

Sede | **Head Office**  
Unidade Jurídica e de Contencioso | *Litigation Law Unit*  
Rua José Estêvão 135-A | piso 1  
1150 - 201 Lisboa | Portugal



T. + 351 21 358 79 20 | F. + 351 21 887 63 51 | apav.sede@apav.pt

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

### Audição Conjunta – 07 de março de 2023 | Assembleia da República

Exma. Senhora Deputada Maria Antónia Almeida Santos

Exmos/as. Elementos do Grupo de Trabalho – Saúde Mental,

Agradecemos o convite para a participação da APAV nesta audição conjunta.

A presente Proposta de Lei, que pretende aprovar uma nova Lei de Saúde Mental, substituindo o diploma de 1998, é, inequivocamente, um passo positivo.

A análise da presente Proposta de Lei pela APAV assentou na tónica da importância da presente Lei para as vítimas de crime e de violência, também observando o trabalho diário nos nossos 75 serviços de proximidade, e considerando quer as dificuldades trazidas pelas vítimas, quer perspetivando a interação diária com outras entidades na prossecução da nossa missão.

#### Ponto 1.º | Reforço de Recursos Humanos e Materiais

Começamos por apontar uma necessidade emergente assente nas notícias que nos chegam diariamente: é amplamente referido que subsiste uma carência de recursos humanos e materiais no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e, na matéria em apreço, no que tange a Saúde Mental<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A título de exemplo, ["A Saúde Mental não depende só de bons serviços, mas de boas soluções socio-económicas" \(dn.pt\)](#)

No âmbito do trabalho diário da APAV, verificamos a existência de referências generalizadas a demoras significativas no agendamento de consultas de psiquiatria e pedopsiquiatria, quer provenientes de vítimas de crime, quer de outros profissionais.

O recurso a consultas de psiquiatria e pedopsiquiatria é, por vezes, uma parte muito relevante no desenvolvimento bem-sucedido de um processo de apoio pela APAV.

Bem sabendo que situações agudas podem ser e são observadas em contexto de Serviço de Urgência, uma parte importante da aludida falta de recursos contende com um apoio clínico continuado em consultas externas ou figuras organizativas semelhantes.

Ora, por vezes, no decorrer do apoio prestado pela APAV, as nossas equipas especializadas evidenciam como necessidade o paralelo apoio da especialidade de Psiquiatria, e o pedido de uma consulta para esta especialidade por vezes não tem resposta atempada; contudo, a permanência daquela pessoa sem observação vai fazendo com que se agrave sintomatologia que não é possível gerir sem a intervenção da referida consulta.

Tal é particularmente preocupante nas situações em que existe potencial traumático severo (ex.<sup>o</sup> criminalidade violenta, como homicídios ou crimes sexuais), e no caso das crianças e jovens.

O acesso à saúde mental é ainda desproporcional territorialmente, considerando que o acesso físico (ex.<sup>o</sup> meios de transporte) a estruturas que permitem este apoio no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (usualmente de âmbito hospitalar e mais centralizadas em contexto distrital) é mais difícil às pessoas residentes fora das grandes urbes.

A presente Proposta traz um arrojo que implica a diminuição significativa de internamentos em contexto hospitalar, passando para uma perspetiva de tratamentos predominantemente em ambulatório.



Assim sendo, esta mudança terá necessariamente de significar um reforço efetivo e significativo dos recursos humanos e materiais que permitem um acesso universal e equitativo de todas as pessoas em todo o território a serviços de Saúde Mental no SNS.

## **Ponto 2.º | Operacionalização de conceitos e fundamentos**

### 1. O conceito “tempo considerado clinicamente aceitável” (art.º 4.º n.º 1 alínea d))

No nosso entender, este conceito deverá ser clarificado, nesta legislação ou em legislação conexas (eventualmente a referida no art.º 6.º), ou fazendo-se a respetiva remissão para outra que eventualmente já exista e que possa determinar o que é “clinicamente aceitável”. Tal poderá ser também importante para a gestão de expectativas dos próprios utentes.

