



Universidades Lusíada

Reis, Cidália Sofia Ferreira dos

Internamento compulsivo : sua contextualização

<http://hdl.handle.net/11067/1939>

Metadados

Data de Publicação

2014

Resumo

O internamento compulsivo é definido como o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave, ou seja, em que se admite que o portador de anomalia psíquica possa ser internado sem o seu consentimento. Actualmente o internamento compulsivo encontra-se regulado pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental. O internamento compulsivo não é algo recente, bem pelo contrário, desde há muitos anos que o mesmo é praticado, no entanto, como não obedecia a qualquer reg...

Abstract: The compulsory hospitalization can be defined as hospitalization by court order of a severe mental disorder carrier, that is, whenever the mental disorder carrier can be admitted without his/her consent. Currently the compulsory detention is regulated by Law n.º 36/98, de 24 de Julho – (Portuguese) Mental Health Act. The compulsory detention is not a new subject, on the contrary, for many years it has been recognized and used by the courts as a legal expedient. However, only recentl...

Palavras Chave

Direito, Direito processual penal, Direito comparado, Penas, Internamento compulsivo

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-FD] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T10:43:53Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DO PORTO

**INTERNAMENTO COMPULSIVO: SUA
CONTEXTUALIZAÇÃO**

Cidália Sofia Ferreira dos Reis

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Porto, 2014



UNIVERSIDADE LUSÍADA DO PORTO

**INTERNAMENTO COMPULSIVO: SUA
CONTEXTUALIZAÇÃO**

Cidália Sofia Ferreira dos Reis

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Orientação do professor Doutor Fernando Torrão

Porto, 2014

Agradecimentos

À Universidade Lusíada tanto à do Porto, como à de Lisboa, onde completei a Licenciatura e frequentei o Mestrado, manifesto aqui a minha gratidão a todos os seus professores e funcionários que me acompanharam durante esta longa caminhada. Agradeço a formação prestada e conhecimentos transmitidos.

A todos os meus amigos, colegas e companheiros de caminhada que estiveram comigo.

Aos meus colegas de trabalho por toda a paciência.

Ao Professor Doutor Fernando Torrão, pela orientação, pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo da minha vida académica, mas em especial durante a elaboração desta dissertação.

À Professora Doutora Maria do Céu Rueff, pela enorme disponibilidade sempre demonstrada ao longo do ano curricular de mestrado, pelo auxílio prestado, pela paciência para ouvir as minhas ideias e pelos contributos muito valiosos que me deu para a elaboração desta dissertação.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo incentivo, compreensão e encorajamento, o meu maior agradecimento.

A ti que me acompanhaste nesta fase final e foste o pilar essencial para concluir esta etapa.

A todos os que me ajudaram a ser quem sou, que sempre me apoiaram e desejaram bem, o meu MUITO OBRIGADA.

Índice

Agradecimentos	III
Índice	IV
Resumo	VII
Abstract.....	VIII
Palavras-Chave	IX
Lista de abreviaturas e siglas	X
Introdução	12
1. Sobre o conceito de saúde mental	16
2. Definição de internamento compulsivo.....	19
3. Evolução histórica	22
3.1 Culturas Primitivas	22
3.2 Antiguidade	23
3.3 Idade Média	26
3.4 Renascimento	28
3.5 Época Contemporânea.....	31
3.6 Psiquiatria Moderna.....	32
3.7 Movimentos de Contestação.....	39
3.8 Em Portugal	42
4. Direitos Fundamentais no Internamento Compulsivo.....	47
4.1 O Direito Internacional e Europeu.....	47
4.2 Direito Interno	51
5. Lei n.º 2.118, de 3 de Abril de 1963 – Lei de Saúde Mental.....	56
6. A Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98, de 24 de Julho	60
6.1 Natureza e competência no processo de internamento compulsivo	63

6.2	Princípios gerais da política de saúde mental	64
6.3	Direitos e Deveres do Utente.....	66
6.4	Direitos e Deveres processuais do internando.....	71
6.5	Direitos e Deveres do internado	73
7.	O processo de internamento compulsivo no âmbito da Lei de Saúde Mental ..	76
7.1	Internamento de natureza compulsiva: Pressupostos	79
7.2	Legitimidade.....	87
7.3	Requerimento	90
7.4	Trâmites processuais.....	92
7.5	Avaliação Clínico-psiquiátrica	94
7.6	Sessão conjunta	97
7.6.1.	Decisão.....	101
7.7	Internamento de urgência	103
8.	Casos especiais de internamento compulsivo	111
8.1	Pendência de processo penal	111
8.2	Internamento compulsivo de inimputável	111
9.	Modos de reacção e de cessação do internamento compulsivo	115
9.1	Habeas corpus.....	115
9.2	Recorribilidade da decisão.....	116
9.3	Substituição do internamento	117
9.4	Revisão da situação do internado	119
9.5	Cessaçã o do internamento	120
10.	Diferenças entre o Internamento Compulsivo, a medida de Internamento de Inimputáveis e o Internamento Preventivo, previsto no CPP	121
11.	Direito Estrangeiro	124
11.1	Espanha.....	124
11.2	França.....	125

11.3	Inglaterra e País de Gales.....	127
12.	Comissão para acompanhamento e execução do regime de Internamento Compulsivo.....	129
13.	Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016	131
	Conclusão.....	135
	Bibliografia	139

Resumo

O internamento compulsivo é definido como o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave, ou seja, em que se admite que o portador de anomalia psíquica possa ser internado sem o seu consentimento.

Actualmente o internamento compulsivo encontra-se regulado pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental.

O internamento compulsivo não é algo recente, bem pelo contrário, desde há muitos anos que o mesmo é praticado, no entanto, como não obedecia a qualquer regulação jurídica, os portadores de anomalia psíquica para além de se verem privados da sua liberdade ainda eram tratados de forma desumana e degradante.

O presente trabalho propõe-se explicar o que é o internamento compulsivo, analisando o seu regime jurídico. Para o efeito, a investigação subjacente partiu da lei actual, interpretando-a e analisando-a criticamente à luz quer da legislação anterior, quer da forma como o mesmo tem sido analisado na doutrina e jurisprudência, assim como a forma em que tem sido tratado noutros países.

Podemos depreender, com a realização deste trabalho, que o internamento compulsivo deve ser uma medida excepcional, uma vez que há uma grande restrição do direito à liberdade do portador de anomalia psíquica, a que a Constituição da República Portuguesa deu a devida autorização.

Parece-nos, no entanto, que a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental é pouco precisa nalgumas definições, o que deixa uma grande abrangência tanto aos médicos como ao juiz para aferirem dos pressupostos para a sua concretização, o que motivou parte da doutrina a questionar sobre a constitucionalidade daquela Lei.

Abstract

The compulsory hospitalization can be defined as hospitalization by court order of a severe mental disorder carrier, that is, whenever the mental disorder carrier can be admitted without his/her consent.

Currently the compulsory detention is regulated by Law n.º 36/98, de 24 de Julho – (Portuguese) Mental Health Act.

The compulsory detention is not a new subject, on the contrary, for many years it has been recognized and used by the courts as a legal expedient. However, only recently has this matter been codified into law, so that those suffering from mental disorders in addition to being deprived of their liberty used to be treated in an inhuman and degrading manner.

This dissertation intends to explain what the compulsory detention consists of by analyzing its historical evolution from a legal point of view and its current legal status. For this purpose, the underlying investigation started by the current law, interpreting and analyzing it critically in the light of both the previous legislation and the way it was discussed in doctrine and jurisprudence, and ended in an analysis of the legal regime on this subject from other countries.

Even though the Portuguese Constitution legally provides for the mental health law and its implications, this work intends to lead to the conclusion that the compulsory detention should be regarded as an exceptional measure, as it imposes a great restriction on the right to freedom of the mental disorder carrier, which is in itself a fundamental right legally protected by the constitution.

It seems, however, that the Law n.º 36/98, de 24 de Julho – (Portuguese) Mental Health Act is imprecise in some aspects, therefore allowing a wide interpretative scope to both doctors and judges as to decide on the assumptions underlying its application. Thus, in the wake of this reality much of the doctrine has expressed doubts about the constitutionality of the law under consideration here.

Palavras-Chave

Internamento Compulsivo; Portador de anomalia psíquica; Saúde Mental; Lei de Saúde Mental.

Lista de abreviaturas e siglas

A. C. – Antes de Cristo

Al. – Alínea

Apud. – “Por meio de” ou “Através de”

Art.º - Artigo

CC – Código Civil

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos do Homem

Cfr. – Conforme

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

D. P. – Depois de Cristo

DUDH – Declaração Universal dos Direitos do Homem

Et al. – Entre outros

LBS – Lei de Bases da Saúde

LSM – Lei de Saúde Mental

LTE – Lei Tutelar Educativa

MP – Ministério Público

N.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

Séc. – Século

Ss./seg. - Seguintes

TEDH – Tribunal Europeu dos Direitos do Homem

Vol. - Volume

Introdução

Atendendo os tempos de crise económica em que vivemos, cada vez há mais pessoas a sofrerem de perturbações psiquiátricas, muitas das quais entram em depressões, quer pelo facto de se encontrarem em situação de desemprego, quer porque estão em constante pressão para que não o percam. Assim, os problemas relacionados com a saúde mental foram-se tornando a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morte prematura.

Nesta sequência, verifica-se um impacto significativo sobre a vida familiar, as redes de suporte social, desempenho profissional e emprego, bem como ainda sofrem com o estigma, a discriminação e a exclusão social. O que leva na maior parte das vezes a que os doentes não procurem os tratamentos devidos ou então que os procurem já muito tarde.

A saúde mental não é algo recente, desde há muitos milhares anos que constitui um problema, no entanto de acordo com as civilizações foi sendo entendida de formas diferentes, tendo durante muitos anos sido atribuída a fenómenos sobrenaturais, predominando uma concepção mágico-religiosa da loucura. Neste sentido, os doentes mentais umas vezes eram tratados como deuses, outras eram tratados com repúdio, sendo abandonados pelas famílias e enjaulados ou deixados em caves sem quaisquer condições, não lhes dando as mínimas condições para a sua sobrevivência.

Só nos fins do séc. XIX, é que as doenças mentais são explicadas pelas alterações físicas do sistema nervoso. E apenas no final da década de sessenta do século XX se assiste a uma mudança na conceptualização da assistência ao doente mental.

Foi com a Recomendação n.º R (83), do Comité de Ministros, aprovada em 22 de Fevereiro de 1983 que se emitiram indicações mais claras acerca do que os serviços de saúde deveriam implementar em termos de tratamento, cuidados de saúde e reabilitação da doença mental, em que a ideia central era a de os cuidados prestados em instituições psiquiátricas serem o último recurso, em que só se recorria às mesmas quando todas as outras possibilidades de tratamento tivessem falhado e neste caso, a permanência no hospital devia ser o mais breve possível, com recurso a curtas re-hospitalizações, no caso de os doentes não poderem manter-se em tratamento ambulatorio ou em Hospital de Dia (Oliveira, 1998: 48).

Esta Recomendação, bem como outros instrumentos internacionais foram acolhidos por Portugal e nessa medida a Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, então vigente para regular o internamento compulsivo, foi substituída pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, designada por Lei de Saúde Mental.

A Lei de Saúde Mental veio na sua essência regular o processo de internamento compulsivo.

Tendo presente a minha experiência profissional na área jurídica, adquirida ao longo destes quatro anos e meio nos Juízos Criminais, pretendi elaborar um trabalho de investigação sobre a forma como o internamento compulsivo foi sendo abordado ao longo dos anos, bem como a legislação produzida nesse âmbito. E desta forma pretende-se suscitar alguma reflexão, despertando alguma consciencialização sobre o assunto.

O presente trabalho encontra-se dividido em 13 capítulos. No primeiro capítulo pretendemos abordar o conceito de saúde mental, de acordo com a doutrina, destacando ainda a definição dada pela Organização Mundial de Saúde.

No segundo capítulo pretendemos definir internamento compulsivo com recurso à legislação e ainda confrontando as definições dadas pela doutrina e organismos internacionais.

O terceiro capítulo vai ser dedicado à resenha histórica, começando por analisar como o doente mental, a nível mundial, era entendido e tratado nas culturas primitivas, seguindo a sua análise na antiguidade, idade média, renascimento, época contemporânea e na psiquiatria moderna e ainda analisar como o mesmo foi entendido pelos movimentos de contestação, nomeadamente a antipsiquiatria. Concluindo este capítulo com a análise da evolução do internamento compulsivo em Portugal.

No capítulo seguinte vamos abordar os direitos fundamentais em causa no internamento compulsivo, como os mesmos estão protegidos a nível do direito internacional, bem como do direito europeu e do direito interno. Pretende-se ainda demonstrar a excepcionalidade do internamento compulsivo e a sua compatibilização com a Constituição da República Portuguesa.

No capítulo quinto será feita uma abordagem à Lei n.º 2.118, de 3 de Abril de 1963, de forma a demonstrar como o internamento compulsivo era regulado por aquela e quais os procedimentos que eram adoptados. Sendo que ainda neste capítulo se irá abordar os

moldes em que esta Lei veio a ser substituída pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

O sexto capítulo será para abordar a natureza do processo de internamento compulsivo e analisar qual o tribunal competente para a sua tramitação.

Seguidamente, abordar-se-á os princípios gerais da política de saúde mental, os direitos e deveres do utente, os seus direitos e deveres processuais enquanto internando e internado.

O sétimo capítulo, central na elaboração do presente trabalho, “O processo de internamento compulsivo no âmbito da Lei de Saúde Mental”, será dedicado para expor e analisar os pressupostos do internamento compulsivo, a legitimidade para o requerer e os requisitos a que deve obedecer um requerimento para proceder a internamento compulsivo. Ainda neste capítulo pretende-se abordar os trâmites processuais a que deve obedecer o processo de internamento compulsivo, dando especial ênfase à avaliação clínico-psiquiátrica, à sessão conjunta e sua decisão. Bem como ainda se pretende analisar os trâmites do internamento de urgência, os seus pressupostos e respectiva tramitação, fazendo referência às diferenças entre este e o internamento compulsivo ordinário.

