



# FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

## Análise de Proposta de Lei n.º 24/XV/1.<sup>a</sup>

No dia 22.07.2022, a proposta de Lei n.º 24/XV/1<sup>a</sup>, nova Lei de Saúde Mental deu entrada no parlamento. De acordo com o governo, esta proposta insere-se na Reforma da Saúde Mental, a concluir até final de 2026 e que recorre a 88 milhões de euros para investimentos nesta área no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência.

A 25.07.2022 foi discutida pela Comissão de Saúde, cuja nota técnica foi produzida a 12.09.2022. Na presente nota, seção “VI. Consultas de contributos”, é mencionado que “Considerando a matéria que está em causa, poderá a Comissão de Saúde proceder à audição, ou solicitar parecer, na fase de especialidade, ao Ministério da Saúde.”. Questiona-se aqui o motivo pelo qual, no contexto desta importante Lei, com implicações laborais e da matéria do direito e dignidade das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental, não são as associações profissionais e dos utentes ouvidas.

O parecer da Comissão de Saúde foi produzido dia 07.10.2022.

A discussão pelo Parlamento, na generalidade, ocorreu a 13.10.2022, e a proposta de Lei foi aprovada a 14.10.2022 com os votos a favor do PS, PSD, PCP, BE, PAN e Livre, os votos contra do Chega e abstenção da IL. Note-se que o projeto de resolução do PAN, que recomendava que o Governo que executasse o Plano Nacional de Saúde Mental, em vigor desde 2012, foi rejeitado com os votos contra do grupo parlamentar do PS e a favor das restantes bancadas.

O Ministro da Saúde, Manuel Pizarro, a propósito da aprovação da LSM veio afirmar, na comunicação social que “A proposta de lei acentua a nossa visão humanista, enquanto vertente indispensável de cuidados de saúde de excelência, conferindo centralidade aos conceitos de autonomia, dignidade, participação, oportunidade e recuperação” da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental.

Aludindo ao mencionado acima, questionamos a garantia da autonomia, dignidade, participação e oportunidade das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental dado que não foram ouvidas, bem como não foram o garante dos cuidados, ou seja os profissionais de saúde médicos.

Sendo certo que o diploma deseja incidir sobre a definição, os fundamentos e os objetivos da política na área da saúde mental, consagrar os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regular as restrições destes direitos e as garantias da proteção da liberdade e da autonomia, também é certo que consagra uma série de vicissitudes.

Desde já, no seu preâmbulo – *“Exposição de motivos”* – menciona que *“a conclusão da Reforma da Saúde Mental”* será de concretizar até 2026. Assim questiona-se como pode uma nova Lei de Saúde Mental, que consagra o direito e a defesa das pessoas com necessidades de saúde mental pode entrar em vigor mediante uma Reforma da Saúde Mental não concluída. Perante um Serviço Nacional de Saúde depauperado de profissionais e que não garante cuidados em saúde mental equitativos, como poderão ser assegurados os cuidados desejados na presente Lei? – esta é uma falácia que destrona por completa o âmbito da Lei de Saúde Mental.

Exemplo do supramencionado é a legislação da saúde, sem a adequada realização prática, mediante o Despacho n.º 6324/2020, de 15 de junho, que criou um grupo de trabalho para apresentação de propostas que definissem os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental, que conduziu, num primeiro momento, à publicação do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que estabeleceu os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental – ora, as reformas consagradas nesta legislação, nomeadamente as equipas comunitárias de saúde mental ainda não estão devidamente estabelecidas e generalizadas, impedindo os cuidados consagrados pela nova Lei de Saúde Mental.

A nova Lei de Saúde Mental, continua, no seu preâmbulo, que *“prevê-se a figura, intencionalmente informal, da pessoa da confiança – a pessoa escolhida por quem tem necessidade de cuidados de saúde mental e por si expressamente indicada para, com a sua concordância, lhe prestar apoio no exercício dos seus direitos”* – no entanto, no decurso da presente legislação não se vislumbra a necessidade de uma nova figura *“pessoa de confiança”*, tendo em conta a existência, na lei, do procurador dos cuidados de saúde

ou mandatário. Esta “pessoa de confiança” visa criar entropia num sistema já por si caracterizado por graves insuficiências, e que acrescenta risco para a pessoa que necessita de cuidados de saúde que se vê fragilizada e especialmente vulnerável perante uma figura sem qualquer garantia de idoneidade.

