



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

VERSÃO 2

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, ancorando-se 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 noutras Políticas Sectoriais, 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. Há largos anos que a Saúde Mental estava carece de reforma consistente.

A evolução da Saúde Mental, a trajetória construída de incorporação de uma perspetiva holística no seu entendimento, tem tido como consequência alterações significativas ao nível dos mecanismos legislativos e organizativos, pese embora nem sempre tão céleres nem consistentes quanto a sociedade e o sistema de saúde exigem; é urgente



desenvolver um quadro legal e modelos organizativos consistentes com o “direito a ter voz” dos cidadãos que vivem com doença mental, dos seus cuidadores e redes de suporte, bem como dos profissionais que intervêm diariamente no seu bem estar.

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, 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 mesma, a consolidação das estruturas hierárquicas e da sinergia dos intervenientes de forma consistente, coesa e sustentável, ao mesmo tempo que incide na tônica da promoção e respeito pelo modelo de intervenção de base comunitário, participado, integrado e de proximidade, que melhor assegura 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 a discussão dos instrumentos internacionais de defesa dos Direitos Humanos, nomeadamente, a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que relevam para um plano consensual as matérias inerentes às vidas das pessoas com incapacidade, resultante das doenças mentais.

Assim, cremos estar em conformidade com aquelas que são as linhas orientadoras e aceites pelos diferentes Estados e que visam uma uniformização daquela que é a essência da Ética: a defesa e a promoção dos Direitos Humanos.

À luz de todos os instrumentos legislativos e técnicos considerados para o trabalho de revisão da Lei de Saúde Mental, consideramos que esta proposta de Lei procura **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 **os fundamentos e a prática da profissão do Serviço Social**, refletindo, de uma forma geral, o que defendemos como prioridade de atuação em matéria de saúde.

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.



Importa saudar a adoção do 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 dimensão de análise, a consideração do respeito pela participação efetiva na tomada de decisões em 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, o facto de a Proposta de Lei prever 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 antes identificar e tecer considerações sobre o que considera serem os pontos chave na 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, organizados em equipas multidisciplinares, o que implica prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e inclusão social, na linha do estabelecido no Decreto-Lei 113/2021: a perspetiva do exercício de todas as dimensões inerentes à Saúde Mental num modelo de base comunitária, sendo, para tal, necessário a devida articulação com as diferentes políticas sectoriais relacionadas com o bem estar e o “direito à cidade”;
- 4) A avaliação multidisciplinar como condição para o tratamento involuntário, consentânea com a visão global das diferentes dimensões da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, privilegiando a sinergia e complementaridade entre os profissionais que trabalham as diferentes competências/incapacidades/fragilidades das pessoas, fornecendo, também, elementos técnicos mais consistentes aos tribunais para a tomada de decisões mais fundamentadas e respeitadoras dos seus 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) 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 de garantia das condições de participação na sociedade de todos os indivíduos, especialmente 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, ou potencialmente excluídos, de diferentes dimensões da vida em sociedade. 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, ser necessária uma intervenção específica para alcançar esse objetivo.
- 3) O articulado da Proposta de Lei identifica, em vários níveis, o alargamento à participação dos restantes profissionais, integrantes das equipas multidisciplinares, no que respeita à avaliação do utente; **contudo, incide esta base de participação, de novo, ao nível do tratamento/internamento involuntários**; não estabelece, não define e não clarifica, essa mesma importância, a da equipa multidisciplinar, nos diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde mental;



- 4) Subsistem algumas dúvidas no que respeita à aplicabilidade da DAV (Diretiva Antecipada da Vontade) ou Testamento Vital, no articulado apresentado na Proposta de Lei 24, na 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. De forma a clarificar a aplicação prática e efetiva das Diretivas Antecipadas de Vontade, propomos que o **formulário RENTEV** possa ser alterado de forma a acomodar, clara e inequivocamente, o expresso no ponto 2 do Artigo 10º da Proposta de Lei. Sugerimos, ainda, que no ponto 3 do mesmo Artigo, se acrescente **“parecer médico da especialidade de Psiquiatria”** quando se trate de uma doença mental grave acompanhada nos Serviços de Especialidade, respeitando o direito à autodeterminação da pessoa com doença mental grave.
- 5) 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, 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, de forma clara, o Relatório Social**, validada a sua pertinência pela obrigatoriedade legislativa da presença das/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. A participação dos/das assistentes sociais nas equipas multidisciplinares em Saúde Mental está definida internacionalmente, sendo, por isso, necessária a adoção e identificação dos seus instrumentos de trabalho específicos, designadamente o Relatório Social. Trata-se, em síntese, de **confirmar, na Lei, o valor atribuído aos determinantes sociais da saúde** e, por inerência, à intervenção técnica específica do Serviço Social, no quadro da equipa multidisciplinar que intervém na Saúde Mental. Este pressuposto repete-se na necessidade de clarificação no nº 2 do Artigo 17º, nº 2 do Artigo 20º, nº 4 do Artigo 26º, nº 1 do Artigo 33º.

III. Propostas para consideração do Grupo de Trabalho

- i. Sugerimos a adoção do conceito **“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:



APSS

Associação dos Profissionais
de Serviço Social

- 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. Sugerimos 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. Propomos a identificação específica do **Relatório Social** nos artigos da Proposta de Lei que fazem referência aos **relatórios psicossociais** (conforme explicação apresentada no ponto 4., Considerações sobre os aspetos a melhorar na Proposta de Lei).
- iv. Alertamos para a necessidade de **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. Sugerimos 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 aspetos a melhorar na Proposta de Lei).
- vi. No que concerne à Secção II, Gestão do Património, Artigo 13º da Proposta de Lei, independentemente do previsto no Código de Processo Civil, sugerimos a 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 direitos e dos interesses do beneficiário.
- 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 e como salvaguarda para melhor interpretação Lei.**

- viii. Por fim, identificamos a necessidade de alteração do ponto 3 do Artigo 29º, referente à condução do internando. Na nossa opinião e visando a segurança, respeito pela dignidade da pessoa e a sensibilidade das situações de doença mental grave descompensada, sugerimos **revisão do enunciado** para “*o agente policial procede à condução do internando, mediante validação de superior hierárquico, previamente à emissão do mandado de condução*”.

A APSS apresenta os seus cumprimentos e votos de boa cooperação na conclusão da Lei da Saúde Mental.

Lisboa, 15 de março de 2023

Associação dos Profissionais de Serviço Social

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