



## CASO CLÍNICO/CASE REPORT

# Proximidade Imediata ou Transferência Obrigatória? Debatendo a Transferência Inter-Hospitalar de Cidadãos com Doença Mental: Caso Clínico Close Proximity or Mandatory Transfer? Debating the Inter-Hospital Transfer of Citizens with Mental Illness: Clinical Case

✉ JORGE MOTA\*<sup>1</sup>, ✉ JOÃO QUARENTA<sup>1</sup>, ✉ LÉLIA MACEDO CORREIA<sup>1</sup>

1. Filiação Serviço de Saúde Mental do Centro Hospitalar Médio Ave, Famalicão, Portugal

## RESUMO

Apresentamos à discussão caso clínico de utente com residência, família e emprego na região de Lisboa que, com base em dados desatualizados do Registo Nacional de Utente, foi internado em hospital a mais de 300 km da sua residência. O utente considera que esta situação interferiu no contacto familiar bem como na sua situação laboral. Colocou ainda constrangimentos sociais no transporte de volta à sua residência após alta. Resume-se a legislação que originou o conceito de tratamento de proximidade respeitando o direito do utente a ser tratado na sua comunidade, direito estendido aos cidadãos com doença mental. Debate-se que, servindo o regulamento para aplicação do direito, não deve o direito ser prejudicado pelo regulamento. Conclui-se que o médico deve questionar a pertinência de dados desatualizados e exigir a sua correção para assegurar que o tratamento fornecido corresponda ao esperado na ausência dessa imprecisão.

**Palavras-chave:** Hospitalização/legislação e jurisprudência; Perturbações Mentais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental

## ABSTRACT

We present a clinical case of a patient with residence, family and employment in Lisbon who, based on outdated information from the National User Registry, was admitted to a hospital more than 300 km from his residence. The user considers this interfered with family contact and his work situation. It also placed social constraints on transportation back home after discharge. We summarize the legislation that originated the concept of proximity treatment, respecting users right to be treated in their community, a right extended to citizens with mental illness. We debate that, since regulation serves to apply the law, the law should not be harmed by the regulation. We conclude that the medical doctor must question the suitability of outdated information and demand its correction to ensure the treatment provided corresponds to what was expected in the absence of this inaccuracy.

**Keywords:** Hospitalization/legislation & jurisprudence; Mental Disorders; Mental Health; Mental Health Services

---

Recebido/Received: 2024-04-10

Aceite/Accepted: 2024-09-13

Publicado Online/Published Online: 2024-10-01

Publicado/Published: 2025-04-03

\* Autor Correspondente/Corresponding Author: Jorge Mota | E-mail: 203006@chma.min-saude.pt | Serviço de Saúde Mental do Centro Hospitalar Médio Ave, R. Artur Cupertino Miranda 150, 4760-107 Vila Nova de Famalicão, Portugal

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Psychiatry and Mental Health 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

## INTRODUÇÃO

Os doentes mentais foram durante anos retidos em hospitais psiquiátricos, protegendo a sociedade da exposição a “desvios sociais” perturbadores do seu equilíbrio.<sup>1</sup> A reforma psiquiátrica substituiu esta mentalidade pelo direito do doente mental a ser tratado na sua comunidade.

A Declaração de Alma-Ata em 1978 define os cuidados de saúde primários como o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, permitindo a cooperação entre regiões e países para que todos, independentemente de onde necessitam do cuidado de saúde, disponham da mesma assistência que receberiam na sua nação ou local de residência.<sup>2</sup> Estes direitos são reforçados em 1991 pelas Nações Unidas, na sua resolução 46/119, que postula que os cidadãos com doença mental têm direito a ser tratados na comunidade onde vivem, perto da sua residência ou de familiares ou amigos, com direito a visita.<sup>3</sup> Este tratamento deve proteger os doentes de atos que provoquem desconforto físico ou mental, e ser prescrito de forma individualizada e discutida com os mesmos, preservando e incentivando a autonomia pessoal.<sup>3</sup> Mais determina que o internamento em saúde mental deve ser disponibilizado como seria para qualquer doença.<sup>3</sup>

Em Portugal, o Decreto-Lei 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência já preconizava os centros de saúde como efetivadores da política de saúde, prestando cuidados médicos não-especializados à população da área correspondente.<sup>4</sup>

O regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde pelo decreto-lei 157/99 propõe que se estructurem de acordo com a população residente.<sup>5</sup> No decreto de revogação de 2003, estipula-se que a rede de cuidados de saúde primários deve ter em conta o primado da pessoa, sem discriminação de qualquer natureza, e ser orientada para o indivíduo, família e comunidade em que se insere.<sup>6</sup> Só assim se cumpre o objetivo primordial do centro de saúde assegurar “a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica, que engloba, em princípio, o concelho e as freguesias que o integram, ou outra que seja definida no âmbito da respetiva administração regional de saúde (ARS) como sua área de influência.”<sup>6</sup>

O decreto-lei 157/99, na sua versão ripristinada pelo decreto-lei 88/2005, reforça a exigência de instituições e serviços de saúde centrados no cidadão, definindo no artigo 5º que os centros de saúde têm um âmbito de intervenção comunitário e de base populacional. Devem preferencialmente abranger os indivíduos residentes na área geográfica, sejam residentes ou deslocados temporários, permitindo a trabalhadores migrantes o acesso à saúde perto da atual residência.<sup>5</sup>

Por outro lado, é importante lembrar que a Lei de Bases da Saúde reconhece o direito à proteção da saúde como responsabilidade conjunta do indivíduo e do Estado (Base 1), sendo que o utente tem direito à igualdade e não-discriminação e a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e dignidade, e que lhe permitam ser acompanhados por familiar ou pessoa por si escolhida (Base 2).<sup>7</sup>

Em 2008, o Comité Económico e Social Europeu (CESE) emitiu um parecer sobre “Os direitos do paciente”,<sup>8</sup> justificado pela crescente expectativa dos utentes dos serviços de

saúde em relação às dimensões relacionais e humanas do cuidado médico, defendendo que a autonomia e afirmação dos direitos dos doentes se tornou o padrão assistencial.<sup>8</sup> Para o CESE, o enfraquecimento individual causado pela doença dificulta a afirmação desses direitos, sobretudo em situações de pouco reconhecimento social como a saúde mental, pelo que aos profissionais de saúde é exigido um redobrado cuidado de respeitar estas pessoas particularmente fragilizadas.<sup>8</sup> Para isso, deverão encarar os direitos do doente como parte da sua formação e atuação, e não apenas como uma obrigação suplementar. Como o afirma o referido parecer no seu ponto 5.2:

“Os direitos do paciente (...) são uma manifestação da vontade do doente de não ser considerado como um ser à parte e, sobretudo, de não ser considerado como um ser à margem da sociedade.”<sup>8</sup>

Por forma a ajudar os profissionais de saúde a dar resposta a estas expectativas, o CESE sugere o debate entre os profissionais de saúde sobre como melhor aplicar estes direitos, ultrapassando um aparente antagonismo entre os direitos dos utentes e os deveres e responsabilidades dos profissionais de saúde, sendo que o respeito pelos primeiros deve equilibrar estes últimos.<sup>8</sup>

É neste enquadramento que pretendemos apresentar à discussão um caso clínico espelhando a realidade atual da vinculação ao centro de saúde identificado no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) como critério de transferência inter-hospitalar para cuidados médicos em internamento, em que informações desatualizadas resultaram no afastamento do utente para uma distância superior a 300 km da sua residência, trabalho e família. Tanto quanto nos foi possível averiguar, é o primeiro caso clínico publicado dedicado ao debate desta situação.

## CASO CLÍNICO

Cidadão estrangeiro, 45 anos, a residir em Portugal desde 2019. Tem como antecedentes episódios compatíveis com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, com atividade delirante, exigindo intervenção psiquiátrica no país de origem e nos países onde viveu antes de residir em Portugal.

Após falecimento de familiar próximo, vem morar com irmãos na região de Lisboa, deixando descendentes no país de origem. Reside brevemente na região do Porto em 2021, por motivos de trabalho, regressando à região de Lisboa onde reside e trabalha desde 2022.

O seu primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde, conforme o RSE, ocorre na Trofa entre julho e outubro de 2021 para tratamento de problema dermatológico e orientação para Estomatologia no Hospital de Braga em novembro. Desde então, os episódios registados em RSE reportam-se à região de Lisboa, onde é observado em 2022 pela Psiquiatria, por “Psicose SOE associada a consumo de substância” (código F29 do CID10), sendo posteriormente detido no Estabelecimento Prisional de Lisboa onde permanece seis meses, recebendo medicação psiquiátrica. Em janeiro de 2024, os familiares apercebem-se de discurso desorganizado. Por alterações graves de comportamento

em local público, é detido para observação na urgência local de Psiquiatria, sendo novamente diagnosticado com “Psicose SOE associada a consumo de substâncias”. É decidido o seu tratamento involuntário em internamento. Tendo em conta o registo do RSE de 2021, e apesar de todos os episódios posteriores, residência e familiares serem na região de Lisboa, é contactado o hospital de referência da região Norte que aceita a transferência, aguardando vaga no nosso hospital.

