



Conselho
Nacional de
Ética para as
Ciências da Vida

121/CNECV/2023

PARECER SOBRE A PROPOSTA DE LEI N.º 24/XV/1.^a
"APROVA A LEI DE SAÚDE MENTAL E ALTERA
LEGISLAÇÃO CONEXA"

Março de 2023



PARECER 121/CNECV/2023 SOBRE A PROPOSTA DE LEI N.º 24/XV/1.ª - "APROVA A LEI DE SAÚDE MENTAL E ALTERA LEGISLAÇÃO CONEXA"

RELATÓRIO¹

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), tendo conhecimento da aprovação na generalidade, no dia 14 de outubro de 2022, da Proposta de Lei n.º 24/XV/1.ª que "Aprova a Lei de Saúde Mental e altera legislação conexa" deliberou, na mesma data, pronunciar-se sobre esta matéria, atenta a sua relevância ética e jurídica. O tema da Saúde Mental merecera anteriormente a atenção do CNECV, que emitiu, oportunamente, os seguintes pronunciamentos:

- Parecer sobre Bioética e Saúde Mental (77/CNECV/2014), reflexão de iniciativa em que o CNECV destacou a proteção da Saúde Mental como uma prioridade política e social, recomendando uma agenda política para o setor coerente com os Direitos Humanos, com integração da Saúde Mental em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo a investigação e a educação, apontando a responsabilidade de todos os agentes sociais. Foi ainda advogado um debate público alargado para a redução do estigma associado à doença mental;

- Parecer sobre o Estatuto do Maior Acompanhado (100/CNECV/2018), endereçado pelo Ministério da Justiça e em que foi bem acolhida a proposta de transposição para o ordenamento jurídico nacional dos princípios da Convenção das Nações Unidas de 30 de março de 2007 sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no que se referia à caracterização das situações de incapacidade diminuída, tendo, porém, manifestado reservas éticas quanto aos critérios de correspondência entre as situações de limitação ao exercício da autonomia e as concretas soluções normativas propostas;

- Parecer sobre a Proposta de Lei n.º 110/XIII/3.ª (GOV) - Estabelece o Regime de Maior Acompanhado, em Substituição dos Institutos da interdição e da Inabilitação (102/CNECV/2018), suscitado pela Comissão Parlamentar de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias e em que o CNECV manteve o sentido do Parecer 100/CNECV/2018 e considerou, face à persistência de ambiguidades, à indefinição de critérios e ao desajustamento relativamente à tutela jurídica das pessoas com capacidade diminuída na tomada de decisões em saúde, que a proposta de diploma em apreço suscitara reservas éticas, impedindo a sua aprovação;

- Parecer sobre Tratamento Compulsivo e Direitos das Pessoas com Doença Mental (105/CNECV/2019), de iniciativa do CNECV, em que, no respeito pela autonomia

¹ O Parecer é antecedido de um Relatório circunstanciado, da responsabilidade dos seus autores e que, como tal, não é votado pelo plenário do CNECV.



individual, expressão da dignidade humana, a indicação clínica para a contenção e tratamento não consentidos é excecional, no melhor interesse e para bem da pessoa, e deve ser balizada por princípios de necessidade, adequação e proporcionalidade, acautelando situações de risco grave e imediato para a vida e integridade do próprio e de terceiros.

As reflexões então produzidas mantêm a sua atualidade, contribuindo para contextualizar o presente relatório e parecer.

Para além dos documentos agora enunciados, e considerando que a presente Proposta de Lei também contempla a legislação sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, no que diz respeito a pessoas com doença mental, importará igualmente atender à anterior reflexão do CNECV sobre este tema, especificamente:

- Parecer sobre “Projetos de Lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade” (59/CNECV/2010);

- Parecer sobre “Propostas de Portaria que regulamentam o Modelo de Testamento Vital e o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)” (69/CNECV/2012);

- Parecer sobre “Exclusão administrativa dos enfermeiros ao RENTEV” (82/CNECV/2015);

- Parecer sobre a “Transmissão de informação relativa às Diretivas Antecipadas de Vontade” (95/CNECV/2017),

Em termos gerais, destaca-se, como pertinente para a apreciação desta temática, a importância de informar e garantir aos cidadãos o direito a declarar prospectivamente a sua vontade no que se refere a tratamentos e outros procedimentos relacionados com a sua saúde, a ser tida em conta caso percam a capacidade de a exprimir, e que tal informação esteja acessível aos profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados.

Entretanto, na sequência do estabelecimento pela Comissão Parlamentar de Saúde, em sede de especialidade, de um Grupo de Trabalho para a Saúde Mental, o CNECV recebeu no dia 9 de janeiro de 2023 um pedido de parecer por parte da Coordenadora do Grupo de Trabalho - Saúde Mental, Deputada Maria Antónia Almeida Santos, relativamente à mesma Proposta de Lei, a que cumpre responder, tendo a reflexão do Conselho por mote a apreciação ética da iniciativa legislativa.

ANÁLISE DA PROPOSTA DE LEI

I. Oportunidade da Proposta de Lei

A Proposta de Lei n.º 24/XV/1.ª pretende alterar a Lei n.º 36/98, de 24 de junho, designada por Lei de Saúde Mental (LSM). Este diploma, em vigor desde 1998, foi já objeto de duas alterações legislativas: a primeira visou conformar a LSM a providências adotadas em matéria de organização e funcionamento dos tribunais judiciais; a segunda



mostrou-se necessária para adaptar a LSM ao novo regime jurídico do maior acompanhado, que veio eliminar os institutos da interdição e da inabilitação².

Nota-se que, em 2019, foi aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, a nova Lei de Bases da Saúde, cuja Base 13 sublinha o papel do Estado na promoção da melhoria da Saúde Mental e centra os cuidados nas pessoas, reconhecendo o seu nível de autonomia. Estabelece ainda um princípio de não estigmatização e de não discriminação (negativa) das pessoas afetadas por perturbações mentais.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, veio estabelecer os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental³.

