



Exma Sra. Deputada Dr^a Maria Antónia de Almeida Santos
Ex.mos Senhores Deputados

Assunto - Parecer da APSS à Proposta de Lei 24/XV/1^a

A APSS, Associação de Profissionais de Serviço Social, agradece o convite da Exma Sra. Deputada Maria Antónia de Almeida Santos para auscultação da sua posição acerca do fundamento e do articulado da Proposta de Lei 24/XV/1^a – nova Lei de Saúde Mental, em revisão da Lei 36/98 de 24 de Julho.

Nota prévia

O Serviço Social, definido pela International Federation of Social Workers constitui-se como *“uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. (...)”* (IFSW, 2014).

Assenta os pilares do seu Código Deontológico no referencial basilar dos princípios da **defesa da Dignidade humana, da Liberdade e da Justiça social**, estruturando-se a partir do princípio universal de promoção do Bem Estar e assenta em diferentes tradições do pensamento ético para fundamentar a atuação deontologicamente informada dos seus profissionais. Assim, nos seus pressupostos centrais no exercício da profissão, relevam-se a **promoção da mudança social, do desenvolvimento social, da coesão social, do empowerment e da liberdade, através do reforço da capacitação, inclusão social e da emancipação das pessoas**. Tem um **compromisso indelével com as populações mais vulneráveis**, integrando estratégias e metodologias centradas na minimização dos efeitos das desigualdades sobre as suas vidas, designadamente nas situações de pobreza, de opressão e de vulnerabilidade e sofrimento social.

De acordo com a sua missão profissional e face à Proposta de Lei em matéria tão importante quanto a da Saúde Mental, a APSS apresenta a sua apreciação sobre os aspetos mais relevantes da Proposta, assim como sugestões para a sua melhor adaptação ao desígnio dos direitos e proteção dos cidadãos.

I. Considerações sobre os aspetos positivos da Proposta de Lei

Persiste a inegável evidência de que os cuidados de Saúde Mental devem tornar-se uma prioridade nas Políticas de Saúde e nas Políticas Transectoriais, em face das consequências do seu impacto na funcionalidade das pessoas, na qualidade de vida, nos gastos em saúde e no peso sobre o sector da Segurança Social. A largos anos que a Saúde Mental estava carecida de uma reforma e de deslaçar o paradigma da década de 80 do século XIX, absolutamente obsoleto em face da realidade social atual.

A evolução legislativa e a alteração da visão da Saúde Mental transectorial, tem comportado alterações significativas e mecanismos legislativos que podem, de facto,



promover o início de um percurso de melhoria e consolidação da voz das pessoas que vivem com a doença mental, seus cuidadores e redes de suporte, bem como dos técnicos e serviços que para e com as pessoas, intervêm diariamente.

As alterações e mudanças paradigmáticas introduzidas por diferentes instrumentos legais, tais como o Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de Dezembro, vieram reestruturar e estabelecer os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos Serviços de Saúde Mental. Esta reorganização é pautada pela consagração do **princípio da recuperação integral da pessoa**, na consagração do **princípio da participação efetiva de todos os intervenientes** nos processos decisórios, na **representatividade e sustentação da importância dos Planos Nacional e Regionais** de Saúde Mental e na **coordenação das Políticas de Saúde Mental** aparenta comportar, em si mesmo, a consolidação das estruturas hierárquicas e da sinergia dos intervenientes de forma consistente, coesa e sustentável, bem como incidir a tónica na promoção e respeito pelo modelo de intervenção de base comunitário, participado, integrado e de proximidade, assegurando a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis: cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados e cuidados de reabilitação e de inclusão social efetiva das pessoas.

A preocupação e o respeito pelos Direitos Humanos, particularmente nas pessoas mais vulneráveis pelas suas diferentes particularidades, trouxe à luz da discussão os instrumentos internacionais de defesa dos Direitos Humanos, nomeadamente a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que relevam para um plano consensual, as matérias das pessoas com incapacidade resultante das doenças mentais.

Assim, cremos estar em conformidade com aquelas que são as linhas orientadoras entre os diferentes Estados e que visam uma uniformização daquela que é a essência da Ética no princípio da defesa e promoção dos direitos humanos.

À luz de todos os instrumentos legislativos e técnicos considerados para o trabalho de revisão da Lei de Saúde Mental, somos a considerar que esta proposta de Lei procura, acima de tudo **dignificar a pessoa e salvaguardar os melhores cuidados na ótica dos instrumentos mais atuais da prática clínica, da intervenção técnica e da dignidade da pessoa no acesso e na participação dos seus cuidados de saúde**, em conformidade com o explanado no seu Artigo 4.º. Este Artigo, nos seus dois pontos, está intrincado, de forma profunda, com aquela que é a **prática e o fundamento da profissão do Serviço Social, refletindo-se uma área muito clara de prioridade de atuação em matéria de saúde e de relevância da presença do Serviço Social** na execução dos princípios defendidos pela Proposta de Lei.