No capítulo oitavo pretende-se abordar os casos especiais de internamento compulsivo que se encontram abrangidos pela Lei de Saúde Mental, em que se encontra pendente processo penal e ainda o internamento compulsivo de inimputável.

O capítulo nono vai ser dedicado aos modos de reacção e de cessação do internamento compulsivo, em que se pretende analisar o habeas corpus, a possibilidade de recorribilidade da decisão, os casos em o internamento compulsivo pode ser substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio, quando a situação do internando deve ser revista e ainda as formas de cessação do internamento compulsivo.

No capítulo décimo pretende-se assinalar as principais diferenças entre o internamento compulsivo, a medida de internamento de inimputáveis e o internamento preventivo previsto no Código de Processo Penal.

Como se mostra do maior interesse, no capítulo onze, pretendemos dar a conhecer a forma como o internamento compulsivo é tratado noutras legislações, para tal vamos aborda-lo no ordenamento jurídico espanhol, em que ao contrário do sistema jurídico português não há uma legislação específica para regular o internamento compulsivo, o ordenamento jurídico francês, do qual o nosso legislador foi buscar alguma inspiração e

ainda o do ordenamento jurídico inglês, pela importância que lhe é dada a nível mundial.

Para concluir, aos últimos dois capítulos reservamos a matéria relativa à Comissão para acompanhamento e execução do regime de internamento compulsivo, a qual foi criada pela Lei de Saúde Mental e ainda o Plano Nacional de Saúde Mental aprovado em Portugal para os anos de 2007-2016, que visa no essencial assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental.

1. Sobre o conceito de saúde mental

O conceito de saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde¹ (OMS), define-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de infecções ou doenças². O que nos permite concluir que a doença será tudo o que se afaste de um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

No que toca à saúde mental a OMS propõe que a mesma seja definida no sentido de não ser apenas a ausência de transtornos mentais, mas sim como um estado de bem-estar em que o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, lide com o stress normal da vida, possa trabalhar de forma produtiva, frutífera e seja capaz de dar o seu contributo à sua comunidade³.

O conceito de saúde mental não é unânime e, como nos diz António Carlos do Carmo Carvalho (1988: 8) *“Todos os autores que debruçaram sobre este assunto são unânimes em afirmar que é possível e que existem várias definições de saúde mental, e que qualquer delas está intimamente ligada a quem a define e aos valores e instituições sociais em que foram elaborados, bem como à época em que surgiram”*.

Cumpre-nos assim expor algumas das definições que tem vindo a ser apresentadas. Iniciando desde logo pela definição dada pelo Dr. Fernandes da Fonseca (1997: 169) que diz: *“a melhor forma de ultrapassarmos essa controvérsia e de superarmos as dificuldades mencionadas consiste (...) em concebermos os diferentes aspectos e factores de saúde psíquica como fazendo parte de um sistema funcional integrado e que possa ser considerado como normalmente inserido no seu meio”*, concluindo desta forma que *“estado psicológico normal”* ou *“saúde mental”* se define como todo *“o sistema de*

1 A Organização Mundial de Saúde é a autoridade directora e coordenadora de saúde dentro do sistema das Nações Unidas. Sendo responsável por desempenhar um papel de liderança em questões de saúde globais, estabelecer normas e fornecer apoio técnico aos países e monitorizando e avaliando as tendências da saúde.

2 Definição adoptada pela OMS, na sua Constituição de 22 de Julho de 1946, com as alterações que foram adoptadas pelas 26.^a, 29.^a, 39.^a e a 51.^a Assembleias Mundiais da Saúde (as quais correspondem as Resoluções WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 e WHA51.23), que entraram em vigor a 3 de Fevereiro de 1977, a 20 de Janeiro de 1984, a 11 de Julho de 1994 e a 5 de Setembro de 2005, respectivamente. A Constituição actualizada encontra-se disponível para consulta na Internet em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>>.

3 Definição de “saúde mental” proposta pela OMS, a qual se encontra disponível na Internet em: <<http://www.who.int/features/qa/62/es/>>.

equilíbrio funcional do organismo capaz de permitir ao indivíduo uma boa adaptação social”, sendo portanto a doença mental o desequilíbrio.

Jaime Milheiro (2001: 301) diz que por saúde mental *“entende-se a capacidade de o ser humano se situar fluentemente em três vertentes: na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação prática com a vida.”*, tratando-se assim *“de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior. Supõe um prazer de funcionar, realizado de forma tão íntima que em circunstâncias normais nem sequer se consciencializa”*.

Barahona Fernandes (1980: 17) entende que é *“mentalmente sadio o indivíduo que atingiu o desenvolvimento intelectual e afectivo-instintivo, e a maturação da personalidade global correspondente à sua idade cronológica, com suficiente equilíbrio das suas pulsões e afectos, boa integração da consciência, harmónico dinamismo dos sentimentos e das tendências e da estrutura global do carácter e mecanismos de compensação e defesa pessoais – de modo a permitir um suficiente equilíbrio interior e o jogo equilibrado das relações humanas, a inserção social adequada e adaptada ao ambiente, etc. A Saúde é pois algo de positivo, de «valioso» que permite, a realização dos valores culturais do grupo a que o indivíduo pertence.”*.

Para Reis Oliveira (1998: 44) a *“saúde mental é entendida como um conceito de saúde integral não só física e mental mas também social, interpessoal e cultural enumerando Jahoda (1955) três critérios que podem definir a saúde mental e que passam pelo ajustamento activo ao meio, por uma unidade da personalidade e uma percepção correcta da realidade do mundo e de si próprio.”*.

Mary Ramshorn (apud Carvalho, 1988: 10) entende que *“possui saúde mental a pessoa que, em função da sua idade, do seu estadio de desenvolvimento e da cultura em que vive e se desenvolve, consegue cumprir as performances biológicas, psicológicas e sociais que lhe são solicitadas e/ou que são características dos seus pares. Mas é necessário acrescentar a tudo isto a alegria de viver, de amar e ser amado, a capacidade de compreender o seu ambiente e de perspectivar o seu futuro.”*.

Franz G. Alexander e Sheldon T. Selesnick (1980: 35) entendem que *“A essência da perturbação mental é precisamente a incapacidade do homem para enfrentar a si próprio, para reconhecer os sentimentos e motivações que seu consciente repudia.”*.

Os doentes mentais foram também chamados de alienados, a que a civilização atribuía o significado de “*separados ou isolados da comunidade, seres que perderam os direitos humanos porque a doença lhes consumiu o espírito, atributo essencial do homem*” (Dias Cordeiro, 2002: 14).

Concluímos desta forma que a definição de saúde mental não é definitiva e não cessa de ser alterada mormente devido ao progresso da investigação em neuro psiquiatria (Paula Martinho da Silva, 1998: 182).

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) não nos dá uma definição de saúde mental. No entanto, o primeiro capítulo desta Lei aborda os princípios gerais da política de saúde mental, bem como os contributos da promoção de um desenvolvimento psíquico saudável e formas de a concretizar.

Define esta Lei que a protecção de saúde mental se deve efectivar através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, de forma a estimular o desenvolvimento de capacidades envolvidas na construção da personalidade e promover a sua integração no meio social em que vive (art.º 2.º). Podemos daqui concluir que a doença mental é definida não apenas numa perspectiva estritamente clínica, mas integrada num contexto social que, inevitavelmente, contribui para moldar a estrutura psíquica do indivíduo.

Para este efeito a Lei fala-nos de acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como de outras medidas que contribuam para a promoção da saúde mental das populações (art.º 2.º, n.º 2). Pela prevenção primária deve entender-se que são as acções destinadas à redução da frequência das psicopatologias através da contenção dos factores que as determinaram. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico e tratamento da psicopatologia e a prevenção terciária é dirigida à reabilitação/reinserção social dos indivíduos e redução das consequências incapacitantes da enfermidade (Albergaria, 2006: 11).

2. Definição de internamento compulsivo

O internamento compulsivo é historicamente entendido como um mero instrumento de protecção das comunidades, purgando-as dos elementos potencialmente “perigosos” ou entendidos como tal, remetendo-os para instituições com actividade terapêutica por demonstrar e com incómodas similitudes com as masmorras (António Rodrigues, 2000: 94).

Segundo Vieira de Andrade (2000: 83), o internamento compulsivo é quando se admite que o portador de anomalia psíquica possa ser internado sem o seu consentimento.

Para Francisco Miller Mendes (2000: 104) o objectivo do internamento compulsivo residirá apenas e tão-só no intuito de protecção e de tratamento do próprio internando, alheada de qualquer razão de perigosidade criminal.

O internamento compulsivo em Portugal, tal como na maioria dos estados-membros da União Europeia, é regulado por leis de saúde especiais, apenas na Grécia, Itália e Espanha é que não há uma lei especial e o internamento compulsivo é regulado em conformidade com as suas constituições e com os seus princípios de direitos humanos.

Em Portugal, o internamento compulsivo encontra-se, actualmente, regulado pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, designada por Lei de Saúde Mental.

Para a Lei de Saúde Mental o internamento compulsivo, segundo a alínea a) do artigo 7.º, é definido como o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave. A mesma Lei define na alínea b) o seu oposto, o internamento voluntário, como o internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos.

A Associação Psiquiátrica Americana estabeleceu como critérios para o internamento compulsivo os seguintes: Existência de perturbação mental grave; Razoável expectativa de tratamento eficaz; Recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária; Falta de capacidade para dar consentimento informado; Perigo de danos a outros ou a si mesmo em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica (Ricou, 1998: 77).

O internamento de doentes mentais é aceite pela sociedade não só como meio de tratamento possível, mas sobretudo porque o sentimento de protecção dos cidadãos

aumenta à medida que a privação desses indivíduos se verifica (Paula Martinho da Silva, 1998: 182).

O internamento compulsivo de doentes afectados por anomalia psíquica já se encontrava previsto na Declaração dos Direitos do Deficiente Mental⁴, a qual admitia que em caso de necessidade podiam ser restringidos ou negados alguns dos seus direitos ou mesmo todos, desde que o procedimento utilizado para tal restrição ou negação de direitos contenha todas as salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso, bem como ainda exige que este procedimento se baseie numa avaliação da capacidade social da pessoa deficiente mental efectuada por peritos qualificados e deverá ser sujeito a revisão periódica e ser susceptível de recurso para autoridades superiores.

As leis de quase todos os estados-membros referem que o internamento compulsivo apenas é legalmente permitido quando outras alternativas menos restritivas possam não ser suficientes ou estar disponíveis. São excepção as leis da França e da Espanha que não formulam explicitamente essa estipulação (Salize et al. apud Correia e Almeida, 2012: 102).

Quando falamos de internamento compulsivo há necessidade de estabelecer garantias substantivas e processuais, pelo facto de estar em causa uma privação da liberdade ambulatoria do doente, uma verdadeira *detenção* (Latas e Vieira, 2004: 55). Na concretização desses mesmos direitos existem dois modelos seguidos: um modelo *judicial ou judicializado*, que se caracteriza pela necessidade de intervenção do tribunal para ordenar ou autorizar o internamento; e, um modelo administrativo, assente numa resposta essencialmente administrativa e médico-sanitária, quando muito com controlo judicial *a posteriori* (António Rodrigues, 2000: 28).

No que respeita ao ordenamento jurídico português, a protecção jurídico-constitucional da dignidade e da liberdade dos portadores de anomalia psíquica exige que o internamento, como restrição à liberdade, esteja previsto na constituição. E face a esta exigência o artigo 27.º, da CRP, que tem como epigrafe «Direito à liberdade e à segurança», no seu n.º 2, prevê que “*Ninguém poder ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória...*”, e logo na

4 A qual foi proclamada pela resolução 2856 (XXI) da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 20 de Dezembro de 1971. Encontra-se disponível na internet em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm>.

alínea h), do n.º 3, exceptua os casos de “*Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*”. Face ao conteúdo desta norma denota-se, desde logo, a exigência do internamento compulsivo depender de controlo judicial, podendo a decisão judicial ter lugar antes ou depois do internamento.

Conforme teremos oportunidade de aprofundar, a Lei de Saúde Mental, optou pela intervenção judicial prévia à decisão *final, definitiva*, sobre o internamento, quer nos casos de internamento ordinário (art.ºs 12.º a 21.º), quer nos casos do processamento de urgência (art.ºs 22.º a 27.º) (Latas e Vieira, 2004: 56).

3. Evolução histórica

A existência da doença mental é tão antiga como a vida, sendo que a história da loucura caminhou de mãos dadas com a História da Humanidade, a sua identificação, interpretação e os tratamentos aplicados têm oscilado conforme os padrões culturais e socioeconômicos, do desenvolvimento da ciência e dos avanços do conhecimento de cada época. Neste percurso, de avanços e recuos, sobressaem, pelas significativas alterações na concepção de doença e assistência aos doentes mentais seis períodos, as culturas primitivas, a Antiguidade, a Idade Média, o Renascimento, a Época Contemporânea e a Psiquiatria moderna.

3.1 Culturas Primitivas

O termo “culturas primitivas” tem um sentido vago e pouco preciso, uma vez que a par das culturas antigas, a “paleo medicina” do homem da antiguidade, existe nas culturas tribais contemporâneas a “medicina primitiva” (Dias Cordeiro, 2002: 39).

As culturas primitivas aparecem influenciadas pela crença universal nos fenómenos sobrenaturais, pelo que predominava a concepção mágico-religiosa da loucura, em que a doença mental era entendida como influência maligna quer de outros seres humanos, quer de seres sobre-humanos, como os espíritos de antepassados do clã, em virtude do incumprimento de obrigações mágico-religiosas, violação de um tabu, negligência das obrigações rituais ou possessão do demónio, ou seja, como o médico ou curandeiro não sabiam de onde vinham nem quem a causava, pensava-se que a doença mental tinha que ser produzida por “alguém” ou “alguma coisa com má intenção”, admitindo que vinham de outros homens, ou de espíritos. Quanto ao tratamento aplicavam a magia ou feitiçaria para lidar com as supostas influências malignas dos seres humanos e práticas mágico-religiosas para lidar com as influências de seres sobre-humanos, ou seja, aplicava-se tratamentos baseados em causas hipotéticas. O mago e o feiticeiro ou curandeiros-feiticeiros para tratarem os doentes mentais assumiam-se como *medium* entre o espírito e o doente e/ou seus familiares, em cerimónias colectivas (de todo o clã), meios que entendiam que eram eficazes, tal como a súplica, o suborno, o pedido, a ameaça, a punição, bem como luta, que não sabendo quem eram esses supostos seres maléficis aplicavam os rituais aos próprios doentes. Podendo ainda o tratamento ser feito pelo “shaman”, que era um médico que também fazia de intermediário entre os espíritos e os doentes e seus familiares. Eram ainda

utilizados amuletos e talismãs para afastar ou acalmar os espíritos. Estas práticas assentavam na ideia da purificação com vista à reintegração social da pessoa.