Entretanto, no plano internacional, verificaram-se algumas iniciativas relevantes no domínio em apreço que importa ter em atenção no quadro legislativo nacional. Referimo-nos, em particular, às iniciativas do Conselho da Europa (CE) através do seu Comité de Bioética - atual Comité Diretor para os Direitos Humanos nos domínios da Biomedicina e da Saúde (CDBIO, do acrónimo em língua inglesa) -, e do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) que impulsionaram em vários ordenamentos jurídicos, nas últimas décadas, várias revisões legislativas em matéria de Saúde Mental. Destacamos a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, do Conselho da Europa, aberta à assinatura dos estados na cidade de Oviedo em 1997⁴, que promoveu a proteção das pessoas que não demonstravam capacidade de consentimento para o tratamento (incluindo menores e adultos com capacidade diminuída sem representantes), particularmente de pessoas com perturbações mentais. Ao nível das Nações Unidas, é de referir a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas em 30 de março de 2007⁵, representando um marco na defesa dos Direitos Humanos no século XXI.

Pelo exposto, justifica-se plenamente que a LSM, com uma vigência já superior a duas décadas, seja sujeita a uma alteração de fundo que se compagine com os avanços da ciência e com os diversos instrumentos internacionais acima referidos, ratificados por Portugal, em especial com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, mais concretamente com os princípios plasmados no seu artigo 3.º:

“a) O respeito pela dignidade inerente, autonomia individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas, e independência das pessoas;

² A primeira Lei n.º 101/99, de 26 de julho e a segunda pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto.

³ Que revogou o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, modificado pelos Decretos-Leis n.º 374/99, de 18 de setembro, n.º 304/2009, de 22 de outubro, e n.º 22/2011, de 10 de fevereiro.

⁴ Aprovada para ratificação pelo Estado Português pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03/01; ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 03/01. Publicada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03/01.

⁵ Aprovada pelo Estado Português em 7 de maio de 2009: Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009. Na mesma data foi igualmente aprovado o Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - Resolução da Assembleia da República n.º 57/2009, de 30 de junho.



- b) Não discriminação;
- c) Participação e inclusão plena e efetiva na sociedade;
- d) O respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e humanidade;
- e) Igualdade de oportunidade; (...)."

É, pois, de saudar a oportunidade da Proposta de Lei apresentada, atento o reconhecimento pela ordem jurídica nacional da dignidade da pessoa humana, e dos princípios que dela decorrem, que são fundamentais para combater o estigma e a exclusão das pessoas com doença mental. Aliás, o CNECV, desde há muito vem alertando para estes aspetos, tendo, em 2014, emitido parecer no sentido de, no que à Saúde Mental respeita, deverem ser *"incentivadas e reconhecidas práticas que assegurem o respeito pelos direitos humanos, designadamente no que se relaciona com a informação e consentimento livre e esclarecido, tanto em situações de prestação de cuidados de saúde como de investigação."*⁶; e em 2019, centrando-se essencialmente nos direitos das pessoas com doença mental e no respetivo entendimento da UN-CRPD, refletido como contributo *"para uma clarificação dos aspetos éticos subjacentes ao tratamento compulsivo de pessoas com doença mental, quando está em risco a saúde do próprio e de terceiros, assim contribuindo para uma desejável harmonização legislativa."*⁷

A apreciação do Conselho, que já antevia a necessidade de revisão da legislação, atendia ao facto de as orientações da UN-CRPD centradas na autonomia do doente não especificarem os modos alternativos de tutela dos direitos e de proteção das pessoas com doença mental, garantindo o acesso aos cuidados adequados à sua doença. O Parecer 105/CNECV/2019 visava clarificar como o direito ao exercício da autonomia, enquanto expressão da dignidade da pessoa, pode (e deve) ser gerido em situações em que a autonomia se encontra comprometida, nomeadamente em contexto de doença mental. O CNECV foi então de parecer que em *"circunstâncias excecionais, considera-se que não há objeção ética em aceitar, em nome do melhor interesse da pessoa doente e da salvaguarda de terceiros, a prescrição de tratamentos e de medidas que, no limite, podem considerar a sua contenção, sob controlo judicial, reconhecendo-se-lhes valor ético benéfico."*⁸

II. Considerações gerais

A reflexão ética é fundamental para a promoção de cuidados de saúde de qualidade, sendo que o discurso ético sobre o tratamento da doença mental tem-se centrado em conceitos como o respeito pela autonomia individual, a avaliação de competência para a decisão e o paternalismo clínico. Exige-se, por isso mesmo, a

⁶ Parecer N.º 77/CNECV/2014 - "Bioética e Saúde Mental"

⁷ Parecer N.º 105/CNECV/2019 - "Tratamento compulsivo e direitos das Pessoas com Doença Mental"

⁸ Idem. Parecer N.º 105/CNECV/2019 - "Tratamento compulsivo e direitos das Pessoas com Doença Mental"



definição das situações em que será apropriado justificar a tomada de decisões em nome do doente mental, mormente as que impliquem a restrição da sua liberdade individual.

À escala global, o desenho de políticas de Saúde Mental convoca significativos desafios éticos, seja no acesso das pessoas com doença mental à prevenção, ao apoio personalizado e à sua (re-) integração na comunidade, seja na redução do estigma, do peso ou carga sistémica da doença (*burden*) ou da coerção na doença mental. A criação de uma lei de Saúde Mental é sempre uma oportunidade para um discurso ético ao nível populacional e um passo fulcral na contínua qualificação dos cuidados e políticas de Saúde Mental no século XXI. De facto, a doença mental tem uma variabilidade híbrida, isto é, subjetiva e objetiva na sua avaliação, que, não sendo exclusiva destas patologias, intensifica a exigência de uma intervenção centrada na pessoa e na relação desta com cada profissional do sistema de saúde. Neste contexto, a ética adquire uma posição ainda mais central, convocando uma perspetiva abrangente e transdisciplinar na abordagem à doença mental.