Ainda, no preâmbulo, “*Merecem especial destaque a regulamentação dos seguintes aspetos*”, alínea “i) os pressupostos e princípios do tratamento involuntário, relevando a distinção entre situações de perigo para bens jurídicos do próprio ou de terceiros” – sendo certa a distinção do perigo para bens jurídicos do próprio ou de terceiros, a menção do “ou” coloca em segundo plano a primazia que a Lei afirma dar, isto é, a pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental. A alínea “iii) a preferência pelo tratamento involuntário em ambulatório”, implicando a existência de “iv) equipas comunitárias de saúde mental para assegurar o tratamento em ambulatório”, versa-se mais problemática pela já mencionada deficitária condição generalizada existência das equipas comunitárias, criando-se uma desigualdade no acesso à saúde que implica uma matéria tão sensível como a restrição da liberdade. Ora, mediante a ausência do adequado número e composição das equipas comunitárias poder-se-á aumentar o número de tratamentos involuntários em regime de internamento com a consequente restrição da liberdade.

Igualmente problemática é a alínea “vi) a avaliação clínico-psiquiátrica, relativamente à qual se prevê a colaboração da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental ao qual é deferida, a possibilidade de ter lugar no domicílio do requerido e a obrigatoriedade de ter de ser sustentada em determinados factos” dado que há a mencionar, ao contrário do implícito, a avaliação clínico-psiquiátrica médica é sustentada em “determinados factos”. Por outro lado, a avaliação clínico-psiquiátrica é da função exclusiva do médico, pelo que urge clarificar o que significa “colaboração da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental” – a função do médico vem consagrada no artigo 9.º dos Decretos-Lei n.ºs. 176 e 177/2009, de 4 de agosto, que aprovaram, respetivamente, os regimes jurídicos da Carreira Médica e da Carreira Especial Médica. A dita “colaboração com outros profissionais” fica por esclarecer em que medida interfere na avaliação clínico-psiquiátrica *per se*. A possibilidade da avaliação clínico-psiquiátrica ser realizada no domicílio da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental afigura-se, também ela, problemática em termos laborais em matéria de

tempo e local de trabalho, dado que os médicos psiquiatras têm, compreensivelmente e expectavelmente, mais atividade assistencial.

### **Análise da política de saúde mental:**

No artigo 4.º - *“Fundamentos da política de saúde mental”* - menciona a alínea c) do n. 1º que *“A prestação de cuidados de saúde mental assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma integrada e coordenada, às diferentes necessidades de cuidado das pessoas”* - ora, sabidamente e neste momento, não existem equipas multidisciplinares suficientes que permitam o asseguramento equitativo de cuidados de saúde mental, pondo em causa, precisamente, as alíneas d) - *“O acesso de todas as pessoas, em condições de igualdade e de não discriminação, a cuidados de saúde mental de qualidade e no tempo considerado clinicamente aceitável”* - e f) do mesmo artigo - *“A garantia da equidade na distribuição de recursos afetos à saúde mental e na utilização de serviços de saúde mental e a adoção de medidas de diferenciação positiva”*.

Mais ainda, o não cumprimento dos *“Fundamentos da política de saúde mental”* vem precisamente reforçado no artigo 5.º - *“Objetivos da política de saúde mental”* - alínea c) - *“Concluir a transição para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, tendo em vista melhorar a qualidade desses cuidados e garantir a proteção dos direitos em todos os serviços e demais entidades com intervenção na área da saúde mental”*.

### **Análise da matéria laboral:**

No artigo 20.º - *“Avaliação clínico-psiquiátrica”*, n.º 2, é mencionado que *“A avaliação clínico-psiquiátrica é realizada, no prazo de 15 dias, por dois psiquiatras, com a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental, no serviço ou no domicílio do requerido”* - o que levanta duas questões primordiais: em primeiro lugar a realização da avaliação clínico-psiquiátrica com a colaboração de outros profissionais, o que contraria e, inclusivamente, põe em causa a função do médico, consagrada no artigo 9.º dos já referidos Decretos-Lei n.ºs. 176 e 177/2009, de 4 agosto - especificamente os seus n.º 1 - o médico está *“habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde”* - e 3 - *“O médico exerce a sua atividade com*