Naquele hospital, a mais de 300 km da sua residência, inicia tratamento antipsicótico em espaço protegido por alteração de comportamento com heteroagressividade em contexto psicótico. É efetuado o levantamento da situação social, confirmando-se residência do utente em Lisboa após contacto com familiares.

É transferido para o nosso hospital após 14 dias de internamento e melhoria sintomática. Confirma-se que o internamento cumpre os critérios definidos para internamento psiquiátrico.<sup>9</sup> Os familiares em Lisboa são informados do seu paradeiro, e a preocupação familiar estendia-se aos descendentes no país de origem, com quem deixara de contactar regularmente. Foi possível saber que, durante o internamento, a família acompanhou o processo de despejo do local onde residia, tendo guardado os seus pertences pessoais. Foi também despedido por excesso de faltas ao trabalho.

Dada a natureza breve e secundária da sua patologia psicótica, o utente recuperou o estado de funcionamento pré-mórbido e, tendo aceitado tratamento em internamento, passou a tratamento voluntário. Considera que a distância da sua comunidade dificultou o acompanhamento familiar e contacto com a entidade laboral. Teve alta após 33 dias de internamento, assegurando-se o acolhimento em casa de familiares. Devido à distância, o seu regresso à região de Lisboa sofreu diversos constrangimentos sociais, por ausência de documentação e de acompanhamento familiar. Foi instruído a inscrever-se em centro de saúde da sua área de residência bem como a recorrer ao CRI para acompanhamento psiquiátrico.

## DISCUSSÃO

O utente encontrava-se inscrito num centro de saúde da área da Trofa por ter direito ao tratamento de uma doença que o afetou em 2021, e de o receber segundo critérios de proximidade à sua residência à época. O mesmo direito a um tratamento de proximidade justificou as observações na região de Lisboa posteriores a 2021, quando voltou a residir junto dos seus familiares.

Os mesmos critérios foram aplicados na sua transferência pois, registado como residente e inscrito em centro de saúde da Trofa, tinha o direito de ser internado no nosso hospital, não tendo sido prontamente reconhecido que essa intervenção ocorreria a mais de 300 quilómetros de distância. A decisão baseou-se em dados do RNU reportados a 2021, ignorando o Cronograma que regista sete episódios na região de Lisboa entre 2022 e 2023. Um deles no mesmo hospital de onde ocorreu a transferência para o Porto. O reconhecimento de direitos implica a sua declaração legislativa correspondente. A lei não existe sem direito,

mas claramente o direito pode existir sem lei.<sup>10</sup> Assim, embora o direito origine legislação, esta é consequência e constituinte do direito.<sup>10</sup> O mesmo se extrapola para os componentes da lei, sejam regulamentos ou protocolos, que operacionalizem o direito. São fundamentais ao exercício do direito, mas não se lhe sobrepõem, sobretudo se o contrariam ou impedem. Sendo direito o reconhecimento da proximidade, não se lhe pode sobrepor a vinculação regulamentar.

Como tal, o profissional de saúde é colocado num aparente dilema ético quando a atuação em respeito pela pessoa humana interfere com a aplicação do regulamento, e vice-versa. Será respeitado o direito à igualdade quando todos os utentes são transferidos de acordo com a vinculação a registos que podem estar pontualmente desatualizados? Ou quando são todos transferidos com base na proximidade à sua residência real e aos seus familiares e comunidade, esporadicamente em detrimento do regulamento?

O Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) sugere-nos uma resposta. O registo de dados pessoais no RSE esteve sob a alçada da Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPDP)<sup>11</sup> e foi alvo de autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados<sup>12</sup> que salienta a importância do “princípio da exatidão” dos dados, que exige que, em caso de imprecisão, incorreção ou desatualização, os mesmos sejam atualizados sem demora.<sup>13</sup> Este mesmo artigo é preservado no atual RGPD<sup>14</sup> onde se refere ainda que estes dados não podem ser tratados de forma incompatível com a finalidade legítima que justificou a sua recolha e registo.<sup>14</sup> O direito do utente à proximidade obriga a instituição de saúde a assegurá-la, mas o RGPD também reconhece o direito do titular dos dados de contestar a exatidão dos mesmos e, como tal, impedir a sua utilização<sup>14</sup>; neste caso, questionando a transferência para um hospital a mais de 300 km da sua residência, família e emprego.