Existem, obviamente, questões específicas no tratamento da doença mental. Por exemplo, o tratamento das perturbações de personalidade mostrou desde sempre dificuldades dada a incerteza sobre o seu estatuto de “doença”, questionando-se, em função dos seus limites incertos, se a doença mental deveria ser abordada pela Medicina e pela Psicologia. De facto, as abordagens científicas da doença mental são de natureza híbrida, na medida em que as “causas” dos sintomas mentais podem ser sociológicas, humanístico-existenciais, neurológicas ou outros. A dificuldade principal resultante desta complexidade é a não verificabilidade do estatuto de doença, que encerra o risco de uso indevido ou de abuso social e político. Acresce que, aos estes modelos médicos e sociais, justapõem-se modelos legais. As noções de capacidade ou de responsabilidade criminal dependem de elementos factuais, mas também valorativos. Uma vez que o próprio conceito de doença mental é opaco, são plasmadas na lei, em constante mutação, formas de discriminação positiva (consagrando direitos especiais às pessoas com doença mental) e negativa (derrogando esses direitos em determinadas situações).

O domínio das políticas de Saúde Mental é propício a novas ideias que não deixam, porém, de ter em conta a tensão contínua entre o paternalismo e a autonomia na intervenção nas doenças mentais. Aqui incluem-se questões como as do tratamento, da avaliação de risco e da capacidade. Sobre o tratamento, merece clarificação que cuidados deverão ser proporcionados em diferentes contextos e por que profissionais, bem como os propósitos de cada intervenção, sejam eles alterar a fisiologia, mudar a atitude ou reduzir o risco. Sobre o risco na doença mental, importa refletir sobre questões como (1) o impacto da avaliação de risco nas pessoas com doença mental, em particular a problemática do “risco elevado”; (2) a forma como a avaliação de risco pode colidir com o consentimento e o que fazer na prática, bem como, a montante, no desenho das políticas; (3) as possíveis fundamentações éticas para políticas e práticas que sobrelevam o bem comum em detrimento da autonomia das pessoas com doença



mental e (4) a ponderação entre direitos individuais e formas de tratamento involuntário (na comunidade ou em internamento) como medida de contenção de risco. Na avaliação da capacidade para a tomada de decisão, parece estar em causa aspetos diversos - tais como as noções de autonomia, compreensão, apreciação ou melhor interesse -, suscetíveis de variação conforme as circunstâncias e/ou casos. De facto, quaisquer intervenções contra a vontade do próprio, ou desconhecendo a sua vontade, merecem estudo e investigação interdisciplinares.

Existe desde há muitos anos um consenso sobre a necessidade de promover as intervenções em Saúde Mental, ainda que tal não encontre correspondência na prática, o que exige uma reflexão profunda e uma mudança de paradigma. Se mais de 20% da população sofre de um problema de Saúde Mental, o que, considerando o impacto familiar, estende o problema à maioria da população, urge que as intervenções em Saúde Mental sejam facilmente acessíveis e que haja um investimento sério na sua promoção, bem como na prevenção da doença mental.

Já em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs várias recomendações gerais para o melhoramento dos indicadores de Saúde Mental. Nestas, incluía-se a promoção de intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, a desinstitucionalização e a psicoeducação, pelo que não é compreensível a operacionalização tardia, em Portugal, destas orientações. Esta será a primeira questão ética de fundo que subjaz a este relatório sobre a Proposta de Lei da Saúde Mental, cujo articulado foca-se, essencialmente, em questões associadas ao tratamento involuntário.

Os últimos anos trouxeram mudanças radicais ao funcionamento dos serviços de saúde e à relação médico-doente. Surgem aqui novos desafios de privacidade, justiça, transparência e responsabilidade, com a necessidade premente de esforços interdisciplinares e coordenados de investigação para compreender os efeitos desta mudança. Os decisores políticos deverão avaliar se os padrões existentes são suficientes ou, se será necessário propor uma nova regulamentação para proteger a privacidade e assegurar a transparência e a autonomia da pessoa com doença mental. As políticas devem ser desenvolvidas em conjunto com os utilizadores dos serviços para evitar a criação de novas desigualdades no acesso à Saúde Mental.

As intervenções em Saúde Mental visam, em primeiro lugar, promover a autodeterminação das pessoas, tendo em conta a sua especial vulnerabilidade, assim se garantindo igualmente o princípio do respeito pela autonomia. A falta de Saúde Mental implica limitações à autodeterminação individual, independentemente de as pessoas se apresentarem como tendo capacidade para decidir. Neste sentido, o primeiro grande investimento deveria atender à promoção da Saúde Mental, antes de se focar no tratamento da doença (ou, mais ainda, no tratamento da pessoa incapaz).

Outra questão fundamental prende-se com a importância da relação do profissional de saúde com as pessoas que recorrem a intervenções nesta área. Pressupostos como a privacidade e o consentimento informado são fulcrais, em primeiro



lugar, para a construção de uma relação de confiança que potencie uma aliança terapêutica adequada, condição basilar para o sucesso das intervenções.

Na doença mental, como nas demais patologias, as questões éticas fundamentais não se restringem às circunstâncias, certamente difíceis, em que a pessoa pode não estar capaz de dar o seu consentimento informado. A maioria das situações de doença mental não implica a necessidade de tratamentos involuntários; tal não significa que não se levantem questões éticas importantes, que põem em causa o consentimento informado ou a confidencialidade da relação profissional-doente. Estes aspetos merecem ser devidamente considerados na Proposta de Lei.

O recurso ao tratamento involuntário é uma questão controversa nos cuidados de Saúde Mental, uma vez que envolve a restrição da autonomia de um indivíduo, a fim de lhe proporcionar os cuidados tidos por necessários, quando o próprio seja incapaz de tomar decisões sobre o seu tratamento e sempre que exista um risco de dano para si ou para terceiros em consequência dessa perturbação, sendo ainda condição necessária que tal medida adequada a inverter a situação concreta que ditou a necessidade de restrição. Nessa perspetiva, é fundamental que os profissionais de Saúde Mental considerem cuidadosamente o equilíbrio entre a proteção do bem-estar do indivíduo e o respeito pela sua autonomia, e utilizem o tratamento involuntário apenas como último recurso, em termos beneficentes e tendo em conta critérios de necessidade, adequação e proporcionalidade, mais focado, no melhor interesse do doente do que na proteção da sociedade. Por seu turno, a legitimidade da intervenção do Estado na prossecução do bem público assenta num perigo concreto e iminente para os bens jurídicos cuja proteção impende sobre o Estado como tarefa fundamental. Esta noção de perigosidade não poderá ser afastada da Lei, o que não significa, todavia, que tal perspetiva seja a única, ou a dominante, na intervenção dos profissionais de saúde.