*plena responsabilidade profissional e autonomia técnico -científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas”*. Assim, é claro e cristalino que a avaliação clínico-psiquiátrica é uma função da inteira responsabilidade do médico, não podendo uma Lei (ainda por cima), que visa a prestação de cuidados de saúde mental, colidir com o regime jurídico dos trabalhadores médicos que, integrados nas carreiras médicas, exercem a sua atividade profissional no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. A mesma questão surge nos artigos seguintes da Lei de Saúde Mental, nomeadamente os n.ºs 26.º - *“Revisão da decisão”*, n.º 5 *“A revisão tem lugar com audição do Ministério Público, da pessoa em tratamento involuntário, da pessoa de confiança, do defensor ou mandatário constituído, de um dos psiquiatras subscritores do relatório de avaliação clínico-psiquiátrica ou do psiquiatra responsável pelo tratamento e de um profissional do serviço de saúde mental que acompanha o tratamento”* - e 33.º - *“Decisão final”*, n.º 1, *“Recebida a comunicação a que se refere o n.º 4 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de tratamento involuntário, ordenando que, no prazo de cinco dias, seja feita nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras, distintos dos que tenham procedido à anterior, coma colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental.”*

Ainda no artigo 20.º, n.º 2, é mencionado que a avaliação clínico-psiquiátrica possa ocorrer no domicílio do requerido - isto coloca questões diretamente relacionadas com o tempo e local de trabalho do médico, bem como o seu dever hierárquico. Sendo certo o dever de colaboração com a Lei, este não pode ultrapassar a função primordial dos médicos, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos seus doentes. Acresce ainda o pormenor de segurança do próprio médico - não nos podemos esquecer que, nos casos de doença mental grave, a pessoa que necessita de cuidados de saúde apresenta uma diminuição do discernimento que lhe retira a crítica para a sua doença - ora, e neste contexto, será bastante simples fazer o seguinte exercício mental de lógica, se nos colocarmos no lugar da pessoa que necessita de cuidados de saúde mental: *“se não estou doente, não preciso de cuidados, logo não aceito qualquer interferência e violação do meu espaço privado!”*.

Diz o Artigo 22.º - *“Sessão conjunta”*, n.º 2, que *“Sem prejuízo do número anterior, as pessoas notificadas e convocadas para a sessão conjunta podem ser ouvidas por meio de equipamento tecnológico, podendo ser ouvidos por teleconferência a partir do seu local de trabalho o psiquiatra subscritor do relatório de avaliação clínico-psiquiátrica e os profissionais*

*do serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência do requerido."*

Se a pandemia nos trouxe a generalização e aceitação dos meios tecnológicos para facilitação da comunicação, não pode ser esta usada de forma vulgarizada e causando interferência no normal funcionamento dos serviços, importando aqui, e mais uma vez, clarificar qual o tempo de trabalho e disponibilidade do médico para a realização deste trabalho – deverá o médico suspender as suas consultas para ficar ao serviço da lei? Deverá o médico interromper uma avaliação médica? Deverá o médico ausentar-se do serviço de urgência para responder à lei? Supondo a dita interrupção, como serão garantidos os cuidados às pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental? Reforça-se que, na doença mental, a saúde não está ao serviço do poder jurídico, mas sim o poder jurídico está ao serviço da saúde.

No artigo 24.º - *"Cumprimento da decisão de internamento"*, nº 1, *"O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço local ou regional de saúde mental responsável pelo internamento, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais."* – esta matéria coloca em questão sérias condições de segurança do médico, aludindo-se ao já mencionado exercício mental simples com uso da lógica: o toldar do discernimento não permite a aceitação da doença, logo do tratamento, logo o serviço de saúde mental não terá poder em especial para cumprir um mandado de condução que, aliás, como o próprio nº1 indica é mandatado pelo poder jurídico. Aqui, e mais uma vez, urge esclarecer qual se a saúde está ao serviço da lei. Questão equivalente coloca-se no n.º 2 do mesmo artigo - *"Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio do serviço de saúde mental responsável pelo internamento."* – ora, se o mandado é cumprido pelas forças policiais, questiona-se qual o papel do apoio do serviço de saúde mental. A resposta será apenas de um claro desperdício de recursos humanos.

### **Análise dos pressupostos do tratamento involuntário:**

Nesta análise, importa questionar se foram ouvidas as associações das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental dado que gera estranheza como podem os pressupostos do tratamento involuntário serem tão abrangentes que, em última análise, permitem o internamento de toda a "doença mental".

Medicamente, as “doenças mentais” são entidades nosológicas que cumprem critérios de sinais e sintomas classificáveis em manuais como a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde. Assim, estes manuais englobam patologias que vão desde a esquizofrenia, perturbações bipolares, mas também perturbações da personalidade, vulgo, forma de ser do indivíduo, demências, estados confusionais (entidade clínica que agrupa várias causas, desde infecciosas a neoplasias, acidentes vasculares cerebrais ou, até, desequilíbrios hidro-electrolíticos como hiponatremia). Outra questão é a dependência de substâncias, categorizável como perturbação por uso de substâncias, que engloba qualquer substância desde álcool, tabaco, cânabis, cocaína, psicoestimulantes, heroína (e por aí em diante) – são estas patologias suscetíveis de tratamento involuntário?