O doente mental era, por um lado, receado, causava medo, terror, repulsa, ódio; se bem que por outro lado causava simpatia e afecto porque pela sua boca falavam entidades veneradas (Dias Cordeiro, 2002: 15).

3.2 Antiguidade

Na Antiguidade, as civilizações egípcia, grega e romana criaram os alicerces para uma compreensão global e humanitária da doença mental, que foi oscilando em diferentes graus na aliança entre o divino e a ciência.

O povo egípcio possuía alguns conhecimentos de medicina, documentados em vários escritos, como os celebres papiros de Ebers e Edward Smith, ambos datados de cerca de 1550 a. C., e em que eram pormenorizadas algumas doenças. Quanto ao papiro de Ebers que era uma espécie de enciclopédia médica, tratava exclusivamente de medicina interna e farmacologia, enquanto o papiro de Edward Smith descreve ferimentos e tratamento cirúrgico.

Os médicos egípcios conheciam pouca coisa sobre as partes anatómicas, pelo que acreditavam que as mesmas *“eram governadas por espíritos específicos e que o corpo era um microcosmo que, como o mundo exterior, se compunha de quatro elementos. Os ossos e a carne do corpo correspondiam à terra. O líquido do corpo correspondia à água e, assim como o Nilo subia e baixava alternadamente, o líquido do corpo subia e baixava em seus vasos pulsantes. O coração que aquecia o corpo era o equivalente do sol e do fogo, e o sopro era o equivalente do vento.”* (Alexander e Selesnick, 1980: 46).

A doença mental era considerada um misto de causas sobrenaturais e naturais, motivada pela influência dos fenómenos celestes, ou seja, era predominantemente mágica e religiosa.

Pelos egípcios foi reconhecida a perturbação emocional, acreditando que os sintomas eram causados pela má posição do útero e por isso fumigavam a vagina, esperando atrair o útero errante para a sua posição natural (Alexander e Selesnick, 1980: 46-7).

O tratamento da doença mental incluía meios físicos, psíquicos e espirituais, os quais, para além da fumigação, envolviam actividades como a interpretação de sonhos, a hidroterapia, o uso de amuletos e até alguma farmacopeia⁵.

Na Bíblia há várias referências à doença mental, em que o mais famoso caso que surge é o de Saul, primeiro rei de Israel⁶, que manifesta uma psicose maníaco-depressiva, considerada como causada por um mau espírito mandado pelo Senhor e em que vencido pela depressão pediu ao seu servo David para o matar, tendo o mesmo recusado, Saul cometeu suicídio. Também Nabucodonosor, rei da Babilónia, sofre de uma perturbação descrita como depressão, irritabilidade, pouco controle, terminando na “licantropia”⁷. Por outro lado, os Judeus consideravam a loucura e a epilepsia como doenças bem definidas e não como fenómenos sobrenaturais, que apesar de o tratamento consistir em encantamentos, o mesmo era realizado pelo médico e não por um padre.

Os médicos⁸ egípcios estavam sujeitos a leis sobre imperícia ou negligência no exercício da profissão (Alexander e Selesnick, 1980: 47), sendo que se o paciente morria por ter sido inconvenientemente tratado, o médico era considerado culpado e responsabilizado.

Na Grécia Antiga até aos tempos pós-socráticos, devido aos escassos conhecimentos sobre a natureza humana, a doença mental, no conceito popular, era entendida como se causada por espíritos malignos personificados em duas deusas – Mania e Lyssa – era assim entendida com uma interferência transitória dos deuses sobre o pensamento e a acção dos homens e para a qual não havia qualquer intenção de tratamento uma vez que, tendo sido os deuses a enlouquecer a pessoa, a eles cabia a função de a curar. No entanto, ainda eram utilizadas algumas terapias, como a purificação, por participação nos mistérios e utilizavam-se, por vezes, certos animais e vegetais.

5 “Formulário oficial de preparações farmacêuticas, suas fórmulas, nomes correntes e sinónimos, requisitos analíticos e outras características”, In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [Consult. 2014-08-25]. Disponível na Internet em: <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/farmacopeia;jsessionid=IMUeHdfhV+tMfIZvnSPSew>>.

6No século I a. C.

7Delírio em que a pessoa acredita ser um lobo (Alexander e Selesnick, 1980: 49).

8Os quais podem ser sacerdotes, leigos, mágicos ou eventualmente uma combinação deles (Alexander e Selesnick, 1980: 47).

Os doentes mais benignos, isto é, os sociáveis andavam em liberdade e eram objecto de desprezo, abuso e metidos a ridículo por parte de todos, enquanto os casos violentos eram fechados em casa ou presos em cadeias (Dias Cordeiro, 2002: 40).

Hipócrates (460-377 a. C.), considerado o pai da medicina, tem uma concepção médica da doença e interessa-se pela estrutura de personalidade do doente, refutando as origens divinas da doença mental e conferindo-lhe causas naturais.

Na sua perspectiva, a saúde consistia num equilíbrio harmonioso entre os quatro humores corporais: o sangue, a bÍlis amarela e negra, a linfa e a fleuma, e inspirado nos componentes físicos da natureza – calor, frio, humidade e secura - descreve os temperamentos humanos, correspondentes aos humores como: o sanguíneo, o colérico, o melancólico e o fleumático. Para este, a loucura resultava da perturbação da interacção dos humores corporais, com excesso da bÍlis negra que daria a perturbação mental.

Hipócrates considerava essenciais para a manutenção da boa saúde o banho, a dieta e a higiene. Quanto ao tratamento, o mesmo receitava remédios, como o heléboro negro, que é um purgante específico para o doente mental, e no caso de este tratamento falhar então recorria a sangria.

Platão (429-347 a. C.) atribuía à doença mental três dimensões: orgânica, ética e divina (Espinosa, 1998, apud Moreira e Melo, 2005: 39), e o seu discípulo, Aristóteles (384 – 322 a. C.), considerava que toda a doença mental correspondia a um transtorno orgânico e que o tratamento se poderia fazer através da libertação das emoções reprimidas (Dias Cordeiro, 2002: 40).

Foi Platão que atribuiu grande significado aos sonhos e estabeleceu um método para a sua interpretação, começando por ser considerado como parte da realidade, depois como um meio de comunicação com os deuses e, por fim, atribui-lhe um significado simbólico.

Platão estabeleceu a separação entre espírito e matéria, o que levou a dissociar o composto humano em dois planos incompatíveis: a doença podia atingir a alma irracional que residia no corpo, mas não a alma racional. Daí veio a consequência de que só a alma irracional pode ser perturbada pela doença e que a racional está isenta de perturbações devidas a causas naturais, ou seja, que quando se perturba é interferência dos deuses (Dias Cordeiro, 2002: 17).

Os romanos, à semelhança dos gregos, defendiam um tratamento humanitário para os doentes mentais, tendo sofrido a influência quanto ao valor atribuído aos sonhos.

Areteo (30 – 90 d. C.) concebia a doença mental como processos normais exagerados, e Cláudio Galeno de Pérgamo (130 – 201 d. C.), baseando-se na dissecação de animais defendia que o sistema nervoso era o centro da sensação, da motilidade e das funções mentais e que os transtornos psíquicos tinham uma origem cerebral.

As causas da doença mental podiam ser orgânicas ou psíquicas, consistindo a saúde no equilíbrio entre o racional, o irracional e a parte sensual da alma (Espinosa, 1998, apud Moreira e Melo, 2005: 39).

Alguns fenómenos psicopatológicos como as alucinações foram muito bem descritos, tendo sido propostos tratamentos com base nos agentes físicos, como a fisioterapia, dietas alimentares e actividades lúdicas como convívios, música, permanência em salas claras com ar e luz.

Aurélio Cornélio Celso (25 a. C. – 50 d. C.) acreditava que algumas doenças eram devidas à ira dos deuses e que se assustasse os pacientes praticando exorcismos violentos podia curá-los, espantando os espíritos (Alexander e Selesnick, 1980: 73). Celso falava já em relação médico-doente como factor importante para “animar os deprimidos” e “acalmar os agitados”.

A contribuição desta civilização para a compreensão da doença mental estendeu-se ao domínio jurídico, encontrando-se no direito romano as bases da inimputabilidade.

Com a queda do Império Romano, ruíram os alicerces “médicos e humanitários”. A Igreja apossou-se do destino da doença mental, excluindo a psiquiatria da medicina e demonizou a loucura. Os séculos que se seguiram pautaram-se por um retrocesso que fez mergulhar a doença mental numa longa época de obscurantismo e terror que se estendeu até ao século XVIII (Vallejo, 1991: 4).

3.3 Idade Média

Durante a Idade Média predominou a concepção demoníaca da loucura, em que o doente mental e o seu tratamento voltam a ser encarados com mistério e magia, utilizando, ainda mais a feitiçaria.

O tratamento das pessoas possuídas por espíritos malignos era da responsabilidade dos clérigos, uma vez que a explicação da doença mental era a mistura da magia oriental com conceitos religiosos e cristãos, e aqueles eram incumbidos de expulsar do corpo os espíritos através de esconjuros, exorcismos e rituais religiosos, como cerimónias nocturnas só com a presença de mulheres, em honra de deuses para cura de doentes. Eram ainda realizados tratamentos com eméticos, sangrias e unguentos⁹ que eram envolvidos em práticas obscuras de feitiçaria. No entanto, como entendiam que nem todos os espíritos e demónios se dignavam a abandonar o corpo com tais procedimentos e que havia uns mais resistentes do que outros, realizavam práticas menos brandas que se destinavam a tornar o corpo num local desagradável, cujo objectivo era fazer a vida tão negra ao diabo até que ele abandonasse o corpo. Para tal, o corpo era acorrentado, submerso em água a ferver, ou sujeito a banhos gelados, privado de comida, fustigado ou ainda torturado.

A abordagem demoníaca da loucura culminou com a caça às bruxas¹⁰ nos séculos XVI e XVII, tendo sido os mensageiros de Lúcifer lançados às fogueiras, sob a sentença eclesiástica “queimar para purificar”.

Até ao aparecimento dos asilos, palavra grega que quer dizer «refúgio sagrado», a doença mental era um problema da esfera privada, encarada com secretismo e vergonha pelas famílias. Os loucos eram encarcerados nas próprias casas ou abandonados à sua sorte em locais ermos e longínquos. Existiam três estruturas medievais destinadas a acolher os pobres, designação que assentava aos doentes mentais, que são: o Hôtel Dieu de Paris¹¹, o Hôtel Dieu de Lyon¹² e o Hospital del Santo Spirito de Roma.

⁹“Medicamento de consistência pastosa, semelhante a uma pomada, cujo excipiente é uma gordura associada a uma resina e que se destina a uso externo; designação que antigamente se dava a certas drogas aromáticas”, In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2013-2014. [Consult. 2014-08-25]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/unguentos>>.

¹⁰Heinrich Kraemar e Jonham Sprenger, monges dominicanos escreveram o livro *Malleus Maleficarum* (O martelo das bruxas), que atribuía todos os males da sociedade, como pestes, fome e desmandos sexuais, aos psicóticos e aos neuróticos, em especial mulheres. Este livro recebeu a bênção do papa Inocêncio VIII em 1484, tendo permitido aos seus autores actuarem como inquisidores implacáveis nesse domínio, denunciando milhares de bruxas que existiam por todo o lado e dando assim origem a um processo de perseguição, sob a designação de “caça às bruxas” (Fonseca, 1995: 13-4).

¹¹Surgiu em 652 d. C.

¹²Fundado em 542 d. C.

Num cenário de conturbadas transformações sociais e políticas, onde persistiam realidades díspares: de um lado, a acumulação de bens de capital e, de outro, a crescente miséria, os que se encontravam à margem do processo de produção de riquezas e os “diferentes” eram encarados como ameaça social.

A exceção a este ambiente, surgiu com os Árabes, portadores de uma civilização mais avançada nas ideias e nas técnicas. Os Árabes encaram a Psiquiatria de uma forma mais humana e criam os asilos ou hospitais para tratamento dos doentes mentais, os quais se difundiram pela Europa. Os hospitais que se tornaram mais conhecidos foram: a Colónia de Gheel, inaugurada no ano de 850, na Bélgica, o priorado de Santa Maria de Belém, criado em 1403, em Londres e os desamparados, fundado em Valência no ano de 1409, pelo Padre Jofré. Nestes hospitais prestava-se um tipo de assistência diferente, melhorava-se-lhes as condições higiénicas e havia a preocupação de recuperá-los com jogos e ocupações.

No entanto, o conceito de asilo cedo veio a degradar-se e em muitas cidades europeias, os doentes mentais, pobres e abandonados pelas famílias, eram recolhidos em hospícios¹³, em que estavam misturados com delinquentes e a assistência era sobretudo infligida pela repressão e pelo castigo.

Nesta época a loucura é assimilada ao crime e retribuída como castigo, não existindo o conceito de protecção social, só sendo importante a honra da família, a segurança e a defesa dos bens.

Para os muçulmanos, o louco é amado por Deus, tendo sido por este escolhido para revelar a verdade, pelo que o mesmo é protegido por todos e, por vezes, considerado como santo. A cultura muçulmana havia, já desde o século VIII, criado hospitais para albergar e tratar os doentes mentais.

3.4 Renascimento

Impulsionada pelo movimento renascentista, surgiu, paralelamente à concepção mágica da perturbação mental uma concepção alternativa que atribuía causas naturais à doença. Esta nova concepção deu origem a novas estruturas de assistência à doença mental, começando a aparecer outras instituições para doentes mentais na Europa, desde logo em Espanha, devido à presença árabe.