III. Definições e Política de Saúde Mental

O capítulo I apresenta o objeto da Proposta de Lei e as definições legais de “doença mental” e de “tratamento voluntário”, respetivamente nos dois artigos que o compõem.

Do artigo 1.º resulta que a LSM *“dispõe sobre a definição, os fundamentos e os objetivos da política de saúde mental, consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regula as restrições destes direitos e as garantias de proteção da liberdade e da autonomia destas pessoas.”*

Consideramos que esta definição do objeto deveria ser mais ampla, na medida em que se foca apenas nas **“pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”**. Da leitura integrada da Proposta resulta que este conceito coincide com o de pessoas que têm um diagnóstico de doença mental, mas exclui todas as que, não estando doentes, poderão evoluir com grande probabilidade para um estado de doença mental, se não forem alvo de cuidados de saúde. A este propósito importa sublinhar que, entre as *“pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental”*, se



deverão incluir todas as que poderão beneficiar de medidas de prevenção e promoção da Saúde Mental, ou seja, todas aquelas que possam estar em sofrimento psicológico ainda que, na maioria das vezes, não tenham nenhum diagnóstico de doença mental⁹. Este aspeto é da máxima importância, atendendo também a que se pretendeu, no articulado da lei, proceder uma reformulação profunda da terminologia adotada a qual se exige seja atualizada, em particular no que se refere a definições de “saúde mental” e de “pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”.

Pela mesma ordem de razões, deveria ser densificada a definição de “tratamento involuntário”, no sentido de contemplar todas as pessoas que sofrem e/ou sentem necessidade de ajuda por parte de profissionais de Saúde Mental, salvaguardando situações de especial vulnerabilidade.

Este aspeto é importante para Portugal onde, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2018*¹⁰, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 18,4% da população portuguesa sofre de doença mental, o que inclui perturbações de ansiedade, depressivas e comportamentos aditivos. Trata-se de cifras consideráveis reportadas ao ano de 2016 e com tendência para o agravamento se às mesmas agregarmos as consequências na Saúde Mental derivadas da recente pandemia¹¹, da crise financeira latente e de outras condicionantes sociais como o envelhecimento, a pobreza, as condições de trabalho precárias, a falta de acesso à habitação, entre outras, a que o legislador não poderá deixar de estar atento. Pelo exposto, as linhas programáticas inseridas nos quatro artigos que compõem o capítulo II, sob a epígrafe de “Política de Saúde Mental”, não nos parecem suficientes para alcançar esse desiderato, o que poderá, mais uma vez, comprometer uma adequada definição e operacionalização da política de Saúde Mental ao nível, quer da prevenção, quer da promoção.

Consideramos, assim, muito útil uma reformulação do n.º 2 do artigo 4.º (Fundamentos da política de Saúde Mental), no que se refere à saúde pública, dado que o reforço desta abordagem se concretiza através de ações de proteção e promoção da Saúde Mental. Tal poderia estar igualmente plasmado no artigo 5.º sobre os objetivos da política de Saúde Mental, reforçando a importância da implementação de medidas genéricas na sociedade, nomeadamente ao nível do trabalho e das escolas, com vista à prevenção e promoção da Saúde Mental.

Em particular, e considerando os restantes desideratos da Proposta, teria valor ético beneficente a garantia e a programação inequívoca do investimento na prevenção

⁹ Neste contexto de promoção e prevenção da Saúde Mental, poder-se-ão inscrever medidas dirigidas à população em geral (por exemplo em setores como a habitação, a educação ou as condições laborais, entre outras), bem como medidas de especial atenção relativamente a grupos vulneráveis.

¹⁰ https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en

¹¹ “Tal como noutros países da UE, a saúde mental de muitos portugueses deteriorou-se durante a pandemia de COVID-19.” - Estado da Saúde na UE · Portugal · Perfil de saúde do país 2021, página 6, que pode ser consultado em https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf



primária e secundária. Esta seria, provavelmente, a forma mais simples e eficaz de evitar a restrição dos direitos das pessoas com necessidade destes cuidados de saúde.

Face ao exposto, entende-se que a Proposta pode e deve beneficiar de uma revisão, em particular no que se refere à formulação de uma verdadeira política de Saúde Mental dirigida à população em geral. Talvez por esse motivo, os direitos e deveres estabelecidos no Capítulo III dirigem-se essencialmente a pessoas com diagnóstico de doença mental e suscetíveis de internamento.

IV. Direitos e deveres das pessoas com doença mental

A Proposta de Lei, no seu Capítulo III, discorre sobre os Direitos e Deveres das pessoas com doença mental em dois artigos - «Direitos e deveres em geral» (artigo 7.º) e «Direitos e deveres em especial» (artigo 8.º) - parecendo simplificar os descritos na LSM de 1998. Esta última, porém, parece clarificá-los em maior detalhe, quer no artigo 5.º do capítulo I (elencando “sem prejuízo da lei de Bases da Saúde”), quer no capítulo II, Secção II, em que apresenta os artigos 10.º e 11.º. De facto, no novo articulado alguns dos procedimentos considerados no artigo 8.º poderiam estar integrados no artigo 7.º (por exemplo, aspetos gerais como o consentimento por escrito).