A proposta da nova Lei de Saúde Mental comporta um vasto espectro de evolução conceptual no entendimento das várias dimensões da vida das pessoas com doença mental grave e ajusta-se àquele que é o alinhamento da organização dos Serviços proposto e definido pelo Decreto-lei n.º 113/2021 de 14 de Dezembro e no quadro atual dos Direitos Humanos.

Consideramos que importa saudar a relevância no paradigma do acompanhamento das pessoas com as alterações introduzidas com Lei n.º 49/2018 de 14 de Agosto, que define o Regime Jurídico do Maior Acompanhado.

Noutra espectro de análise, o entendimento da abertura do respeito pela participação efetiva na tomada de decisões de saúde, particularmente no que respeita à Saúde Mental,



à luz do articulado da Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho, que regula a Diretiva Antecipada de Vontade.

Saudamos, ainda, a visão refletida e ajustada à realidade atual das pessoas com doença mental a cumprir medidas de segurança e da sua equidade e justiça no tratamento.

Relevamos também que a Proposta de Lei prevê uma melhoria significativa na interpretação dos limites às medidas de contenção e de tratamento involuntário, saudando a alteração do conceito de compulsivo para involuntário.

Opta a APSS por não analisar cada Artigo da Proposta de Lei mas sim explicar aqueles que consideramos ser os pontos de maior relevância e importância no cenário da prestação de cuidados de Saúde Mental:

- 1) O foco na promoção dos direitos, reforço das garantias de respeito pela vontade, autonomia e opções das pessoas com doença mental;
- 2) O enfoque na participação dos utentes, quer no seu plano de cuidados, quer na avaliação das políticas e dos serviços, bem como a identificação da figura da *pessoa de confiança*; não obstante, consideramos ser necessário que fique expresso no enunciado o acautelamento da idoneidade da pessoa identificada, em face do risco conhecido na intervenção direta com a população com doença mental e da sua exposição à vulnerabilidade da intervenção inadequada de terceiros nas suas vidas;
- 3) O acesso a cuidados de qualidade, o que implica prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e inclusão, e equipas multidisciplinares, a sua sinergia com o Decreto-Lei 113/2021 e a perspetiva do exercício de todas as dimensões da Saúde Mental num modelo de base comunitário sendo, para tal, necessário que as políticas transectoriais ocorram e possibilitem a sua execução prática;
- 4) A avaliação multidisciplinar como condição para o tratamento involuntário, comportando uma visão global das diferentes dimensões da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, privilegiando uma sinergia entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares que trabalham as diferentes competências/incapacidades das pessoas, fornecendo matéria técnica ao Tribunal capacitando as instâncias jurídicas de maior fundamento à tomada de decisões com base numa mais extensa dos direitos.
- 5) A maior flexibilidade no tratamento involuntário em ambulatório, que na Lei anterior não era possível sem ser no seguimento de internamento compulsivo, capacita as equipas de instrumentos menos coercivos, mais imediatos, com maiores ganhos em saúde e com maior respeito pela dignidade e pela vontade das pessoas a quem se prestam os cuidados diferenciados de Saúde Mental;

II. Considerações sobre os aspetos a melhorar na Proposta de Lei

- 1) Somos a considerar que a o conceito de inclusão é apresentado de forma vaga e sem a necessária identificação da sua dimensão social. Na conceptualização de inclusão, identifica-se a Inclusão Social como o processo para melhorar as condições de participação na sociedade das pessoas mais vulneráveis - com base na idade, sexo, condição física ou mental, etnia, origem, religião, condição económica ou outra - através



da ampliação de oportunidades, do acesso a recursos, da voz e do respeito pelos direitos. Assim, engloba um conjunto de medidas direcionadas a indivíduos excluídos das dimensões sociais. A Inclusão Social prevê que os cidadãos e cidadãs acedam a oportunidades equitativas de acesso a bens e serviços como a saúde, a educação, o emprego, a habitação, o bem estar, a cultura, a subsistência e a pertença social, tal como prevê a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência nos seus artigos: 19º Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade, 24º Educação, 25º Saúde, 27º Trabalho e emprego, 28º Nível de vida e proteção social adequados, 29º Participação na vida política e pública e 30º Participação na vida cultural, recreação, lazer e desporto.