¹³Instituições de tipo simultaneamente caritativo e de reclusão.

Filipe Paracelso (1493-1541), professor em Basileia, foi um dos mais notáveis médicos de todos os tempos e teve uma grande influência na concepção das doenças psíquicas. Para ele *“a doença mental era uma perturbação da substância interna do corpo, o qual se encontrava intimamente ligado à alma (...) insistia que a principal qualidade do médico devia ser a da «bondade» e que o primeiro dever era o de tratar os doentes com o maior afecto, porque «só um amor suficientemente forte permitia que a medicina desse os seus frutos.»*” (Fonseca, 1995: 17). Paracelso defendia assim a origem natural das doenças mentais e o tratamento humano.

Por 1530, em Granada, no tempo do português João Cidade¹⁴ (1495-1550), os tratamentos infligidos aos doentes mentais eram *“açoitos e espancamentos para expulsar os “espíritos malignos” dos “possessos do demónio” que, muitas vezes, eram confinados, durante anos, em cubículos, sendo agrilhoados, despídos, deitados em palha, sem qualquer limpeza, ar ou luz, alimentados a pão e água e votados ao abandono. Por vezes, eram mesmo impedidos de dormir para o demónio não poder ter descanso e mais depressa os largar”* (Lopes, 2003: 44).

Em 1549, a João Cidade, os mesmos tratamentos lhe foram aplicados, quando foi internado a seguir à sua exaltação religiosa, considerada por alguns como doença mental e por outros como fenómeno de misticismo extremo, o que quer que fosse desapareceu quando o seu director espiritual, João de Ávila, o aconselhou a moderar-se (Gameiro, 1989: 52).

João Cidade, após essa experiência da terapêutica da pancadaria e maus tratos, jurou a si mesmo que havia de fazer melhor pelos doentes, tendo fundado o seu próprio hospital. Naquele, começou a seleccionar os doentes consoante o seu tipo de doença, colocando cada um numa cama individual, limpa e cuidada, ao lado da qual eram colocados os seus pertences pessoais. Criou a noção de equipa e fazia trabalhar em conjunto todos aqueles que se encontravam ao serviço dos doentes e estimulava estes a participarem nas actividades hospitalares e a colaborarem nos tratamentos e recuperação dos que se encontravam mais incapacitados.

¹⁴Segundo Fernandes Fonseca, 1995: 71, João Cidade era um enfermeiro auto-improvisado.

Em 1630 foi sagrado papa com o nome de João XXI e em 1691 foi canonizado como santo (S. João de Deus).

Para João Cidade os loucos eram doentes e não criminosos ou possessos e procurava curá-los através da doçura, consideração e paciência (Lopes, 2003: 45).

A grande iniciativa de S. João de Deus foi a sua decisão assistencial de ir recolher os doentes na rua ou de ir buscá-los ao próprio domicílio, praticando assim uma acção do tipo comunitário, que hoje se designa por hospitalo-comunitária, em que os direitos humanos dos doentes eram os princípios orientadores da prestação de cuidados de saúde, sem qualquer distinção de classes (Fonseca, 1995: 72/3).

Johann Weyer (1515-1588), médico psiquiatra holandês, considerava que as doenças mentais não eram sobrenaturais nem sagradas, aplicando uma psicoterapia humana com base numa boa relação médico-doente.

Nesta época, começam a pôr-se em causa os métodos de julgamento e castigo das bruxas e explicam-se muitos sinais ditos sobrenaturais numa base científica.

No entanto, a nível popular, a doença mental mantém a mesma aceitação e interpretação dos tempos medievais e como era considerada uma consequência directa de pecados pessoais e de ligações voluntárias como os espíritos e as bruxas, quando não eram condenados à morte, eram sujeitos a tratamentos como pancadaria e maus tratos e os hospitais rapidamente se transformaram num local de confinamento dos socialmente indesejáveis, incluindo-se neste rol criminosos, vadios, idosos, epiléticos, doentes incuráveis e os mentalmente perturbados, nada sendo feito quanto à sua cura ou reabilitação. Os asilos permitiam uma espécie de limpeza social.

Os incómodos e indesejáveis eram institucionalizados, deixando desta forma de ameaçar a Humanidade e passando a ter utilidade social, já que, camuflados pela ergoterapia, constituíam uma força de trabalho que competia com as manufacturas da época. A utilidade social do asilo não se esgotou, contudo, na exclusão e nos fins económicos, e a sua rentabilidade foi aproveitada ao ponto de se tornar local de diversão.

A visão dos loucos como animais perigosos justificava que fossem enjaulados e expostos como animais do jardim zoológico. Os seus prestadores de cuidados exibiam um porte físico robusto, criteriosamente seleccionados entre ex-presidiários (Espinosa, 1998, apud Moreira e Melo, 2005: 41), na mão dos quais o chicote era a principal arma terapêutica.

Shorter (2001: 19) classifica os hospitais gerais como “*instituições de guarda que não tentaram qualquer simulacro de terapia*”. A exclusão social suscitada pelas vagas da peste do século XVII esteve na origem das instituições de aplicação de poder disciplinar.

Bethlehem¹⁵, Bicêtre¹⁶ e Salpêtrière¹⁷ “*ficaram [...] conhecidos como cenários de terror, com os internados a serem regularmente açoitados, acorrentados e sujeitos a condições higiénicas de causar estupefacção*” (Shorter, 2001: 19).

Howard (1726-1790) descreveu os asilos de doentes mentais franceses da época que visitou como:

*“Esses desafortunados sofrem a mais terrível das misérias humanas; são mais maltratados que os criminosos e reduzidos a um estado pior que os animais. Vi-os cobertos de farrapos, apenas com palha para se defenderem da fria humidade dos ladrilhos onde se deitam. Vi-os nas mãos de verdadeiros carrascos, abandonados à sua vigilância brutal. Vi-os em redutos estreitos, sujos, infectos, sem ar nem luz, algemados em antros aonde se não meteriam os animais ferozes, que o luxo dos governos mantém com largos gastos nas capitais”*¹⁸.

3.5 Época Contemporânea

Com o final do século XVII chegou o Iluminismo e “*um novo optimismo terapêutico engoliu todo o mundo da medicina, optimismo esse partilhado pela psiquiatria*” (Shorter, 2001: 22).

A convicção de que a permanência nas instituições podia ter um carácter curativo e o estatuto de doença finalmente alcançado pela doença mental preconizam a primeira revolução em saúde mental.

As próprias instituições podiam ser transformadas em curativas e o confinamento dentro delas, em vez de servir apenas para remover uma perturbação do seio de uma

¹⁵Primeiro Hospital Psiquiátrico de Londres, St. Mary of Bethlehem, data de 1547, em que inicialmente os doentes eram tratados com muito interesse (Alexander e Selesnick, 1980: 86), mas rapidamente os tratamentos se reduziram a castigos. Não havia camas, sanitários, nem alimentação apropriada (Gameiro, 1989: 51). Este hospital tornou-se conhecido como Bedlam.

¹⁶Hospital psiquiátrico de Paris só para homens (Gameiro, 1989: 53).

¹⁷Hospital psiquiátrico de Paris só para mulheres (Gameiro, 1989: 53).

¹⁸António Flores, in S. João de Deus: 186 e segs. – Lisboa, 1950, apud Gameiro, 1989: 53.

família envergonhada ou dos penalizados anciãos da aldeia, poderia melhorar o doente (Shorter, 2001: 21).

Abolido o absolutismo, a reclusão dos indesejáveis¹⁹ passa a ser definida como algo terapêutico e o internamento deixa de se justificar por razões económicas, ficando apenas os loucos nas casas de internamento (Oliveira, 1998: 46).

A loucura é assimilada ao crime e retribuída como castigo, sendo que o conceito de protecção social não existe, só tendo relevo a honra da família, a segurança e a defesa dos bens (António Rodrigues, 2000: 21).

Foi com William Battie (1703 – 1776) que nasceu a Psiquiatria, considerado “*o mais importante médico de doidos*” da época, em Inglaterra, defendia os benefícios terapêuticos da institucionalização dos doentes, recomendava a cura pelo isolamento e considerava a loucura “*tão tratável como muitas outras enfermidades*” (Oliveira, 1998: 46). Battie entendia que a causa principal da loucura seria a hereditariedade.

3.6 Psiquiatria Moderna

É no auge da Revolução Francesa, que Philippe Pinel (1745 – 1826) perpetua o seu nome ao inaugurar a Psiquiatria moderna.

Em 1784, Pinel separou os doentes mentais dos presos de delito comum, dando ao doente mental o direito de ser tratado em instituições de saúde não ligadas ao poder judiciário. Já em 1793 foi nomeado responsável pelo Sistema Hospitalar Parisiense, que entre outras medidas mandou remover as correntes dos doentes mentais, abriu-lhes as janelas, deu-lhes alimentação nutritiva e tratou-os com bondade. O protagonismo de Pinel deve-se a sua obra *Triaté médico-philosophyque sur l'aliénation mentale*, publicada em 1801.

Baseado na experiência de Belhomme, de Bicêtre (do qual foi médico principal) e de Salpêtrière, Pinel dizia que “*os asilos públicos para maníacos eram considerados lugares de confinamento para todos aqueles que se tornavam perigosos para a paz social. Os directores dessas instituições, frequentemente homens de pouco conhecimento e de nenhuma humanidade, foram autorizados a aplicar aos seus presos inocentes um regime*

¹⁹Os insensatos, os homossexuais, as “viúvas que se casam tolamente” ou os filhos-família que querem contrair um “casamento vil”, os pobres e os vagabundos são internados em prisões e hospitais (Foucault, apud Rodrigues, 2000: 21).

arbitrário de grande crueldade e violência” (Philippe Pinel, 1806: 3/4 apud Gonçalves, 2009: 27), pelo que o mesmo defende a possibilidade de fazer terapia psicológica no hospital, admitindo que o encarceramento pode ser um potencial curativo. Nesta ideia, sugere ainda que se devolvam à sociedade os indivíduos que parecem sem solução, e que os indivíduos com solução sejam *“sujeitos a um tipo de tratamento psicológico com o propósito de desenvolver e fortalecer as faculdades da razão”* (Pinel, cit. in Hurd, 1916, apud Moreira e Melo, 2005: 42).

Pinel acreditava que a origem da alienação era passional ou moral, fruto de mau funcionamento das funções mentais. A terapia recomendada, a higiene moral (Rassi, 1998 apud Moreira e Melo, 2005: 42), consistia em isolar/afastar os doentes de todas as situações que pudessem constituir obstáculo à sua recuperação e acalmá-los com banhos quentes, oração e ocupação do tempo com trabalho e actividades.

Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, distinguiu, pela primeira vez, alucinações de delírios, em que disse que as primeiras são impressões sensórias, como por exemplo, ouvir ou ver objectos que não existem e que são inteiramente produtos da mente; e que delírios são falsas impressões baseadas na má interpretação de um estímulo sensório real.

Foi Esquirol quem decretou a primeira lei orgânica psiquiátrica, lei 1838, e esclareceu os procedimentos terapêuticos, propondo a criação de comunidades terapêuticas, onde pacientes e médicos vivessem como membros de uma comunidade num ambiente psiquiátrico (Shorter, 2001: 26). O ambiente calmante das casas de repouso era terapêutico, na medida em que contribuía para refrear a irritação excessiva dos nervos donde brotava a doença mental. Com o objectivo de dominar e dirigir as paixões dos alienados, o tratamento moral incluía todos os procedimentos de organização e gestão do tempo e do espaço do alienado. Abrangia o físico, através de meios que actuavam directamente sobre o corpo, como medicamentos, eméticos, purgativos, banhos, ópios e sangrias, a higiene, com exercícios, formas de alimentação e vestimentas adequadas e o domínio moral.

Na Europa Central, as reformas de Pinel não tiveram eco, tendo sido abafadas por Johann Christian Reil (1759-1813), médico alemão, que discordava dos iluministas e das orientações do médico francês.

Reil propunha curar doenças mentais principalmente por influências psicológicas. E defendeu o tratamento dos doentes em hospitais públicos, recomendou a separação destes por dois tipos de instituições, uma para doentes incuráveis e outra para curáveis, sendo que para estes elaborou um plano de tratamento assente em terapia física e psicoterapia, como terapia ocupacional, terapia musical e terapia teatral. Foi Reil, em 1808, o criador do termo psiquiatria, referindo-se ao tratamento da mente.

Nas palavras de Ana Leonor Pereira (1986: 86) a imagem jurídica, ética e social do louco que o século XIX foi construindo aproxima-se de uma imagem da criança enquanto ser irresponsável e inocente, no entanto essa inocência não lhe dava o direito de ser protegido e assistido. Mais, de acordo com as relações do estado com a sociedade civil, o estado não tinha a obrigação jurídica de socorrer os alienados de modo que, em termos de liberalismo puro, era o princípio da utilidade social e do interesse geral que fundava a necessidade de sequestrar os loucos e nesta óptica, o internamento era considerado um imperativo do instituto de conservação da espécie e uma exigência iniludível da virtude pública fundadora da harmonia social e do progresso da civilização. Ana Leonor Pereira (1986: 86) diz-nos ainda que *“por outro lado, a sequestração da loucura não era vista como uma violência exercida sobre aqueles que, embora inocentemente, punham em causa o futuro da humanidade na perspectiva médica, jurídica e política do tempo. O internamento apenas institucionalizava um estado de facto, uma vez que não era possível privar da liberdade aquele que a não possuía”*.

Com o advento da guerra mundial de 1914/18, houve avanços nas ciências e nas técnicas e a psiquiatria moderniza-se. A técnica vai invadir o asilo, conferindo-lhe estruturas mais hospitalares do que asilares e em 1937 o asilo recebe em França o nome de hospital psiquiátrico, deixando assim de se falar em alienistas e guardas e passou-se a falar de médicos e enfermeiros.

Em Paris inaugura-se em 1956 o Hospital Gera, iniciando-se assim um movimento de restrição massiva dos indivíduos com perturbações mentais, já que segundo Foucault (1972: 454) *“encerrar os loucos, é essencialmente prevenir a sociedade contra o perigo que eles representam”*.