De acordo com o artigo 7.º n.º 1 alínea j) a Proposta de Lei, ao harmonizar os regimes vigentes com as alterações sugeridas, procura revogar o n.º 3 do artigo 92.º do Código Penal, que permite a prorrogação sucessiva das medidas de segurança de internamento de diversos preceitos legais. Deixam assim de ser possíveis medidas privativas ou restritivas da liberdade de duração ilimitada ou indefinida. Todavia, a PL não esclarece como se procederá à reintegração social das pessoas para quem estas medidas tinham valor ético beneficente, quer por oferecerem uma estrutura e rotina fundamentais ao funcionamento de certos quadros de doença mental grave, quer por não existirem outros recursos (físicos ou humanos) para serem chamados. A determinação do tratamento involuntário em ambulatório e o fim das medidas restritivas de liberdade de duração ilimitada não podem ignorar que os serviços públicos de Saúde Mental estão em fase de desenvolvimento, evidenciando carências significativas e que podem não ser passíveis de compaginar com o desiderato de manter doentes em ambulatório. A garantia de providenciar um tratamento em casa, sem empobrecer a proximidade relacional que um local como o internamento permite, exige uma oferta extensa de equipas multidisciplinares de profissionais especializados, nomeadamente psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros. Assim, uma Proposta que desinstitucionaliza e promove o tratamento ambulatório involuntário deve explicar e garantir como se irá reabilitar a pessoa e promover a sua integração social. De outro modo, em alguns casos, o tratamento ambulatorial poderá acabar por perpetuar a doença e significar apenas um controlo judicial de um projeto de tratamento sisifiano em que o estigma social internalizado da doença mental se poderá mesmo agravar.



V. Diretivas Antecipadas de Vontade

Igualmente nos merece análise a representação das pessoas sem capacidade para consentir e o regime das diretivas antecipadas de vontade. Face à particular vulnerabilidade da pessoa maior não acompanhada sem capacidade para consentir e, muitas vezes, dependente de terceiros, mostra-se necessário salvaguardar a sua proteção aquando da escolha de mandatário e/ou da pessoa de confiança, o que não foi previsto pelo legislador nos n.ºs 2 e 4 do artigo 9.º da Proposta para os casos de doença mental. Se quanto ao maior acompanhado o apoio/representação é definido em decisão judicial de acompanhamento, estando salvaguardado o interesse da pessoa incapaz de consentir, tal já não ocorre em relação às pessoas com doença mental, nas situações previstas naqueles números. Mostra-se assim necessário prever um mecanismo legal que permita averiguar se a pessoa escolhida é efetivamente de confiança e se assegurará cabalmente os interesses do representado.

A Proposta de Lei dedica às diretivas antecipadas de vontade (DAV) o seu artigo 10.º, permitindo alargar ao regime vigente disposições respeitantes aos cuidados de Saúde Mental. Igualmente no artigo 48.º se altera o conceito legal de DAV, aposto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, de 16/07, alterada pela Lei n.º 49/2018, de 14/08¹², excluindo-se a referência a interdição ou inabilitação por anomalia psíquica do autor das diretivas¹³. Estas alterações são de saudar, resultando, em todo o caso, de uma interpretação corretiva, consequência da publicação da Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, que criou o estatuto do maior acompanhado e a consequente exclusão dos institutos de interdição e inabilitação do ordenamento jurídico português.

Seria mais curial se o n.º 2 do artigo 10.º da Proposta de Lei constituísse, igualmente, uma alteração legislativa e os cuidados de Saúde Mental nele elencados fossem acrescentados às disposições já consignadas nas diversas alíneas do n.º 2 do artigo 2.º¹⁴ da lei que consubstancia o Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei

¹² Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

¹³ Artigo 2.º Definição e conteúdo do documento

“1 - As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”

...

¹⁴ Artigo 2.º (Definição e conteúdo do documento)

...

“2 - Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;

b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;



n.º 25/2012, de 16 de julho). Até porque o n.º 1 do artigo 10.º da Proposta de Lei desde logo dispõe que “As diretivas antecipadas de vontade e a nomeação de procurador de cuidados de saúde, em matéria de cuidados de saúde mental, obedecem ao disposto na lei.” Desta forma, evitar-se-ia a dispersão legislativa, contribuindo para uma maior eficácia de aplicação do Regime das DAV como instrumento fundamental da autonomia dos utentes de cuidados de saúde.

Por outro lado, afigura-se incompreensível que, no n.º 4 do artigo 10.º, esteja previsto que as DAV, em matéria de Saúde Mental, possam não ser aceites quando das mesmas resulte perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros, mas já não para os bens jurídicos do próprio, como se estes fossem menos dignos de proteção.

VI. O tratamento Involuntário

A redação do Capítulo IV, sob a epígrafe “Tratamento Involuntário”, adapta-se ao disposto no artigo 12.º da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, reconhecendo a sua capacidade jurídica e colocando a tónica na capacidade mental ou capacidade para consentir. Contudo, importa atender ao facto de o tratamento voluntário na doença mental não impedir a violação de direitos e que 20% dos doentes internados voluntariamente experienciam formas de coação¹⁵. Todavia, esta PL, à semelhança da legislação vigente, incide, essencialmente, sobre a questão do tratamento involuntário. Restringindo-se a esta problemática, subsistem vários pontos que carecem de reponderação para que se aproveite a oportunidade desta nova Proposta de Lei para uma mais cabal qualificação dos cuidados de Saúde Mental em Portugal, os quais passamos a identificar.

O conceito de anomalia psíquica grave, determinante na LSM de 1998 para a aplicação de medidas restritivas e com prática judicial enraizada, é agora substituído pelo conceito de doença mental. “Anomalia psíquica grave” é um conceito indefinido, amplo, densificado subjetivamente através da ação do psiquiatra que efetua a avaliação (de acordo com as *leges artis*) e aí substanciado do ponto de vista jurídico. Deste modo, na lei vigente, é o psiquiatra quem decide a quem a norma se aplica, sendo o tratamento involuntário reservado para as situações de natureza grave. A Proposta de Lei opta por “doença mental”, uma condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de quadros clínicos, de acordo com critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da

c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;

d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;

e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”

¹⁵ Edlinger M, Bader T, Hofer A: *Coercive interventions: historical summary and review of subjective experience. Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenärzte und Psychiater*. 2018;32(4).



