformulations of the Mental Health Act 2007 in force, there was an increase of 27.234 psychiatric admissions in 2008 to 30.900 in 2012 (Health and Social Care Information Centre, Community and mental Health Team, 2012) .

The reference to recent data indicates, together with the aforementioned study that these admissions, in England, also continue to grow.

Table 2

Comparative table for the legislation on IC in Portugal and England and its evolution

(adapted from Correia & Almeida, 2012)

	1998	1999	2000	2001	2008	2009	2010	2011	2012
Portugal			0	2					
England	46.30	23.82			27.23	27.94	30.18	29.55	30.90
	0	2			4	6	7	7	0

* *Note.* Data for Portugal in 2007 (493 CI) concern only two psychiatric hospitals

(Magalhães Lemos Hospital – 225 IC, and Júlio de Matos Hospital – 268 IC).

Discussion

As a conclusion from the comparison assumed throughout this work we should point out that, despite the similarities between the two nations regarding the legislative framework of mental health, there is a need to highlight some crucial differences, since,

as previously mentioned, these features show differences in the statistics of each country.

We can say that the two frames are similar in most of the legal requirements they have. The Mental Health Act 1983/2007 assumes a standard of detail and complexity throughout its framework, striving for the definition assumed that each provision, however, leads sometimes to hindering in consultation of the law itself. On the other hand, the Mental Health Act n.º 36/98 involves all the assumptions of legal practice of psychiatric admission in a simplified and concise way. Both adopt the criteria of dangerousness or need for treatment as requirements for involuntary detention, where the psychiatric assessment assumes the characteristic of mandatory and the final decision takes legal particularity (Salize et al., 2002). Thus, the process for the decision of admission is similar in the two frameworks.

References

- Almeida, F., Marques, A., Castro, A., Coelho, C., Palha, J., Carneiro, L., Pereira, M., Rebocho, M., Madureira, R., Gonçalves, S., & Alves, V. (2008). Psicose Esquizofrénica e Internamento Compulsivo. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 87-102.
- Correia, D. & Almeida, F. (2012). O Internamento compulsivo e o tratamento involuntários na União Europeia. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 95-113.
- Cunha, S. & Palha, A. (2007). Internamento Compulsivo – Perspetivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 71-82.
- Department of Health. (2008). Code of Practice: Mental Health Act 1983. London: TSO.
- Duarte, C., Wong, F., Kwok, W., Lau, K., Chang, M., & Ho, C. (2006). Tratamentos Compulsivos em Macau os primeiros cinco anos. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 73-78.
- Fennell, P. (2008). Best Interests and Treatment for Mental Disorder. *Health Care Anal*, 16, 255-267. doi: 10.1007/s10728-008-0088-6
- Health and Social Care Information Centre, Community and Mental Health Team. (2004). Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12.
- Heitor, M., Brito, A., Cepeda, T., & Correia, H. (2004). Rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Accessed from: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf> in July 2013.
- Inpatients formally detained in hospitals under the mental health act 1983, and patients subject to supervised community treatment, annual figures, England, 2011/12. (2012). Health and social care information centre. Accessed from: <http://data.gov.uk/dataset/inpatients-formally-detained-in-hospitals-mental-health-act-1983-annual-figures-england-2011-12> in July 2013.

- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241. doi: 0.1111/j.1600-0447.2006.00823.x
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. Lauber, C., Martínez-Leal, R., et al. (2008). Mental health care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- Putkanen, H. & Vollm, B. (2007). Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland. *Special articles*, 31, 101-103. doi: 10.1192/pb.bp.106.009472
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993): Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-6.
- Salize, H., Drebing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States – Final Reports*. Central Institute of Mental Health: Germany.
- Salize, H. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Silva, A. (2010). *Internamento Compulsivo* (Dissertação de Mestrado não publicada. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Accessed from: [http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/\(50105\)](http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/(50105)) in July 2013.
- Talina, A. (2004). *Internamento Compulsivo em Psiquiatria estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na grande Lisboa* (Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa). Accessed from: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5545/1/TeseMT> in July 2013.
- Van der Post, L., Schoevers, R., Koppelmans, U., Visch, I., Bernardt, C., Mulder, N., et al. (2008). The Amsterdam studies of acute psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a Metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 8(31), 1-10. doi:10.1186/147-244 x -8-35

Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe – a review.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 3-8.