Estando demonstrada a falácia do reducionismo da medicina, visão aliás já abandonada pela medicina humanista, importa agora acrescentar à Lei a atual visão médica do indivíduo como o centro dos cuidados e, conseqüentemente, da situação em específico, ou seja, a gravidade da condição clínica em apreço, ou seja, da doença mental.

Assim, no artigo 15.º - *“Pressupostos e princípios gerais”* (do tratamento involuntário), n. 1 - *“São pressupostos do tratamento involuntário”,* alínea a) *“A existência de doença mental”*. Ora, importa regressar ao artigo 2.º que define, na alínea a) *“«Doença mental», a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde”* – como já mencionado, urge clarificar que a questão em causa não é, *per se*, a doença mental mas sim a sua gravidade médica.

O artigo 15.º, continua, ainda com os pressupostos para o tratamento involuntário que incluem as alíneas b) *“A recusa do tratamento medicamente indicado necessário para prevenir e eliminar o perigo previsto na alínea seguinte;”,* c) *“A existência de: “i) Perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento; ou ii) Perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”* – importa esclarecer a oposição mediante “ou” dos bens jurídicos ou patrimoniais de terceiros e do próprio, excluindo-se assim, a pessoa com necessidade de cuidados de saúde

mental como a protegida. O artigo 15.º continua no seu n.º 2 – “O tratamento involuntário só pode ter lugar se for: a) A única forma de garantir o tratamento medicamente indicado; b) Adequado para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) ou ii) da alínea c) do número anterior; e c) Proporcionado à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico.”. Se é certo que este articulado refere a gravidade da doença mental, esta fica subjugada ao conceito de perigo, uma conceção não exclusivamente médica e suscetível de deturpação aos olhos da lei.

### **Análise dos direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental:**

Além do já mencionado no capítulo acima, e relativo à definição abrangente e estigmatizante de doença mental, importa acrescentar que no artigo 8.º – “Direitos e deveres em especial” – no n.º 3, “ Em processo de tratamento involuntário, o requerido tem, em especial, o direito de:”, alínea i), “Indicar pessoa de confiança”, melhor explicitada no artigo 9.º – “Exercício dos direitos”, n.º 4 “As pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm o direito de indicar pessoa de confiança que as apoie no exercício dos seus direitos, nomeadamente no exercício dos direitos de reclamação, de apresentação de sugestões e de recurso e revisão da decisão de tratamento involuntário” e n.º 5, “A pessoa de confiança pode, para os efeitos previstos no número anterior, aceder à informação de saúde e ao processo de tratamento involuntário”. Importa questionar qual a garantia de idoneidade desta “pessoa de confiança” que acede à informação de saúde e processo de tratamento involuntário e que visa omitir o procurador de cuidados de saúde ou mandatário – estes sim, figuras legalmente estabelecidas e garante da defesa da pessoa que necessita de cuidados de saúde. Importa mencionar que a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental afeta de doença mental grave é especialmente vulnerável, não se vislumbrando, por isso, como uma alegada pessoa de confiança poderá ser, de facto, “de confiança”. Usando, novamente, o exercício mental da lógica, um indivíduo afeto de doença mental grave em fase aguda de descompensação (ou, até em fase crónica com sintomatologia residual estabilizada) pode considerar, fruto da sua doença e ausência de discernimento, qualquer pessoa, e em última análise um perfeito desconhecido, como “pessoa de confiança”.

Por fim, o artigo 15.º, no seu n.º 3 – “O tratamento involuntário tem lugar em ambulatório, assegurado pelas equipas comunitárias de saúde mental, exceto se o internamento



*for a única forma de garantir o tratamento medicamente indicado, findando logo que o tratamento possa ser retomado em ambulatório”* coloca sérias questões em matéria do direito fundamental à liberdade, implicando que pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental que vivam em locais desprovidos de equipas comunitárias sofram da privação da liberdade, mediante tratamento involuntário em regime de internamento, em detrimento de outros que vivam em locais com o número e adequação das equipas que permitam o tratamento involuntário em regime de ambulatório. Sendo certo que ambos são tratamentos involuntários, é também certa a distinção entre internamento e regime ambulatório.

Conselho Nacional da Federação Nacional dos Médicos

Coimbra, 10 de novembro de 2022