Organização Mundial de Saúde¹⁶. Apesar de a alínea a) do artigo 2.º da Proposta de Lei nos facultar uma definição de doença mental, sempre será de questionar, em prol da segurança jurídica, como evitar um risco de falácia decorrente de uma classificação homogénea. Importará compreender que a maioria das doenças mentais não implica incapacidade nem para compreender o que está em causa no tratamento preconizado, nem para tomar decisões, pelo que se questiona a opção tomada.

O foco da Proposta de Lei assenta no conceito de perigo que a doença mental acarreta para a pessoa e, em especial, para terceiros, sendo o nível de perigosidade o que determina uma eventual privação da liberdade, não a doença em si e as condições que promovem o seu desenvolvimento. Ora, considerando os quatro fatores que podem determinar a decisão de tratamento involuntário - (1) o perigo para o próprio ou para terceiros, (2) a doença mental grave, (3) a falta de capacidade e (4) a garantia da eficácia das medidas de tratamento - a Proposta procura garantir que a justificação do tratamento involuntário recaia sobre o primeiro fator. A Proposta não deve centrar-se apenas na perigosidade, porquanto o pressuposto essencial do internamento involuntário é tratar a pessoa. Parece então que parte dos desideratos da Proposta poderiam focalizar-se no tratamento involuntário (ao invés de internamento), uma vez que o internamento é uma decisão de natureza clínica face à gravidade da apresentação clínica. Acrescenta-se ainda que, no artigo 15.º da Proposta, o perigo deixa de ser atual (anterior artigo 12.º da LSM) ou iminente, para passar a ser um “perigo atual” ou “futuro”. Esta opção é contrária à principal oposição da CRPD ao internamento involuntário, a saber, que este seja usado para “restringir o perigo”, assumindo-se como uma mera medida de controlo de risco. Importa o reconhecimento do valor na intervenção proposta e na eficácia no projeto de tratamento. A decisão sobre o perigo (iminente ou futuro, pessoal ou patrimonial) deve ainda ter em conta que a avaliação desse perigo é complexa e, não raro, subjetiva, na aceção do risco de danos para o próprio e para terceiros. O mesmo se dirá quanto à avaliação das consequências sociais ou no que diz respeito ao comprometimento do plano de tratamento. Não deve ainda ser esquecido que o critério de perigosidade poderá referir-se, igualmente, ao risco de agravamento da doença se esta não for tratada.

Também os pressupostos do tratamento involuntário previstos no artigo 15.º da Proposta de Lei nos suscitam dúvidas de interpretação, sendo recomendado o seu aperfeiçoamento por parte do legislador. Desde logo, os pressupostos elencados no artigo 15.º são cumulativos, (o que evidentemente se exige e deve estar claro). Por outro lado, ao prever-se a existência de doença mental (n.º 1, alínea a), a mesma deveria, na nossa opinião, ser qualificada de grave. Se considerarmos a panóplia de doenças

¹⁶ «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. A 11.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS), entrou em vigor em 11 de fevereiro de 2022.



mentais que poderão ser enquadradas na definição legal da alínea a) do artigo 2.º, compreendemos a importância desta qualificação.

O fim terapêutico do tratamento aparece apenas como último pressuposto (n.º 1, alínea d), sugerindo-se a alteração da ordem dos pressupostos no sentido de reforçar que o justificativo do internamento involuntário seja o valor beneficente do tratamento e que este valor exista independentemente do perigo para bens jurídicos, pessoais ou patrimoniais. O conceito de perigosidade tem, nesta nova Proposta de Lei, uma maior expressão semântica, podendo considerar-se, numa leitura rápida, uma medida preventiva de segurança. Esta opção poderá vir a agravar o estigma da doença mental (e do tratamento da mesma), promovendo a ideia de que estes doentes são perigosos e que a intervenção médica é, primariamente, para garantir a segurança em sede de saúde pública e não como tratamento da sua doença.

Também os requisitos para o tratamento involuntário (n.º 1, alínea c) parecem ser diferentes daqueles em que medidas coercivas possam ser aplicadas (artigo 11.º). Fica por especificar de que forma um doente que põe em risco a segurança e integridade de terceiros ou bens patrimoniais, preenchendo critérios para ser internado involuntariamente, o possa ser sem recurso a qualquer forma de coerção, uma vez que esta apenas pode ser usada *“para prevenir ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa”*.

Retomando o artigo 15.º, na sua alínea b), deve ser acrescentada *“a incapacidade para consentir”* à recusa de tratamento, dado que, por vezes, as pessoas poderão não recusar o tratamento em virtude de uma atitude passiva, sem serem, todavia, capazes de dar ativamente o seu consentimento. Ou seja, a pessoa não recusa, mas não é capaz de dar o seu consentimento de uma forma válida, pelo que não pode ser tratada voluntariamente. A mesma referência deverá ser acrescentada no n.º 3 do artigo 31.º.

O n.º 1 alínea c) do artigo 15.º parece separar, como pressupostos de internamento involuntário, a existência de perigo para bens de terceiros e do próprio, sendo mais restritivo para os do último ao acrescentar *“quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”*. Por um lado, esta separação pode desvirtuar que o pressuposto universal para tratamento involuntário, tal como o reputamos, é a falta de capacidade para compreender o que está em causa com a proposta de tratamento, bem como com as consequências relacionadas com a sua não realização. Aliás, esta interpretação faz parte do artigo 12.º, da LSM vigente, que refere: *“Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.”* Por outro lado, o perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio deverá ter o mesmo fundamento para o internamento involuntário que o perigo para terceiros. Deveria ainda ser acrescentada a referência de que o perigo para o próprio deve incluir a deterioração física ou mental em virtude da não realização do tratamento. Ainda no que respeita à alínea d) do mesmo artigo, entendemos que,



reconhecendo que o fim de qualquer tratamento deve visar a recuperação integral da pessoa, sabemos que esta finalidade não sempre é alcançável, como se verifica em algumas doenças mentais graves. Em todo o caso, tal não deve invalidar a possibilidade de tratamento quando este possa proporcionar a recuperação em relação aos fatores que originam a necessidade do mesmo (ou seja, que a pessoa possa recuperar o discernimento), ainda que a recuperação integral não se vislumbre.