Por sua vez, o profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de proteger o utente, sobretudo em situações que imponham discriminação no acesso aos cuidados de saúde, com especial cuidado para pessoas vulneráveis, como é o caso de cidadãos com doença mental.<sup>8</sup> Impõe-se que, pelo bom senso e iniciativa, o profissional de saúde saiba corrigir estas situações e assegurar que o cuidado prestado seja o esperado caso a incorreção não existisse. Quando isto implica a violação de procedimentos, impõe-se autorização superior, a correção do procedimento, ou a sua revogação em casos extremos. Não o fazer, é perpetuar uma forma de estigmatização institucional.

Sendo assim, é legítimo debater se se deve vincular a área assistencial do utente a uma informação desatualizada quando, existindo para permitir um tratamento de proximidade, criou situação contrária a este propósito. Sobretudo quando esta inexatidão podia ser corrigida vinculando o utente à sua área geodemográfica real para, posteriormente, transferir o utente para o hospital da sua área assistencial na região de Lisboa.

A atual Lei da Saúde Mental defende que os serviços de saúde mental devem assegurar o bem-estar, residência e emprego da pessoa, reconhecendo o direito ao tratamento de proximidade indispensável à continuidade de cuidados

adequados ao enquadramento familiar e social.<sup>15</sup> Temos de nos questionar se é ético continuar a sobrepor a construção abstrata das áreas assistenciais e dos critérios de

transferência à realidade tangível dos direitos do doente enquanto pessoa humana.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**Consentimento:** Consentimento do doente para publicação obtido.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**Confidentiality of Data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Patient Consent:** Consent for publication was obtained.

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

**JM, JQ e LMC:** Aquisição, análise, interpretação de dados, elaboração, revisão crítica e aprovação final a ser aprovada.

## CONTRIBUTORSHIP STATEMENT:

**JM, JQ and LMC:** Acquisition, analysis, interpretation of data, drafting, critical review and final approval to be approved.

## Referências

- Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:201-21. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094247.
- International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron*. 1978;32:428-30.
- United Nations. United Nations General Assembly Resolution 46/119 on the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, 17th December 1991 (UN Doc A/RES/46/119), OXIO 440. New York: UN; 1991.
- Decreto-Lei nº 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência. *Diário do Governo* nº 228/1971, Série I de 1971-09-27, pp. 1406-1434
- Decreto-Lei nº 157/99 do Ministério da Saúde. *Diário da República* nº 108 Série I Parte A de 10-05-1999, pp. 2424-2435
- Decreto-Lei nº 60/2003 do Ministério da Saúde. *Diário da República* nº 77 Série I Parte A de 01-04-2003, pp. 2118-2127
- Lei nº 95/2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* nº 169/2019, Série I de 4 de setembro de 2019 pp. 55-66
- Comité Económico e Social Europeu. Os direitos do paciente (2008/C 10/18). *Jornal Oficial da União Europeia*. Bruxelas: CESE; 2008
- Mota J, Teixeira P, Rodrigues T, Lourenço H, Moreira S, Martins D, et al. Proposta de Critérios de Internamento em Psiquiatria. *Acta Med Port*. 2024;37:160-2. Portuguese. doi: 10.20344/amp.20500.
- Sen A. Elements of a Theory of Human Rights. *Philosophy Public Affairs*. 2004; 32:315-56.
- Decreto-Lei nº 44/2017 do Ministério da Saúde. *Diário da República* nº 78/2017, Série I de 20-04-2017, pp. 2028-2029
- Autorização nº 940/2013. “SPMS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. Partilha de informação entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde – PDS” [Internet] Comissão Nacional de Proteção de Dados; 2013 [cited 2024 Feb 19] Available from: <https://www.cnpd.pt/umbraco/surface/cnpdDecision/download/51204>
- Lei nº 67/98. Lei da Proteção de Dados Pessoais. *Diário da República* nº 247/1998, Série I-A de 1998-10-26, pp. 5536-5546
- Regulamento Geral Sobre a Proteção De Dados (RGPD) Da União Europeia (UE). Regulamento (UE) 2016/679 Do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Abril de 2016. Bruxelas: EU; 2016.
- Lei nº 35/2023. Lei da Saúde Mental. *Diário da República* nº 141/2023, Série I de 2023-07-21, pp. 2-23