Nos fins do séc. XIX, as doenças mentais são explicadas pelas alterações físicas do sistema nervoso. E é no início do séc. XX que se criam centros de investigação psiquiátrica e se cria um movimento de higiene mental em Boston e Michigan.

No final da década de sessenta do século XX assiste-se a uma mudança na conceptualização da assistência ao doente mental, a qual é fundada na Teoria da Psiquiatria Comunitária e Social e na vitalidade das organizações instituídas no âmbito da defesa dos Direitos do Homem.

Em 1965, nos Estados Unidos, a Associação Americana de Psicologia²⁰ nomeia Rush como “pai da psiquiatria americana”. Este autor encarava, à semelhança dos europeus, o cérebro como base da doença mental e localizava nos vasos sanguíneos as causas da mesma.

Do contacto com a realidade resultou uma nova compreensão da loucura, que incitou por sua vez novas formas, mais subtis, de controlo.

Como alternativas à hospitalização, nalguns países da Europa, os doentes antes hospitalizados eram agora alojados nas suas casas e eram prestados cuidados na comunidade, junto da família ou em lares residenciais e atendidos pelo pessoal médico e de enfermagem do hospital psiquiátrico. Sendo que estas alterações mostram-se possíveis, em virtude do aparecimento dos psicotropos, pela diversificação dos técnicos, pelas diferentes abordagens terapêuticas multidisciplinares, por uma consciencialização dos direitos dos doentes mentais e a necessidade de humanização das instituições psiquiátricas (Oliveira, 1998: 47).

Entre 1972 e 1982 a OMS analisou o que seria desejável em termos de desenvolvimento dos serviços de saúde mental e emitiu as primeiras recomendações, como sendo a Recomendação n.º 818, de 1977, elaborada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, no entanto as mesmas eram bastante gerais e ambíguas. Posteriormente, o Conselho da Europa elabora um conjunto de recomendações que dirige ao Comité de Ministros, convidando à sua adopção por parte dos governos dos Estados-Membros. Sendo que dessas recomendações consta:

- a revisão de leis e regulamentos respeitantes ao internamento de doentes mentais, redefinindo conceitos fundamentais como “perigosidade”, reduzindo ao mínimo os internamentos involuntários, suprimindo a prática da censura da correspondência, colocando sob a jurisdição das autoridades de saúde aqueles que forem reconhecidos como doentes pelos tribunais aquando do crime ou do processo e possibilitando um recurso das decisões que incluam uma medida de internamento;

²⁰ Designada por American Psychological Association.

- a criação de comissões ou tribunais independentes responsáveis pela protecção das pessoas portadoras de doença mental;

- a determinação de que as decisões judiciais não devem ser tomadas apenas com base em relatórios médicos, sendo possibilitado ao doente o direito de defesa;

- a modificação das regras respeitantes à capacidade civil;

- a atribuição do direito de eleição para os doentes mentais, mediante a compreensão do significado do voto, e a adopção de medidas de modo a facilitar o exercício deste direito;

- a criação de um grupo de trabalho constituído por peritos e técnicos, com o objectivo de redefinir os critérios fundamentais da doença mental;

- a aprovação de políticas destinadas à redução dos grandes estabelecimentos de prestação de cuidados psiquiátricos e concomitante multiplicação dos serviços de cuidados em comunidade, proporcionando aos doentes uma maior proximidade ao seu meio;

- a procura de técnicas e meios mais humanos na prestação de cuidados aos doentes mentais;

- o incentivo de estudos referentes à formação e condições de trabalho dos elementos que trabalham no contexto psiquiátrico;

- o encorajamento, junto dos poderes locais, para que estes assumam um papel mais activo na readaptação socioprofissional dos ex-internados;

- o empenhamento no sentido de que os processos mantidos nas instituições psiquiátricas ou qualquer outra documentação respeitante a ex-internados, sejam abrangidos pelo segredo médico, não podendo, como tal, ser utilizadas para limitar ou condicionar de forma injusta a procura de trabalho dos mesmos (Cunha Rodrigues, 2000: 24/5).

No seguimento deste documento surge um outro elaborado pelo Comité de Ministros e designado como a Recomendação n.º R (83), a qual foi aprovada em 22 de Fevereiro de 1983 e que pretendia assumir-se como mais completa, determinando um conjunto de princípios, nomeadamente:

- a dificuldade de adaptação a valores morais, sociais, políticos, não pode, *per se*, ser classificada como perturbação mental;

- o internamento involuntário pode apenas ser aplicado quando, por motivos de presença de perturbação mental, o doente represente um sério perigo para si ou para terceiros;

- os estados membros podem, não obstante, decretar o internamento quando, perante a gravidade da perturbação, este se assuma como forma de evitar ou prevenir a agudização do quadro clínico ou assegurar o tratamento apropriado;

- a decisão de internamento deve competir a uma autoridade judicial ou a uma outra autoridade adequada prevista na lei, podendo o internamento, em casos de urgência, decorrer de uma decisão médica que informará imediatamente a autoridade;

- quando a decisão de aplicar a medida de internamento for tomada por uma autoridade não judicial, esta deverá ser diferente da que inicialmente solicitou o internamento;

- em qualquer das possibilidades referidas, o doente deve ser informado dos seus direitos, nomeadamente, o direito de ser ouvido e o direito a um recurso judicial;

- o doente deve ser tratado de acordo com os mesmos critérios éticos e científicos de qualquer outro doente;

- são apenas permitidas restrições à liberdade individual quando necessárias, considerando a condição de saúde e o sucesso do tratamento, sendo, no entanto, de salvaguardar o direito de comunicação do doente com a autoridade e o direito de envio de correspondência não censurada;

- o internamento deve ser temporalmente limitado ou reavaliado em intervalos regulares, podendo o doente requerer que esta condição seja objecto de apreciação judicial;

- o internamento não constitui, *per se*, uma razão para a restrição da capacidade legal;

- em todos os casos, deve ser respeitada a dignidade do doente e serem tomadas medidas adequadas para proteger a sua saúde (Cunha Rodrigues, 2000: 25/6).

Ou seja, emitiu indicações mais claras acerca do que os serviços de saúde deveriam implementar em termos de tratamento, cuidados de saúde e reabilitação da doença mental, em que a ideia central era a de os cuidados prestados em instituições psiquiátricas serem o último recurso, em que só se recorria às mesmas quando todas as outras possibilidades de tratamento tivessem falhado e neste caso, a permanência no hospital devia ser o mais breve possível, com recurso a curtas re-hospitalizações, no caso de os doentes não poderem manter-se em tratamento ambulatorio ou em Hospital de Dia (Oliveira, 1998: 48).

Em 17 de Dezembro de 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou princípios destinados à protecção de pessoas afectadas por doença mental, em que reconhecia direitos e liberdades fundamentais como o de acesso aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, à humanidade do tratamento e ao respeito pela inerente dignidade da pessoa humana, o de protecção contra exploração económica, sexual ou outra qualquer forma de exploração física e contra quaisquer abusos ou tratamentos degradantes, bem como à não discriminação e, conseqüentemente, ao reconhecimento de direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, atribuídos por instrumentos internacionais e, nos casos de incapacidade de exercício, do direito de defesa e de recorrer perante um tribunal (Cunha Rodrigues, 2000: 27).

Posteriormente, em 1994, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa voltou a aprovar Recomendações sobre psiquiatria e direitos do homem (Recomendações nºs 1235 e 1029), em que argumenta com a inexistência de um estudo sistemático sobre legislação e prática psiquiátrica e com o início de trabalhos de reforma em vários países membros para convidar o Comité de Ministros e os governos a adoptar uma nova recomendação e legislação inspiradas num conjunto de princípios relativos a internamento não voluntário, a tratamento, a problemas e abusos em psiquiatria e à situação de pessoas detidas.

Foram ainda elaborados outros documentos com a intenção de desenvolver e aperfeiçoar os critérios e princípios reguladores do internamento involuntário, em que o objectivo principal era a protecção do doente e a valorização da sua liberdade individual.

Com os progressos actuais, a medicina da pessoa consiste na aplicação integrada e coordenada dos conhecimentos científicos, somáticos, psicológicos e sociológicos, ao indivíduo doente.

Passaram mais de 2000 anos, em que nasceram e morreram civilizações e nestas convulsões a psiquiatria, o ramo mais atrasado da medicina, foi rejeitado com frequência, do campo das ciências empíricas²¹, para o das ciências do espírito (Polónio, 1978: 25).

3.7 Movimentos de Contestação

Nos anos 50 do século XX surgem movimentos de contestação ao modelo asilar que podemos agrupar em quatro: psiquiatria institucional, psiquiatria de sector, psiquiatria comunitária e antipsiquiatria.

Influenciados pelas ideias marxistas e apoiados em estudos sociológicos, epidemiológicos e demográficos, estes movimentos mostram preocupação com os direitos humanos dos doentes mentais, apontam a ausência de distribuição demográfica dos serviços de saúde mental, desmascaram a politização da doença mental e criticam o controlo e despersonalização operada nos asilos.

Quanto aos movimentos emergentes, os mesmos visam esclarecer o papel dos factores socioeconómicos na génese e desenvolvimento das doenças mentais, extinguir ou reformar os hospitais e encontrar instituições com vocação verdadeiramente terapêutica.

No campo da psiquiatria infantil há uma preocupação em tornar o ambiente hospitalar mais agradável e os pediatras começam a apontar as desvantagens e prejuízos do internamento das crianças, a necessidade de se humanizarem os hospitais e se cuidarem das necessidades emocionais das crianças.

A psiquiatria institucional surge após a Segunda Guerra Mundial, com Tasquelles e J. Onry. Com base na filosofia marxista e na Psicanálise criticaram os hospitais existentes por se aproximarem mais de prisões do que de instituições de tratamento, e advogaram a passagem da função repressiva e carcerária ao tratamento (Santos, 2001 apud Moreira e Melo, 2005: 53). Com isto, a psiquiatria institucional pretende reformar os hospitais e não extingui-los.

As ideias de Tasquelles e J. Onry podem ser sistematizadas em três propostas: a liberdade de circulação, a abolição do funcionamento hierárquico das instituições e a reciprocidade das relações entre terapeutas, funcionários e doentes (Moreira e Melo, 2005: 53).

²¹ Ciências da natureza.

No que toca à psiquiatria de sector, da qual se destaca de entre os seus fundadores, Lucie Bonnafé, o objectivo era extinguir o sistema asilar. Ou seja, defendiam a passagem do centro de actividade do hospital para a comunidade, para o contexto natural onde os problemas ocorrem, sendo que o hospital era um local transitório de atendimento ao doente mental em momentos de crise.

Pela psiquiatria de sector era ainda defendida a divisão geográfica do território em áreas/sectores que disponham de uma equipa de saúde multidisciplinar (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) e de instituições vocacionadas ao tratamento, prevenção, reabilitação e reinserção dos doentes mentais (hospitais, centros de saúde mental, lares) que tinham como fim último a democratização dos serviços mediante o tratamento sem exclusão social, familiar ou profissional, com o intuito da reabilitação e ressocialização (Moreira e Melo, 2005: 54).

A psiquiatria comunitária surgiu com o clima social e político dos anos 60 do século XX, que sustentou a mudança da doença mental das estruturas tradicionais para a comunidade.

A principal crítica da psiquiatria comunitária é a distribuição dos recursos existentes na saúde mental e a eficácia da psicoterapia, a qual foi um ponto de partida para uma reavaliação dos problemas económicos e humanos da doença mental, da qual resultou a introdução da diversidade e multiplicidade de instituições, serviços e estratégias de intervenção.

Nos anos 60, surgiu uma corrente de opinião, da qual as figuras mais representativas são os psiquiatras ingleses Ronald Laing e David Cooper, designada de antipsiquiatria, que questionava o conceito de doença mental, a prática terapêutica que lhe tem estado ligada, as relações técnicos/doentes subjacentes e as estruturas de assistência psiquiátrica.

A antipsiquiatria não é um movimento homogéneo e bem estruturado, mas antes “*a expressão de várias vozes que se elevaram contra o escândalo da condição social reservada ao «doente mental»*” (Fleming, 1976: 71).

O movimento antipsiquiátrico está convencido que os loucos não existem, que não passam de alienados forçados pela sociedade a que pertencem à segregação e internamento nos hospitais psiquiátricos.

Na perspectiva antipsiquiátrica, a loucura “*é considerada como uma crise durante a qual o indivíduo tenta libertar-se de imposições contraditórias. Trata-se de um comportamento, nem absurdo nem insensato, que o indivíduo adota quando se encontra numa situação conflituosa da qual não consegue sair senão ou adoptando um disfarce (que pode ser o delírio) ou fechando-se sobre si próprio*” (Fleming, 1976: 87).

O mérito do movimento antipsiquiátrico foi o de trazer vigorosamente à consciência social a intensidade do sofrimento psiquiátrico, o seu agravamento pela alienação e rejeição social a que é votado – a necessidade imperiosa de humanizar os métodos de tratamento. O movimento antipsiquiátrico tem promovido intensa campanha de reestruturação das instituições para tratamento.

Thomas Szaz, psiquiatra americano e um dos maiores fundadores do movimento antipsiquiátrico, no seu livro *The myth of mental illness* (O mito da saúde mental) afirma que o conceito de doença mental surgiu no momento em que a família, a religião e o direito penal perderam seu poder coercitivo sobre o indivíduo (O mito da doença mental, Rio de Janeiro, Zahar, 1979, apud Benedicto Silva, 1987: 57).

Szaz nega a histeria e a esquizofrenia como doenças, considerando-as um pancresto, noção que supõe explicar tudo mas que não explica nada e apenas dificulta o exame crítico e o progresso do conhecimento. A solução proposta por Szaz, em face da rápida evolução social, verdadeira causa da doença, é a de aprender a aprender (Polónio, 1978: 26/7).

A psiquiatria, afirma Szaz, é uma especialidade médica, dedicada ao estudo e tratamento das doenças mentais, é uma pseudo ciência, tal qual a astrologia dedicada ao estudo da influência dos movimentos planetários e suas posições, sobre o homem e o seu destino (Polónio, 1978: 27).