### 2. O conceito “pessoa de confiança” (art.º 8.º n.º 3 alínea i))

Este conceito afigurar-se-á de extrema importância em algumas situações. Se nos é permitido o paralelismo, já é conhecido da APAV pela sua aplicação no Estatuto de Vítima (Lei 130/2015, de 4 de setembro) – onde, para sermos exatos, se refere a “pessoa da sua escolha” [da vítima].

No entanto, não obstante a importância da pessoa de confiança e da sua consideração no âmbito da Lei de Saúde Mental, importa acompanhar duas preocupações já expressas em pareceres anteriormente emitidos.

O primeiro parecer que acompanhamos parcialmente nesta questão é o emitido pela Familiarmente.



Com efeito, como referido por esta entidade, parece-nos muito pertinente definir que formalidades estarão subjacentes à indicação da pessoa de confiança.

Acrescentando, parece-nos ser importante definir se a pessoa de confiança indicada pelo utente pode recusar esse papel que lhe foi atribuído ou se os próprios serviços de saúde podem recusar a indicação dada pelo utente.

Sobre este aspeto, apresentamos dois casos práticos:

*#1: Uma pessoa que tem um problema de saúde mental e que indica como pessoa de confiança outra pessoa com problema de saúde mental.*

No nosso entender, quanto a este primeiro caso prático, será pertinente equacionar se deverá existir uma eventual avaliação de idoneidade da pessoa de confiança da parte dos serviços clínicos.

*#2: Uma pessoa que tem um problema de saúde mental, que injuria e furta o único familiar próximo, agredindo-o fisicamente nalguns momentos. Para efeitos da Lei, aquele utente indica o referido familiar como “pessoa de confiança”.*

Relativamente a este segundo caso prático: forçar esta pessoa a ser uma “pessoa de confiança” não será igualmente uma forma de violência? Ademais, ainda que esta pessoa o aceite (por exemplo, por receio de represálias), não seria de considerar que os serviços recusem essa nomeação considerando o contexto de violência que lhe está também subjacente?

Bem assim, acompanhamos o parecer trazido pelo Conselho Superior do Ministério Público neste domínio, no que respeita a autorização do acesso da pessoa de confiança a dados clínicos. É sugerido pelo Conselho Superior do Ministério Público a autorização ou ratificação por juiz de autorização anteriormente concedida à pessoa de confiança, caso esta não assuma os cargos de acompanhante,



de procurador de cuidados de saúde ou mandatário, com poderes para o efeito, com o que concordamos.

### **Ponto 3.º | Consentimento de Menor de 16 anos**

O Art.º 9.º n.º 3 da Proposta de Lei em apreço faz menção ao exercício dos direitos por “*maior de 16 anos sem capacidade para consentir*”, que deve ser feito “*por quem exerça as responsabilidades parentais, a tutela ou pela pessoa a quem tenha sido confiado*”.

Assume-se, portanto, que, abaixo deste escalão etário, predomina como requisito o consentimento dos representantes legais da criança.

Observando aquela que é a nossa prática diária de crianças e jovens em apoio, já sucederam situações em que menores de idade, e também de 16 anos, carecem de tratamento e/ou internamento no domínio da Saúde Mental, mas esta necessidade não tem acolhimento da parte de quem devia prestar o consentimento.

Sendo certo que situações nestas faixas etárias, quando exista perigo, nos termos do art.º 15.º n.º 1 alínea c), tem inclusive competência para ordenar o tratamento involuntário o Ministério Público, cremos que poderá ser importante reforçar, no domínio da operacionalização, que este requerimento de tratamento involuntário junto de menores seja parte também de uma eventual aplicação do art.º 91.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, que pode ser acionada por qualquer pessoa mas tem de ser ratificada (ou não) por Juiz no período de quarenta e oito horas, depois de comunicada ao Ministério Público, permitindo dar cobertura a situações ocorridas fora de horário de expediente.



#### **Ponto 4.º | A imperiosa articulação multidisciplinar intra e inter serviços**

É do nosso entender muito relevante que seja considerada e priorizada, nas diferentes dimensões desta nova Lei, a conexão a outros sistemas para lá do SNS.