Quanto ao n.º 2, alínea c), não subscrevemos que a realização do tratamento involuntário apenas deva ter lugar se for *“Proporcionado à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico”*. Como já mencionado acima, o fim último de qualquer tratamento é o benefício da pessoa doente e não a proteção da sociedade. Aqui também, talvez merecesse ficar explícito o entendimento que, na proteção de bens jurídicos que justifiquem uma decisão de tratamento involuntário, se está sempre a proteger, do mesmo modo, o doente das consequências legais e morais de potenciais ações. Por isso mesmo, uma referência explícita neste sentido beneficiaria a Proposta ou, em contrário, a alínea c) deveria apenas fazer referência à proporcionalidade da gravidade da doença mental, deixando cair os critérios de perigosidade e relevância do bem jurídico.

A Proposta promove a figura de tratamento involuntário em ambulatório considerando que deve preceder a possibilidade de internamento (lendo-se *(iii) a preferência pelo tratamento involuntário em ambulatório* no serviço local ou regional de Saúde Mental). Aliás, exige a insuficiência do tratamento involuntário em ambulatório para que seja possível internar involuntariamente (artigo 20.º, n.º 4, alínea c)). Contudo, não é claro o modo de intervenção, os requisitos atinentes ao local onde é realizada e os mecanismos de garantia da adequação e qualidade da intervenção. Apelando ao princípio da subsidiariedade, o internamento aparece como sendo um *“último recurso”*, quando todas e quaisquer outras alternativas foram esgotadas. Porém, o internamento é uma medida que merece um entendimento não subsidiário, mas concorrendo como estratégia criteriosa em diferentes fases da doença mental grave, podendo, aliás, ser o recurso mais razoável se aplicada precocemente. Também, notar que o tratamento involuntário, por se tratar de pessoa incapaz de exercer a sua autonomia (não podendo este decidir ser tratado de outra forma ou noutra local) convoca uma especial responsabilidade por parte de quem decide e de quem executa essa decisão, bem como um especial dever de cuidado, proporcional à vulnerabilidade da pessoa que carece de cuidados, sendo relevante garantir sua a dignidade da pessoa e, ademais, a segurança das instalações onde se vai processar este tratamento. Se, por este motivo, existem várias exigências aos locais onde pode ser feito o internamento involuntário, seria importante clarificar quais e como serão garantidas as exigências em ambulatório para que o tratamento decorra sem reveses e com avaliações regulares. De facto, e paradoxalmente, o risco de abuso das medidas de tratamento involuntário em ambulatório é superior, uma vez que o controlo da qualidade da intervenção em internamento é feito por vários elementos, nomeadamente pelos profissionais ou mesmo por outras pessoas internadas, o que não se verifica em ambulatório.



No que se refere à cessação da medida de tratamento involuntário torna-se necessário clarificar quando deve ser determinada pelo diretor clínico ou pelo Tribunal, porquanto tal não resulta do disposto nos artigos 25.º e 26.º da PL. Por outro lado, deverá ser igualmente clarificado o que o legislador pretende com o disposto no n.º 3 do artigo 25.º ao afirmar que *“A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.”* o que implica que o tratamento involuntário pode cessar sem ser dada alta ao doente que, entretanto, aderido a tratamento voluntário. Na verdade, é o fim do tratamento involuntário (e não a alta) que deve ser comunicado ao tribunal competente.

Face às alterações profundas trazidas por esta PL, associadas a uma nova terminologia jurídica, levantam-se dúvidas sobre se a *vacatio legis* de 30 dias¹⁷ será suficiente para que todos os intervenientes chamados a aplicar a lei a assimilem plena e corretamente, sobretudo tendo em consideração que continua a estar em causa, essencialmente, a privação de direitos e liberdades.

Tal como expresso no Parecer 105/CNECV/2019, é dever do Estado publicar normas que consubstanciem boas práticas, promover a formação dos profissionais e divulgar as circunstâncias em que o tratamento involuntário é justificado, bem como os seus propósitos e os critérios da sua aplicação.

PARECER

¹⁷ Artigo 55.º da PL, sob a epígrafe “Entrada em vigor”: *A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.*



Considerando que:

a) a Lei de Saúde Mental, em vigor desde 1999, carece de revisão urgente, atendendo aos avanços da ciência, às novas realidades e percepções sociais, e às várias revisões legislativas, nacionais e internacionais, tendo igualmente em conta os mais recentes documentos internacionais emanados por instituições nacionais e supranacionais neste campo;

b) o conceito de Saúde Mental é amplo e abrangente, centrado na pessoa e contemplando também o seu bem-estar global, devendo a legislação nesta matéria ter em conta todas as dimensões associadas a este conceito, de que são exemplos a prevenção e a promoção da saúde mental, a psicoeducação e a especificidade das intervenções, incluindo-se as dimensões do respeito pela autonomia, do reconhecimento da vulnerabilidade, da reserva de privacidade e do consentimento informado;

c) cabe ao Estado, com o envolvimento da sociedade civil, desenhar políticas e adotar medidas que visem a melhoria da saúde mental das pessoas, designadamente através da promoção do bem-estar e da prevenção e identificação atempada das doenças mentais, avaliando ainda os riscos associados a essas perturbações e patologias;

d) o recurso ao tratamento involuntário implica a restrição do exercício da autonomia, incluindo a integridade e a liberdade da pessoa que esteja incapaz de tomar decisões sobre o seu tratamento, em nome de valores beneficentes, o que requer ponderação ética;

e) as intervenções em Saúde Mental visam essencialmente o bem-estar da pessoa a quem se dirigem e não apenas a proteção de terceiros;

f) a importância do acompanhamento e apoio dos familiares e cuidadores das pessoas com doença mental;

g) as Diretivas Antecipadas de Vontade, nomeadamente em matéria de testamento vital e de nomeação de procurador de cuidados de saúde, são instrumentos que promovem a expressão da autonomia individual em circunstâncias em que a pessoa não consegue manifestar a sua vontade de forma direta, tendo necessariamente aplicação na doença mental;