Para Szaz doente mental é uma pessoa que sofre ou acredita que sofre de uma disfunção de órgãos, e a medicina como ciência deve-se limitar ao diagnóstico e tratamento das perturbações somáticas (Polónio, 1978: 27).

A contestação da legitimidade do conceito de doença mental deu ainda origem, nos EUA, à teoria da rotulação (labelling), segundo a qual a pessoa que os outros classificam como doente mental aceita o rótulo, incorpora-o e passa a comportar-se como tal.

3.8 Em Portugal

A loucura em Portugal começou a constituir maior problema a partir de meados do século XIX, até então os loucos encontravam-se nas ruas, nas prisões e em hospitais em condições degradantes.

Desde 1775 até 1848-50, data de abertura de Rilhafoles, no sul do país os doentes mentais eram colocados no Hospital de S. José, por ordem de autoridade administrativa.

O primeiro hospital psiquiátrico criado em Portugal foi Rilhafoles, localizado em Lisboa, em 1848, no reinado de D. Maria II e por iniciativa de um grupo de médicos. O seu primeiro director foi Francisco Martins Pulido (1815 – 1876) a que sucedeu mais tarde, em 1892, Miguel Bombarda (1850-1910), professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, que viria a dar o nome por que hoje é conhecido o antigo “Hospital de Alienados de Rilhafoles”.

Os doentes mentais foram definitivamente transferidos do Hospital de S. José para Rilhafoles em 9 de Janeiro de 1850.

A organização deste hospital tinha subjacente uma concepção dualista da doença mental: por um lado atribuía-a a causas orgânicas, como lesões cerebrais ou hereditariedade, e por outro a causas morais como a prostituição, ociosidade e vagabundagem.

Em Rilhafoles era permitido o internamento dos supostos alienados a requerimento de um particular ou por colocação oficial, da Polícia, por exemplo. Quanto ao internamento a requerimento, este tinha que ser assinado pela pessoa que solicitava a admissão, com o reconhecimento da assinatura por tabelião, e declaração do nome, idade, filiação, profissão e domicílio do alienado, e do requerente e das relações deste com o alienado, bem como ainda era necessária uma certidão de moléstia passada pelo médico, que não podia ter parentesco com o doente, e que ateste o estado de individuação e da necessidade de entrar no Hospital. Relativamente ao internamento por colocação oficial, não era necessário qualquer documento para além da ordem da Autoridade pública.

Segundo Ana Leonor Pereira (1986: 93) nos dois processos de internamento referidos, o perigo de ofender a liberdade estava contido, pois a *admissão* do sujeito suposto alienado só era *definitiva* quando o *médico-director* reconhecia estar perante um caso de loucura.

Frequentemente, o internamento começava por ser provisório, uma vez que ou faltavam os documentos ou não era claro e distinto o estado de doença, ou ainda, o caso em que o indivíduo nem parecia doente, nem vinha acompanhado da mais elementar identificação. Este internamento provisório durava 15 dias, período durante o qual o sujeito convencia (ou não) os médicos da pretendida alienação que os familiares, vizinhos ou a autoridade pública lhe atribuíam. Findo este período e quando verificada a loucura, o médico-director admitia definitivamente o alienado (Ana Leonor Pereira, 1986: 93/4).

Quanto ao regime de funcionamento no Hospital de Rilhafoles, os doentes mentais ocupavam-se pelo trabalho, pela instrução, pelo recreio, bem como pelo isolamento e o tratamento versava sobre a higiene, os meios morais, a sangria e balneoterapia.

O internamento em Rilhafoles era objecto de cuidada regulamentação, mas em 1851 surge mesmo o *Regulamento de Rilhafoles*.

No Porto, desde os finais do século XVIII que o Hospital de Santo António recebia doentes mentais, sem quaisquer formalidades legais.

Em 1883, no Porto, é inaugurado o Hospital do Conde Ferreira, por legado do benemérito Conde de Ferreira, do qual foi primeiro director António Maria de Senna (1845-1890), professor da Universidade de Coimbra, ao qual lhe sucedeu Júlio de Matos (1856-1923), professor da Escola de Medicina no Porto. Em 1911, após a saída de Júlio de Matos para o Hospital de Rilhafoles, foi nomeado director Magalhães Lemos (1855-1932), discípulo de António Maria de Senna e professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto.

Foi António Maria de Sena quem inspirou a promulgação da primeira lei especial, com características verdadeiramente nacionais, da assistência a alienados em Portugal, publicada em 4 de Julho de 1889 e conhecida como lei-Sena, em que previa a construção de novos estabelecimentos, a criação de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, que se torna-se obrigatório um exame médico-forense para todos os criminosos suspeitos de «doença mental» e a criação de um “*fundo de beneficência pública dos alienados*” (Fernandes, 1998 apud Moreira e Melo, 2005: 48).

Sena defendeu e impulsionou medidas de modernização, como o trabalho regrado como meio de tratamento, os cuidados humanos (meios brandos mas persuasivos) e a higiene e conforto (Moreira e Melo, 2005: 48).

Em 1883, Sena elabora o projecto de Regulamento do Hospital do Conde Ferreira a partir do Regulamento de Rilhafoles, tendo em conta alguns resultados negativos alcançados naquele hospital com a prática de admissão provisória por 15 dias. De acordo com a experiência, os alienistas, tanto do hospital de Rilhafoles como Sena reconheciam que o próprio manicómio gerava loucura, isto porque eles entendiam que por vezes eram internados provisoriamente sujeitos na posse plena das suas faculdades e estes colocados em situação de internamento, tornavam-se declaradamente doentes pelo facto mesmo da sequestração, prova á qual não resistiam (Ana Leonor Pereira, 1986: 94). Por tudo isto, Sena propôs que todas as admissões provisórias tivessem a duração máxima de 8 dias, julgando que desta forma era possível evitar o enlouquecimento daquele indivíduo livre que arbitrariamente fora colocado no hospital. O risco disto e que Sena conhecia eram os casos de loucura que não se revelavam em 8 dias, no entanto, o mesmo preferia correr o risco de libertar um alienado cuja loucura não foi possível verificar em 8 dias, a pôr à prova a capacidade hospitalar de «fabricar loucura» (Sena, 1883^a: 16 e segs. apud Ana Leonor Pereira, 1986: 94).

Ainda na elaboração do projecto do Regulamento, Sena limita o internamento ordenado pelos poderes públicos, em que, desde logo, a colocação oficial deixava de poder ser ordenada por qualquer autoridade pública e, segundo o artigo 31.º §2 do Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira “*Ordenam a admissão os governadores civis, o juiz de direito da comarca do alienado no caso do artigo 333.º do Código Civil, e a autoridade militar*”. Nesta senda, Sena diz que essa ordem tinha de ser motivada (Sena, 1883b: 20 apud Ana Leonor Pereira, 1986: 95) e não podia ser absoluta e categórica dado que o internamento definitivo ficava dependente do juízo dos médicos do hospital, sobretudo do parecer do *médico-director*.

Miguel Bombarda quando foi nomeado director do Hospital de Rilhafoles pôs fim a todos os meios violentos, impôs um regime de ocupação regrada e instaurou a disciplina como forma de controlar os doentes devido à falta de pessoal hospitalar. Considerava ainda que na organização do hospital deveria ter, para além da assistência, o ensino e a investigação.

Com o assassinato de Miguel Bombarda na véspera da revolução de 1910, foi Júlio de Matos quem assumiu a direcção do Hospital de Rilhafoles, na altura já com o nome de Hospital Miguel Bombarda. Em 1922, a Júlio de Matos sucedeu Sobral Cid (1877-1941).

Em Abril de 1942 foi inaugurado o Hospital Júlio de Matos, o qual marcou uma nova etapa na história da saúde mental, ao nível assistencial, terapêutico, científico e pedagógico. Foram operadas grandes transformações no tratamento dos doentes psiquiátricos, bem como nas atitudes sociais e culturais perante a doença mental. Dai em diante a “loucura” passou a ser encarada como uma doença, tal como as outras, o que levou à prática de atitudes mais humanas perante o doente mental.

Quando o hospital foi aberto tinha dois pavilhões para crianças, um para cada sexo e posteriormente, em 1945, foi organizado um serviço externo de consultas para crianças.

Aquando da abertura do hospital foi constituída uma equipa multidisciplinar com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal técnico e administrativo.

Foi sob a direcção de António Flores (1873-1957) que caíram as grades das janelas, que foram extintos os quartos de isolamento e todas as medidas repressivas. Passando a haver organização ocupacional, a qual preenchia o quotidiano terapêutico com trabalho²², recreio, desportos, actividades artísticas e lúdicas e interacção social. Na terapia ocupacional participava, para além dos doentes, todo o pessoal hospitalar, criando assim um ambiente terapêutico no qual reinavam as relações interpessoais (Moreira e Melo, 2005: 51).

Egas Moniz (1874-1955), marcou um novo progresso na psiquiatria, ciência médica empírica, com a introdução da cirurgia no tratamento das doenças psiquiátricas.

No entanto, devido ao contexto histórico envolvente de guerra e ditadura, os avanços ocorridos tanto a nível médico como humanitário da doença mental regrediram e deram lugar à gestão de carácter administrativo.

Em 1945, sob o impulso de António Flores e Barahona Fernandes, foi elaborada a Lei de Bases, lei 2006, uma Lei de Saúde Mental eminentemente médica, que delimitava a esfera do internamento em “*regime fechado*” para tratamento, do “*internamento nos asilos para anormais perigosos ou anti-sociais que carece de confirmação judicial*” (Jara, 1997^a: 96).

Esta Lei 2006, veio a ser substituída em 1963 pela Lei n.º 2.118, de 3 de Abril, a qual versava sobre aspectos organizativos dos Serviços de Saúde Mental e modalidades de internamento compulsivo.

²² Ocupações ao ar livre: horticultura, limpeza de ruas, jardinagem.

Posteriormente, e face à alteração da Constituição da República Portuguesa, de modo a permitir a restrição da liberdade por internamento compulsivo do portador de anomalia psíquica, matéria sobre a qual nos vamos debruçar em sede própria, foi aprovada a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, a qual se mantém ainda hoje em vigor.

4. Direitos Fundamentais no Internamento Compulsivo

Pelo facto de no internamento compulsivo estar em causa a restrição de direitos fundamentais, *maxime*, a liberdade, que não obstante estarmos perante portador de anomalia psíquica não deixa de ser uma pessoa, com a devida dignidade humana, implica que o tratamento de tal matéria obedeça a determinados critérios. Assim, no presente ponto iremos demonstrar o carácter excepcional do internamento compulsivo.

A excepcionalidade que caracteriza o internamento compulsivo verifica-se, essencialmente, pelo facto de que só pode ser utilizado mediante o respeito pela autorização constitucional. O legislador constitucional admite a sua utilização mas, respeitando sempre as condições por aquele impostas. Condições que tem que ser respeitadas pelas regras processuais concretizadoras do seu regime.

A regra é a protecção e salvaguarda dos direitos, liberdades e garantias. A excepção é a restrição dos direitos mas, apenas e tão só, na esteira de outros direitos fundamentais.

O carácter excepcional do internamento compulsivo resulta de um vasto leque de instrumentos jurídicos criados por diversas fontes de direito, desde o direito internacional ao direito interno, passando pelo direito europeu. Fontes que ao reforçar a protecção dos direitos fundamentais afectados com o internamento compulsivo impõem o respeito pelos princípios da proporcionalidade, adequação e necessidade. Vamos assim começar pela análise do direito internacional e europeu instituidores da protecção dos direitos fundamentais afectados com o internamento compulsivo. De seguida, quanto ao direito interno vamos abordar como este reflecte o carácter excepcional do internamento compulsivo, sendo que identificaremos e analisaremos alguns dos direitos fundamentais afectados com este e os princípios da proporcionalidade, adequação e necessidade.

4.1 O Direito Internacional e Europeu

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (doravante DUDH) prevê no seu artigo 3.º que *“todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”*, bem como consagra no artigo 12.º o princípio do respeito pela vida privada e familiar, segundo o qual *“ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação.”*. O mesmo artigo conclui dizendo que *“Contra tais intromissões ou ataques*

toda a pessoa tem direito a protecção da lei”.

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem (doravante CEDH) talvez inspirada pela DUDH, no seu artigo 5.º também protege a liberdade, prevendo que *“1. – Toda a pessoa tem direito à liberdade e segurança. Ninguém pode ser privado da sua liberdade, salvo nos casos seguintes e de acordo com o procedimento legal: (...) e) Se se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo;”*.

Os termos de liberdade e segurança neste contexto devem ser “lidos em conjunto”, enquanto formam um todo, devendo o direito à segurança ser entendido de modo estritamente associado à liberdade, enquanto contém a garantia de que o indivíduo só poderá ver a sua liberdade limitada nos casos e com as garantias que a Constituição admite (Irineu Cabral Barreto, apud Moutinho, 2010: 638).

Desta norma podem retirar-se três níveis de garantias: a primeira relativa ao processo de privação de liberdade: de acordo com o procedimento legal; a segunda, sobre a própria privação da liberdade: apenas nas situações previstas nas alíneas do n.º 1, e a terceira, inclui as relativas às pessoas que foram privadas da sua liberdade – n.ºs 2 a 5, deste artigo (Barreto, 2000: 112).

A privação da liberdade deve, antes de mais, respeitar o direito interno, conforme vamos ter oportunidade de abordar, quer do ponto de vista formal quer do substancial, com a observação pelas autoridades nacionais das regras e do processo pertinentes. Devendo por isso a privação da liberdade encontrar fundamento numa lei interna, entendida num sentido amplo do termo, lei acessível e precisa, para permitir aos interessados prever as consequências dos seus actos.

Pela violação dos direitos ou garantias inscritos na Convenção Europeia dos Direitos do Homem, uma pessoa que esteja com os direitos de qualquer modo limitados a nível interno, goza da possibilidade de apresentar em seu nome e por si uma queixa no Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH).

A privação da liberdade coloca o detido numa posição extremamente vulnerável e susceptível de dar origem a tortura ou a tratamentos desumanos ou degradantes e por isso, a CEDH, no artigo 3.º, contém tanto uma proibição universal como uma garantia absoluta: a tortura e os tratamentos desumanos e degradantes.