Com efeito, não se pode olvidar que sistemas de ensino, laborais, ou outras estruturas de apoio na comunidade, de que são exemplos os serviços de apoio à vítima, assumem grande importância nas dimensões da deteção, apoio e colheita de informação que podem ser úteis às avaliações clínicas. Não as substituem nem têm essa pretensão, mas a conexão próxima a outros serviços, devidamente procedimentada, pode funcionar como um aliado à intervenção do SNS neste domínio.

Importa destacar que, no que aos serviços de apoio à vítima diz respeito, estes não podem ser uma substituição integral do SNS na sua ausência, nem o contrário pode suceder (os serviços de saúde mental serem um substituto dos serviços de apoio à vítima). Ambas as respostas podem e devem coexistir.

No nosso trabalho diário também observamos francas dificuldades em integrar vítimas de crime com doença mental em respostas na área social. Assim, poderá ser pertinente equacionar que a interligação institucional seja pautada por mecanismos que permitam a formação ou a especialização de determinados serviços sociais na comunidade para que possam receber pessoas com problemas de saúde mental.

#### **Ponto 5.º | A definição de uma “via verde” para situações com elevado potencial traumático**

Como já referido anteriormente, na prática diária do trabalho da APAV são recorrentes as narrativas de vivências que têm um impacto profundíssimo na saúde mental das vítimas, familiares e amigos/as.

Algumas delas conseguem ter resposta no âmbito do apoio psicológico prestado pela APAV, mas



outras, pelas idiossincrasias dos sujeitos e da própria situação de violência, têm de beneficiar de encaminhamento para serviços clínicos de Psicologia e/ou Psiquiatria/Pedopsiquiatria, visto que o apoio psicológico da APAV tem como foco a intervenção nas consequências de vitimação.

Com efeito, algumas pessoas já apresentam outros problemas prévios à situação de vitimação que careciam de intervenção e que vão continuar a carecer mesmo após uma potencial intervenção nas consequências da violência sofrida (ex.º PHDA, depressão).

Nesse sentido, poderá ser pertinente equacionar-se a existência de um canal de comunicação interinstitucional que permita um encaminhamento em “via verde” destas situações da comunidade para o serviço de saúde mental mais próximo, e que, pelo seu elevado potencial traumático, estas situações possam ser triadas pelo Serviço de Saúde e agendadas com brevidade efetiva, que não ultrapasse preferencialmente duas semanas desde o pedido.

A título de exemplo, a APAV celebrou um protocolo com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) já em 2016 e renovado em 2022, que permite a referenciação entre ambas as entidades de pessoas que careçam dos serviços da APAV ou do CHPL, agilizando e dando resposta às necessidades de quem contacta estas estruturas.

## **Ponto 6.º | A urgência na decisão por tratamento involuntário**

Observando-se o disposto no Capítulo IV, relativo ao tratamento involuntário, e no que diz respeito à Secção II, do processo comum, apresentamos também algumas preocupações relativamente aos *timings* da avaliação clínico-psiquiátrica e atos subsequentes.

Esta preocupação é-nos particularmente cara quando pensamos nas situações de vítimas de violência que coabitam com a pessoa que carece de tratamento no âmbito da saúde mental.



O prazo de 15 dias, no nosso entender, deverá ser diminuído nas situações em que a vítima já formalizou denúncia ou queixa contra a pessoa que carece de tratamento no âmbito da saúde mental e que com ela coabita.

Esta proposta de uma menor janela temporal vai no sentido de diminuir situações de potencial risco que podem advir, mesmo que, entretanto, sejam aplicadas medidas de coação que imponham o afastamento da pessoa que carece de tratamento no âmbito da saúde mental daquela residência.

Com efeito, de acordo com a nossa experiência, certos atos de violência podem continuar e inclusive escalar na sua frequência e severidade, agudizados por eventual problema de saúde mental.

Reiteramos os nossos agradecimentos pelo convite na participação desta Audição Conjunta, sendo que nos colocamos ao dispor para qualquer contributo adicional.

© APAV, fevereiro de 2023