O CNECV é de parecer que:

1. os fundamentos e objetivos de uma política nacional de saúde mental abrangente devem ser definidos pelo legislador, em harmonia com a legislação vigente e com as principais declarações éticas e jurídicas e tratados internacionais, de forma a incluir a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental e não apenas o tratamento, designadamente o tratamento involuntário;

2. as políticas de saúde mental devem ser transversais a todos os níveis dos sistemas de saúde, nomeadamente os serviços de reabilitação psicossocial, abrangendo ainda a investigação, a educação e o contexto laboral. Assim, a organização dos serviços deve definir as responsabilidades das instituições e de todos os agentes, bem como a sua ligação à atividade da investigação, à formação dos profissionais e à literacia e comunicação com a sociedade;

3. tal abrangência pressupõe ainda a ligação das políticas de saúde mental a outros determinantes e domínios das políticas públicas que visem a criação e o desenvolvimento de condições económicas, laborais, sociais, culturais e ambientais que promovam e protejam a saúde mental;

4. a Proposta de Lei n.º 24/XV/1.ª que “Aprova a Lei de Saúde Mental e altera legislação conexas” é oportuna e pertinente, dado o aumento de problemas associados à Saúde Mental, como forma de reforçar o reconhecimento pela ordem jurídica nacional da dignidade da pessoa humana e dos princípios que dela decorrem, fundamentais para combater o estigma e a exclusão das pessoas com doença mental;

5. a Proposta de Lei beneficiaria de um objeto mais amplo, de forma a incluir, entre as “pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental”, quem possa beneficiar de medidas de prevenção e promoção da saúde mental, independentemente de um diagnóstico de doença mental;

6. as medidas de tratamento involuntário devem ser consideradas em concreto, como recurso excecional, subsidiário e proporcional;

7. a Proposta de Lei, apesar de reconhecer práticas que contribuem para assegurar a autonomia das pessoas com problemas de saúde mental, poderia e deveria ser mais ambiciosa, na salvaguarda do interesse da pessoa com doença mental, nomeadamente centrando-se no seu tratamento e na reposição da sua autonomia, em detrimento da sua eventual perigosidade social, não obstante a atenção que este aspeto também exige;

8. o agravamento do estado de saúde mental da pessoa, com eventuais consequências irreversíveis, por ausência de intervenção adequada e atempada,



constitui um importante risco a ser prevenido com o tratamento involuntário, o que deve ser inequivocamente evidenciado na Proposta de Lei;

9. os objetivos expressos na Proposta de Lei deverão ser atempadamente concretizados, através de regulamentação que os permita operacionalizar e monitorizar;

10. uma vez que o tratamento involuntário pode acontecer em regime de internamento ou de ambulatório, a decisão deve atender às situações particulares, clínicas e sociais, que o justificam;

11. a maioria das doenças mentais não implica incapacidade para compreender o que está em causa no tratamento preconizado nem para tomar decisões, pelo que deverão ser definidas pelo legislador as situações em que será justificado tomar decisões em nome da pessoa, mormente as que impliquem a restrição da sua autonomia e liberdade individual;

12. a intervenção sem o consentimento da pessoa deverá ser balizada por princípios de necessidade, adequação e proporcionalidade, centrada no seu tratamento e acautelando situações de risco grave e iminente para a vida e integridade do próprio e de terceiros;

13. existem limitações identificadas à Lei de Saúde Mental vigente, nomeadamente quanto à sua aplicação em contexto de comorbilidades (doença geral e doença psiquiátrica), pelo que as medidas de reintegração e manutenção do tratamento em ambulatório devem ser contempladas no articulado da Proposta de Lei;

14. as normas sobre Diretivas Antecipadas de Vontade relativas à Saúde Mental sejam igualmente incluídas na legislação geral sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (nomeadamente a Lei n.º 25/2012, de 16 de junho), evitando-se a dispersão jurídica e contribuindo para o exercício da autonomia dos cidadãos;

15. os conceitos revistos ou introduzidos pela Proposta de Lei, de que são exemplo a definição de “tratamento involuntário”, que substitui “tratamento compulsivo”, de “Doença Mental”, que substitui “anomalia psíquica grave”, de “pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental” e de “Saúde Mental” devem ser densificados, de modo a tornar precisa e inequívoca a sua redação;

16. a determinação do tratamento involuntário em ambulatório e o fim das medidas restritivas de liberdade de duração ilimitada devem garantir que os serviços de prestação de cuidados de saúde mental serão adequados a esse modelo, de modo a prevenir a falta ou empobrecimento de meios e de equipas multidisciplinares, com eventuais assimetrias a nível regional e com prejuízo para o acompanhamento das pessoas com doença mental;



17.a alteração dos modelos de funcionamento dos cuidados de Saúde Mental na comunidade não deve implicar a alteração dos respetivos modelos de financiamento, garantindo-se em qualquer circunstância o apoio financeiro às pessoas com doença mental e às suas famílias e o acesso equitativo a estes cuidados por quem deles necessite.

Lisboa, 23 de março de 2023.

A Presidente, *Maria do Céu Patrão Neves*.

Relatores: *Luís Madeira, Miguel Ricou e Sandra Horta e Silva*.

O presente parecer foi aprovado por unanimidade no dia 23 de março de 2023, na 275ª reunião plenária do CNECV, em que estiveram presentes os/as Conselheiros/as:

Maria do Céu Patrão Neves (Presidente); André Dias Pereira (Vice-Presidente); Carlos Maurício Barbosa; Inês Fronteira; Inês Godinho; João Queiroz e Melo; João Ramalho-Santos; José Manuel Pereira de Almeida; Luís Madeira; Margarida Silvestre; Maria de Lurdes Martins; Miguel Oliveira da Silva; Miguel Ricou; Pedro Fevereiro; Rosalvo Almeida; Rui Nunes; Sandra Horta e Silva.