A CEDH, no seu artigo 8.º, n.º 1, do mesmo modo que a DUDH também dispõe que “qualquer pessoa tem direito ao respeito pela sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência”, acrescentado o n.º 2 que “não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infracções penais, a protecção da saúde ou da moral, ou a protecção dos direitos e das liberdades de terceiros”. Face ao teor deste artigo, bem como do artigo 12.º, da DUDH, podemos retirar que os Estados-Membros podem criar nos seus ordenamentos jurídicos limitações ou restrições ao direito agora em causa, mas que tais restrições apenas se mostram como admissíveis se forem proporcionais às circunstâncias do caso concreto ou aos objectivos a prosseguir.

A instituição psiquiátrica onde o doente mental se encontra internado, no entender do Dr. Pedro Correia Gonçalves (2009: 143), deve ser considerada, durante o período de internamento, como sendo o seu domicílio. Garante-se assim ao doente mental uma ampliação da sua protecção jurídica.

Quanto ao direito à inviolabilidade da correspondência, o mesmo não implica apenas que a correspondência enviada e recebida esteja a salvo de qualquer interferência ilegal ou desnecessária mas assegura igualmente o direito à comunicação que pode ser realizada de várias formas. Neste sentido, cabe aos Estados-Membros não criarem interferências desnecessárias e restritivas nas comunicações, sendo de admitir que mesmo quando falamos de portadores de anomalia psíquica não deverão existir quaisquer restrições ao nível da correspondência enviada e recebida, a não ser que, em virtude da gravidade da doença, os médicos considerem contraproducente uma liberdade total de comunicação que, a existir, poderá pôr em causa, pelo conteúdo das comunicações, a estabilidade e a segurança dos comunicantes, ou seja, tudo isto para dizermos que podem ser impostas, legalmente, restrições ao direito à correspondência destes doentes.

Quanto à correspondência que os doentes mentais internados compulsivamente mantêm com os seus advogados, devem aplicar-se as regras estabelecidas pelo TEDH, que podem resumir-se do seguinte: as autoridades da instituição psiquiátrica podem abrir a carta enviada para um advogado ou dele provinda quando existir forte motivo para crer que a mesma tem um conteúdo ilícito indetectável pelas vias normais de detecção; tal carta apenas poderá ser aberta e não lida, sendo que apenas poderá ser lida pelas autoridades da

instituição de internamento em circunstâncias excepcionais ou quando exista fundada suspeita de que o conteúdo da carta poderá pôr em causa a segurança da instituição psiquiátrica ou de terceiros ou quando se presume que o teor da mesma possa ter natureza criminal (Gonçalves, 2009: 147/8).

O Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos, no seu artigo 9.º, consagra igualmente o direito à liberdade, prevendo que *“1. Todo o indivíduo tem direito à liberdade e à segurança da sua pessoa. Ninguém pode ser objecto de prisão ou detenção arbitrária. Ninguém pode ser privado da sua liberdade a não ser por motivo e em conformidade com processos previstos na lei.”*. O Pacto assegura ainda, tal como a Convenção Europeia dos Direitos Humanos que *“Todos os indivíduos privados da sua liberdade devem ser tratados com humanidade e com respeito da dignidade inerente à pessoa humana.”*

No mesmo sentido também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia protege o direito à liberdade (art.º 6.º), bem como proíbe que alguém seja submetido a tortura, a tratos ou penas desumanas ou degradantes (art.º 4.º).

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais²³ vem ainda reforçar que *“A pessoa deficiente mental, tem, na máxima medida possível, os mesmos direitos que os demais seres humanos.”*, bem como realça que *“... tem direito à protecção contra a exploração, os maus tratos e os tratamentos degradantes.”*

Pela Declaração é admitido que *“Sempre que as pessoas deficientes mentais não possam, devido à gravidade da sua deficiência, exercer efectivamente todos os seus direitos ou caso se torne necessário restringir ou negar alguns destes direitos ou todos eles, o procedimento utilizado para tal restrição ou negação de direitos deverá conter salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso. Este procedimento deverá basear-se numa avaliação da capacidade social da pessoa deficiente mental efectuada por peritos qualificados e deverá ser sujeito a revisão periódica e ser susceptível de recurso para autoridades superiores.”*, ou seja, a própria Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais admite a restrição dos direitos dos mesmos, fazendo no entanto referência a que devem ser tomadas medidas jurídicas para salvaguardar contra eventuais abusos, dando ainda algumas medidas indicativas.

23 Proclamada pela resolução 2856 (XXVI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Dezembro de 1971. Disponível para consulta na Internet em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm>.

No sentido de proteger os direitos do homem e a sua dignidade humana relativamente às aplicações da Biologia e da Medicina surgiu a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina²⁴, que Portugal assinou em 4 de Abril de 1997, entrando em vigor a 1 de Dezembro de 2001. A qual determina que nos casos de incapacidade para consentir, especificando os casos de incapacidade mental, a pessoa em causa deverá, na medida do possível, tomar parte no processo de autorização (art.º 6, n.º 3) e que, nos casos ainda mais específicos de doença mental grave (art.º 7.º), a pessoa não pode ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objecto o tratamento dessa doença, a não ser que a ausência desse tratamento corra o risco de ser gravemente prejudicial à sua saúde, e sob reserva das condições de protecção previstas pela lei, abrangendo procedimentos de vigilância, controlo e recurso.

4.2 Direito Interno

Já o artigo 333.º, do Código Civil de Seabra previa que “*O interdito não pode ser privado da sua liberdade pessoal, nem clausurado em qualquer casa particular, ou estabelecimento de qualquer natureza, nem transportado para fora do país ou ainda da província, sem que preceda autorização judicial, sendo ouvidos o Ministério Público e o conselho de família.*”. Este artigo não se refere expressamente ao internamento compulsivo, no entanto não podemos deixar de o referir, uma vez que este já acautelava os direitos dos mais vulneráveis, neste caso o interdito, em que não podem ser sujeitos a privação da sua liberdade pessoal sem autorização de autoridade competente.

A Constituição da República Portuguesa, como lei fundamental da comunidade política, estatui no artigo 1.º que “*Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)*”. O princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana constitui a base primeira da República e a referência constitucional unificadora de todos os direitos fundamentais. Encontra-se assim na base de todos os direitos constitucionalmente consagrados.

Nesta medida, os portadores de anomalia psíquica gozam, em princípio, de todos os direitos fundamentais consagrados na Constituição, já que não perdem a sua condição humana. No entanto, reconhecendo que as pessoas nessas condições não podem gozar de

24 Disponível para consulta na Internet em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>>.

todos os direitos fundamentais da mesma maneira que a generalidade das pessoas, uma vez que tal situação impõe restrições e limitações especiais – passa a afirmar-se o *princípio-regra da titularidade dos direitos fundamentais*, considerando as *limitações necessárias* como *restrições* ou *compressões* desses direitos (Vieira de Andrade, 2000: 75).

Ao admitir-se limitações ao exercício de direitos fundamentais, aplica-se-lhes o regime jurídico das *restrições legislativas de direitos fundamentais* (art.º 18.º, da CRP), isto é, “*não se aceitam senão aquelas limitações que forem adequadas à lógica existencial ou ao bom funcionamento da instituição ou do grupo, e apenas na medida em que sejam estritamente necessárias para tal fim, e ainda só desde que não sejam desproporcionadas ou desproporcionais, ponderando o custo da limitação com o benefício desse modo alcançado para os direitos dos outros ou para os valores comunitários envolvidos.*” (Vieira de Andrade, 2000: 75).

Assim, e de acordo com o estatuído no artigo 18.º, da CRP, estas pessoas gozam de todos os direitos fundamentais, com ressalva das restrições que lhes sejam impostas por uma lei, restrições que só serão legítimas se, e na medida em que, respeitarem os princípios constitucionais da adequação, da necessidade e da proporcionalidade.

Refira-se que o artigo 71.º, n.º 1, da CRP dispõe expressamente que “*Os cidadãos portadores de deficiência (...) mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados.*”.

A restrição de direitos no internamento compulsivo é evidente, desde logo porque constitui uma privação da liberdade. Nesta medida, percebe-se que, numa sociedade livre, democrática e pluralista, o internamento compulsivo de pessoas qualificadas como portadoras de anomalia psíquica seja rodeado de especiais cuidados, para garantir que a anomalia existe efectivamente, que a privação da liberdade é o meio mais adequado e necessário para o respectivo tratamento e que não é nem se torne desproporcionada no caso concreto, e ainda que, durante o internamento, o doente é tratado com respeito pela sua individualidade e dignidade pessoal (Vieira de Andrade, 2000: 79).

Deste modo, a protecção jurídico-constitucional da dignidade e da liberdade dos portadores de anomalia psíquica exige que o internamento como restrição à liberdade, esteja previsto na Constituição, que seja decidido por entidades competentes e sujeitas a uma deontologia, no âmbito de um procedimento com garantias e sujeito a controle

judicial, que seja suficientemente regulado por lei de forma a assegurar que, nos casos concretos, se comprove adequado e se limite ao estritamente necessário para assegurar o tratamento, respeitando o princípio da proporcionalidade.

O artigo 27.º, da CRP prevê no n.º 1 que *“Todos têm direito à liberdade e à segurança”* e estabelece os casos em que alguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, desde logo no n.º 2: *“Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.”*. A este princípio o n.º 3 do mesmo artigo prevê as excepções em que dispõem que se pode proceder à *“privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos seguintes casos: h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.”*. Encontramos respeitada a regra do artigo 18.º, n.º 2, da CRP, nos termos da qual *“A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição...”*.

A liberdade que está em causa nesta norma constitucional é a liberdade física, entendida como liberdade de movimentos corpóreos, de “ir e vir”, a liberdade ambulatória ou de locomoção (Miranda e Medeiros, 2010: 638).

Para além deste requisito, a restrição dos direitos fundamentais deve ainda respeitar, quer as *condições constitucionais específicas* – o internamento há-se ser em estabelecimento terapêutico adequado e a decisão tem que ser tomada, ou pelo menos confirmada por autoridade judicial competente -, quer as restantes condições gerais de restrição de direitos, liberdades e garantias fixadas no artigo 18.º, da CRP – em especial o princípio da proporcionalidade em sentido amplo, nas suas dimensões da adequação, necessidade e proporcionalidade *stricto sensu* e o princípio do respeito pelo conteúdo essencial do direito.

A Lei de Saúde Mental em respeito pelos valores constitucionais prevê que *“Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível”* (art.º 3.º, n.º 1, al. d)) e que o internamento compulsivo só deve ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e deve findar logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa (art.º 8.º, n.º 1, da LSM).

Todo o articulado do artigo 8.º, da LSM consagra o princípio da proporcionalidade

latu sensu, nas suas dimensões da adequação, necessidade e proporcionalidade *stricto sensu* (art.º 18.º, n.º 2, da CRP). Relativamente aos n.ºs 1, 2 e 3, desta norma, que se referem tanto à decisão como à manutenção do internamento compulsivo, decorre dos mesmos que o internamento compulsivo só pode ser determinado e mantido onde se mostre meio adequado à prossecução dos seus fins, quer terapêuticos, quer de protecção de bens jurídicos, do portador de anomalia psíquica ou de terceiro, concluindo-se que não existem outros meios menos onerosos para a esfera de direitos fundamentais do portador de anomalia psíquica e esteja ainda em equilíbrio com o grau de perigo e a importância dos bens jurídicos em causa.

O n.º 4, do artigo 8.º, da LSM, ao prever que “*as restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento*” consagra o subprincípio da adequação e necessidade a propósito da *execução* do internamento compulsivo, queremos com isto dizer que apesar de o internamento compulsivo se desenvolver num contexto relacional (médico/paciente), não é por esse motivo que deixa de se reconhecer ao internado, e como regra, a *plenitude dos seus direitos fundamentais*, que só serão comprimidos ou restringidos, na medida do razoável e sempre sem privação do seu núcleo essencial, em termos de garantir a eficácia do tratamento em função do qual o internamento foi determinado e a segurança e bom funcionamento da instituição em que se encontra internado.

Concluimos assim que o internamento compulsivo é declaradamente uma restrição ao direito à liberdade, quer no vector da liberdade de deslocação, quer no vector da liberdade de decisão sobre os actos médicos que o têm por objecto. No entanto, esta restrição viabiliza a efectivação do direito à saúde, que apesar de este ser um direito económico e social e o direito à liberdade ser um direito fundamental, este pode ceder, conforme prevê o artigo 27.º da CRP, em que define as situações em que esse direito pode ser restringido. É neste sentido que o Tribunal tem obrigatoriamente que intervir, quer isto dizer que o Tribunal não se substitui aos médicos para avaliar da necessidade de tratamento dos doentes mas apenas para esclarecer quaisquer dúvidas que a visão médica possa suscitar sobre a necessidade de internamento. Assim, o Tribunal tem uma função de garantia e de legitimação social das restrições de direitos que o internamento encerra (Dantas, 2002: 152).

No sentido de o internamento compulsivo ser uma intervenção restritiva da liberdade justificada pela existência de anomalia psíquica, pronunciou-se o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, proferido em 22-06-2010²⁵.

25 Disponível para consulta na íntegra na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument>>.

5. Lei n.º 2.118, de 3 de Abril de 1963²⁶ – Lei de Saúde Mental

A Lei n.º 2.118, de 3 de Abril de 1963, consta de 41 Bases, das quais 17 versam sobre aspectos organizativos dos Serviços de Saúde Mental e 21 tratam a matéria referente às modalidades de internamento psiquiátrico. Esta Lei estabelece os princípios gerais da política e regulamenta o tratamento compulsivo dos doentes mentais, bem como estabelece os princípios orientadores para descentralização dos serviços através da criação de centros de saúde mental de orientação comunitária. Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 46102/64, de 28 de Dezembro foram sendo criados os centros de saúde de âmbito regional, em Lisboa, no Porto e em Coimbra. Em 1992, o Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de Julho e a Portaria n.º 750/92, de 1 de Agosto, determinam a extinção dos centros de saúde mental e transferem as suas atribuições para hospitais gerais, centrais e distritais, o que leva a uma contradição com o princípio orientador da organização estabelecido pela Lei n.º 2.118.