- 2) Assim, a dimensão da inclusão social, a participação na vida societal, não pode ser negligenciada e, aliás, adquire particular importância no trabalho de reabilitação. Consideramos, portanto, pese embora a reabilitação psicossocial implique como seu resultado a inclusão social da pessoa reabilitada, é necessária uma intervenção específica para alcançar esse objetivo.
- 3) Identificamos algumas dúvidas no que respeita à aplicabilidade da DAV (Diretiva Antecipada da Vontade) ou Testamento Vital, no articulado apresentado pela Proposta de Lei 24, na sua Secção II, Casos Especiais, Artigo 10º, nº 2, em face da alteração sugerida somente ao nível do Artigo 2º da Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho. Sugere-se atenção a este aspeto na Proposta de Lei.
- 4) O Artigo 17º - Requerimento para Tratamento involuntário, na formulação do seu ponto 2, refere que *“Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais”*. Ora importa esclarecer que o Serviço Social tem, como atribuição técnica das suas competências, a elaboração de perícias sociais, pareceres, informações e relatórios sociais. Consideramos, assim, que, para além dos relatórios clínicos/psiquiátricos, dentro dos relatórios psicossociais deve **constar, obrigatoriamente, o Relatório Social**, validada a sua pertinência pela obrigatoriedade legislativa da presença dos Assistentes Sociais nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental e na composição da Comissão para o acompanhamento da execução do regime jurídico do tratamento involuntário, conforme o Artigo 40º. Defendemos, pois, que existe uma diferenciação técnica e de especificidade do Serviço Social, sendo, por isso, particularmente necessário existir uma clarificação desta necessidade de constar o Relatório Social no articulado. Este pressuposto repete-se na sua iminente necessidade de clarificação no nº 2 do Artigo 17º, nº 2 do Artigo 20º, nº 4 do Artigo 26º, nº 1 do Artigo 33º.

IV. Propostas para consideração do Grupo de Trabalho

- i. Sugerimos a **redação de “Inclusão social”** em substituição de inclusão em todas as formulações na medida em que o conceito de inclusão social é multidimensional e abrange todos os direitos sociais:



- Identidade social: laços sociais de pertença, família, comunidade, redes de suporte social;
 - Participação no sistema produtivo: trabalho, formação profissional;
 - Cidadania: direitos e deveres, participação coletiva e cultural, poder de decisão e representação;
 - Acesso a bens e serviços: educação, habitação, proteção social, autonomia financeira.
- ii. Nova redação do nº 1 , alínea a), Artigo 7º : ***“Aceder a cuidados de saúde integrais de qualidade, da prevenção à reabilitação, que incluam respostas aos vários problemas de saúde da pessoa, adequadas ao seu enquadramento familiar e social e à sua plena inclusão social”;***
- iii. **Integração do Relatório Social** no âmbito da redação dos relatórios psicossociais.
- iv. **Necessidade a acautelar estratégias de prevenção de abuso ou de monitorização da ação por parte das pessoas designadas ou identificadas como “pessoa de confiança”** e do acesso desta aos dados sensíveis de saúde.
- v. Redação juridicamente mais clara e articulada do **Artigo 10º da Proposta de Lei com a Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho** (conforme as dúvidas suscitadas no ponto 3. Considerações sobre os aspectos a melhorar na Proposta de Lei)
- vi. Criação de uma instância para **monitorizar e/ou regulamentar a Gestão do Património** numa relação estreita entre o Ministério Público e os Gestores de Negócios, para a melhor salvaguarda dos interesses das pessoas sujeitas às medidas de gestão de negócios.
- vii. No Artigo 8º, ponto 1 e 2 identifica a *“pessoa/pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”*; no ponto 3, fala em *“requerido”*, no ponto 4 e 5, em *“pessoa em tratamento involuntário”*. No Artigo 9º, respeitante ao exercício de direitos, a nomenclatura passa para, no ponto 1 e 2, para *“maior acompanhado”* ou *“maior não acompanhado”*, no ponto 4 regressa a *“pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental”* e, no Artigo 10º, ponto 3, utiliza-se o conceito de *“outorgante”*. O termo *“requerido”* volta a ser evidente nos Artigos 18 e seguintes, retomando a *“pessoa em tratamento involuntário”* a partir do Artigo 26º. No Artigo 34º, volta a ser utilizado o termo de *“requerido”* e no 35º, ponto 2, regressa a *“pessoa cujo tratamento involuntário”*. **Sugere-se a uniformização da nomenclatura para maior coesão do articulado como salvaguarda de melhor interpretação Lei.**
- viii. Por fim, manifestar a necessidade de alteração do ponto 3 do Artigo 29º, referente à condução do internando. Na nossa opinião e visando a segurança e respeito pela dignidade da pessoa, sugerimos **revisão do enunciado** para *“qualquer agente policial procede à condução do internado após validação pelo seu superior hierárquico ou com*



APSS
Associação dos Profissionais
de Serviço Social

capacidade para tal”, considerando a sensibilidade da matéria da doença mental grave descompensada.

A APSS apresenta os seus cumprimentos e votos de excelente continuidade nos trabalhos sobre a Proposta de Lei em apreciação.

A Presidente da APSS

Júlia Cardoso

Fontes:

APSS. Código Deontológico dos Assistentes Sociais. Lisboa. 2019

Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigos.: 19º, 24º, 25º, 27º, 28º e 29º, e 30º

Guimarães, Paula, Reis, Rosário Zincke dos. Guia InclusivaMente. Fundação Vasco Vieira de Almeida. Lisboa. 2020.

Vieira, Isabel. A Participação: Um paradigma para a intervenção social. Editora UCP, Lisboa. 2015, pp. 88-94