Nesta Lei estavam previstos dois tipos de internamento: o internamento em regime aberto e o internamento em regime fechado, que se distinguiam, segundo a Base XVII *“conforme sejam ou não reconhecidos ao internado as garantias normais dos admitidos em hospitais comuns, em especial o direito de saída”*.

A publicação desta Lei foi na vigência da Constituição Política da República Portuguesa de 1933, a qual conferia o direito de não ser privado da liberdade pessoal nem preso preventivamente salvo nas exceções previstas nos parágrafos 3.º e 4.º, do n.º 8, do artigo 8.º, dos quais decorre que fora dos casos de flagrante delito, a prisão em cadeia pública ou detenção em domicílio privado ou estabelecimento de alienados só poderá ser levada a efeito mediante ordem por escrito da autoridade judicial ou de outras autoridades expressamente indicadas na lei, donde constem os fundamentos objectivos da prisão ou detenção. Assim, os cidadãos podiam ser objecto de detenção em domicílio privado ou estabelecimento de alienados por ordem das autoridades expressamente indicadas na lei, sem que a Constituição definisse os pressupostos desta restrição do direito à liberdade, conferindo deste modo amplos poderes ao legislador ordinário. Esta situação veio a ser alterada com a entrada em vigor da Constituição da República de 1976, a qual previa que *“Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de uma sentença judicial condenatória, pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou aplicação judicial de medida de segurança”*.

²⁶ A qual pode ser consultada na íntegra na Internet em: <<https://dre.pt/pdfgratis/1963/04/07900.pdf>>.

A Lei n.º 2.118 vinha revelando insuficiências, nomeadamente no que respeita ao internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, desde logo, pelo facto dos tribunais de 1.ª instância se verem confrontados com pedidos de internamento em regime fechado, suportados naquele diploma e o mesmo se encontrar desconforme com o texto constitucional publicado em 1976.

Para o internamento compulsivo em regime fechado de portadores de anomalia psíquica era exigida autorização ou parecer dos Centros de Saúde Mental, a quem o internamento deveria ser dirigido. A autorização ou parecer dependia se o internamento fosse em estabelecimento oficial ou particular. No primeiro caso, tendo o Centro de Saúde Mental o pedido por justificado, autorizava e competia ao tribunal confirmar a autorização, no segundo caso, o Centro de Saúde Mental se entende-se o pedido por justificado emitia parecer e competia ao tribunal autorizar o internamento.

Esta situação conflituava directamente com normas constitucionais, como a do artigo 27.º, n.º 2²⁷, da Constituição da República Portuguesa, a qual exigia que só os tribunais poderiam decretar penas e medidas de segurança privativas da liberdade das pessoas, em consequência de sentença judicial condenatória. No entanto, o internamento compulsivo não tem a natureza de uma medida de segurança, mas sim de uma medida assistencial de natureza administrativa, desde logo porque não é pressuposto da sua imposição a existência de um estado de perigosidade. Contra este entendimento, a Secretaria de Estado da Saúde através da Circular informativa n.º 2144, da Procuradoria da República do Porto, de 19 de Julho de 1977, atribuiu ao internamento em regime fechado a natureza de medida de segurança, pronunciando-se assim no sentido de manter em vigor a Lei de Saúde Mental quanto a este ponto. Tal entendimento foi ainda subscrito pelo Acórdão da Relação do Porto n.º RP198402280002751, de 28 de Fevereiro de 1984, que no sumário dizia que *“a Constituição não pode ser interpretada no sentido de vedar o internamento compulsivo do deficiente mental ou equiparado em regime fechado em estabelecimento apropriado, quando esse internamento se mostre necessário, quer para a defesa da saúde do próprio deficiente, quer para protecção dos direitos dos outros cidadãos”*. Ainda no sentido de que a lei mantém a sua vigência, a Procuradoria-Geral da República publicou o Parecer de 24 de Agosto de 1987.

²⁷Em nenhuma das excepções a este princípio se encontra previsto o caso de doentes mentais não sujeitos a penas ou medidas de segurança.

Entendiam que o internamento compulsivo em regime fechado podia ainda ser concretizado ao abrigo do disposto no artigo 30.º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa, o qual estatui a faculdade de, por decisão judicial, prorrogar as medidas de segurança privativas (ou restritivas) da liberdade «*em caso de perigosidade baseada em grave anomalia psíquica, e na impossibilidade de terapêutica em meio aberto*» (João Vaz Rodriguez, 2001: 314).

Esta solução levou a que a jurisprudência, na extensão da aplicabilidade das medidas de segurança revela-se um conflito de competências, na medida em que a exclusividade de competência dos tribunais criminais foi colocada em crise e formou-se uma corrente jurisprudencial, que aceitou a competência dos tribunais civis perante a verificação dos requisitos de existência de grave, permanente e actual anomalia psíquica e de perigosidade individual e social, independentemente de o visado estar ou não acusado, ou condenado, pela prática de um crime. Para sustentar este entendimento, apresentavam como argumentos: o regime de competências previstos na Lei de Organização dos Tribunais Judiciais; a amplitude do conceito de medidas de segurança, por forma a incluir os estados de perigosidade social motivada por anomalia psíquica; ao facto de a Lei n.º 2.1118, na sua Base XLI, n.º 2, mandar aplicar como direito subsidiário o direito processual civil; e, de o regime de interdição prever, em relação ao tutor, o dever de *cuidar da saúde do interdito* e de praticar *com a autorização do tribunal* os actos cuja omissão possa ser desfavorável para o representado (João Vaz Rodrigues, 2001: 314/15).

Outro dos problemas levantados por aquela Lei respeita à legitimidade, concedida pelas Bases XXIII e XXIV, ao Ministério Público para agir – e em caso de urgência, também as autoridades administrativas e policiais –, por iniciativa própria, pedindo o internamento ao Centro de Saúde Mental do domicílio do internado sempre que faltar o representante legal do doente ou a pessoa com legitimidade para requerer a interdição ou ainda se estas pessoas não actuarem por negligência ou má vontade, seja ou não o doente tratado com negligência ou crueldade, com fundamento em razões graves de ordem, tranquilidade, segurança ou moralidade pública, com base na mera perigosidade social. O que levou o Ministério Público, no intento de harmonizar a sua actuação com a norma constitucional, a desencadear pedidos de internamento compulsivo de cidadãos portadores de anomalia psíquica, directamente dirigidos aos tribunais.

O que atingia o ponto crítico, ao permitir, nos casos de admissão de urgência, a intervenção isolada das autoridades de polícia e administrativas perante os

estabelecimentos de saúde, ao abrigo de qualquer controlo jurisdicional e sem validação judicial dos prazos máximos de privação de liberdade de portadores de anomalia psíquica (Mendes, 2000: 100). Bem como o facto de não haver, durante a execução da medida, um controlo efectivo pelas autoridades judiciárias.

A revisão constitucional de 1997, que se deveu, em muito, à mudança de atitude perante a doença mental e à crescente valorização dos direitos humanos e consequente expansão do movimento da bioética, veio aditar às excepções do n.º 3, do artigo 27.º, a alínea h), a qual prevê a possibilidade de restrição da liberdade por virtude de *“internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente”*.

Mesmo após a revisão constitucional, o regime definido pela Lei n.º 2.118, colide em pontos fundamentais, com a Constituição, mostrando-se em geral, desactualizado e insuficiente, nomeadamente no que diz respeito à tutela dos direitos mentais.

Esta lei foi moldada com base em fundamentos e conceitos de uma época longínqua, os quais já se mostravam ultrapassados, quer para a medicina, quer para o direito (Mota, 2000: 136). Já a Convenção Europeia dos Direitos do Homem no seu artigo 5.º, n.º 1, alínea e), admitia expressamente a privação da liberdade quando se trata de detenção legal de *“uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, e um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo”*.

6. A Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98, de 24 de Julho

O actual texto da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho resultou da produção de dois grupos de trabalho: um nomeado pelo Despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde, n.º 7/96, de 23 de Agosto²⁸, que elaborou o relatório que resultou o capítulo II²⁹ da Lei; o outro, nomeado pelo Despacho de 8 de Outubro de 1996 da Ministra da Saúde que elaborou o relatório de que resultou o seu Capítulo I³⁰ e o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro³¹, o qual regulamenta a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental.

Com base naqueles mesmos relatórios, o governo apresentou à Assembleia da República a Proposta de Lei n.º 121/VII, cuja discussão, na generalidade, se encontra publicada no Diário da Assembleia da República, I Série, n.º 47, de 12 de Março de 1998³². O Sr. Ministro da Justiça à época, Dr. José Vera Jardim, na sua intervenção diz que segundo esta proposta, a lei tem um triplo objectivo: estabelecer os grandes princípios em matéria de saúde mental; consagrar e tutelar devidamente os direitos do cidadão afectado por doença do foro psíquico; e, regular, de forma exigente, o processo de internamento que, na sua essência, se traduz numa restrição da liberdade pessoal.

No que concerne às alterações propostas, o Sr. Ministro da Justiça, diz que as mesmas levam em linha de conta, por um lado, a evolução da psiquiatria e, por outro, um conjunto de princípios de natureza jurídica que gozam de consenso no plano nacional e internacional. Quanto à evolução da psiquiatria, esteve presente a sua maior capacidade de intervenção, nomeadamente a nível terapêutico e organizativo, o que permite quer evitar o internamento, quer modalidades mais simples, mais eficazes e menos prolongadas de tratamento.

28Publicado no DR. II Série, de 9 de Setembro de 1996.

29“Do internamento compulsivo”.

30“Disposições gerais”, no qual vêm plasmados os objectivos, a protecção e promoção da saúde mental, os princípios gerais de política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental e os direitos e deveres dos utentes.

31O qual foi alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 374/99, de 18 de Setembro e 304/2009, de 22 de Outubro.

32 Disponível para consulta na Internet em: <<http://app.parlamento.pt/darpages/dardoc.aspx?doc=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c315a4a5355786c5a79394551564a4a4c305242556b6c42636e463161585a764c7a4d7577716f6c4d6a42545a584e7a77364e764a5449775447566e61584e7359585270646d4576524546534d4451334c6e426b5a673d3d&nome=DAR047.pdf>>.

No que concerne aos princípios jurídicos, de matriz constitucional, são eles também os formulados em órgãos internacionais e em outras legislações estrangeiras. Quanto aos órgãos internacionais o mesmo diz referir-se nomeadamente às Recomendações 818 (1977) – “Sobre a situação dos Doentes Mentais” -, e 1235 (1994), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, à Recomendação n.º R (83) 2 – “Protecção Jurídica das pessoas atingidas por perturbações mentais e internadas involuntariamente como doentes”, do Comité de Ministros do Conselho da Europa, à Resolução n.º 46/119, de 17 de Dezembro de 1991 – Princípios para a protecção das Pessoas com doença mental e para a melhoria dos cuidados da Saúde Mental -, da Assembleia Geral das Nações Unidas, bem como à jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem e aos princípios básicos definidos pela Organização Mundial de Saúde. Às soluções de direito comparado, designadamente, da Lei Belga, de 26 de Junho de 1990 e da Lei Francesa, de 27 de Junho de 1990; e, ainda, os princípios decorrentes da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Constituição da República Portuguesa (Mota, 2000: 138).

A Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98, de 24 de Julho é composta por dois capítulos: o primeiro enuncia os objectivos, a protecção e a promoção da saúde mental, os princípios gerais da política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental e os direitos e os deveres do utente, o segundo capítulo regulamenta o internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental (art.º 1.º).

A designação como Lei de Saúde Mental veio desde logo suscitar críticas. O Professor Doutor Adriano Vaz Serra (2000: 55) foi um desses críticos, que entendia que a mesma se deveria designar como *Lei do Internamento Compulsivo*, uma vez que o seu articulado é do internamento compulsivo que trata, no mesmo sentido José Manuel Jara (1997^a: 93), bem como Cunha Rodrigues (2000: 40) que diz: “*O que, em rigor, parece questionável é a denominação da lei como “Lei de Saúde Mental”, pela ambição que sugere, pois os princípios ligam-se mais à definição dos modelos de protecção e de tutela que a alternativas médicas, sanitárias ou sociais. Em resumo, é um diploma que consagra e regulamenta princípios de protecção e tutela de pessoas afectadas por anomalia psíquica, designadamente doença mental.*”. Num sentido oposto, o professor Doutor Vieira de Andrade (2000: 80/1) defende que a Lei de Saúde Mental “*é susceptível de uma interpretação positiva, como expressão da ideia de subsidiariedade no quadro político: a lei pretende ser a lei da saúde mental, que regula com alguma densidade [...] o*

internamento compulsivo, porque se trata de uma matéria de reserva legislativa (de direitos fundamentais) em que se exige um grau elevado de concretização, e que se limita a estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental...”, concluindo este que não se tratará “*de uma regulação deficiente da política de saúde mental, mas da assunção pelo legislador de uma ideia de autocontenção normativa, pelo que esta será uma “lei de saúde mental”, tanto quanto é uma “lei do internamento compulsivo”.* No mesmo sentido, Pedro Soares de Albergaria (2006: 10) diz que “*a LSM é numa parte reguladora – a respeito da problemática do internamento compulsivo – e noutra parte programática, limitando-se a estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental.*”, concluindo que “*dessa constatação evidente parece não poder retirar-se que a designação da lei é inadequada.*”.

Quando a Lei de Saúde Mental seja omissa devemos aplicar, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal (art.º 9.º). Da leitura da Lei mostra-se evidente que a mesma se socorre de critérios, institutos e mecanismos do direito penal e do direito processual penal. Segundo o Professor Doutor Figueiredo Dias (2000: 61) a matéria do internamento compulsivo não pertence àqueles ramos do direito mas sim ao direito administrativo e trata-se de uma *medida administrativa* integrada por um *princípio de judicialidade* (itálicos do autor). No entanto, o mesmo acrescenta que tendo em conta a tutela efectiva dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, o recurso ao direito penal e ao direito processual penal encontra-se justificado.

Fora do âmbito desta Lei fica o internamento voluntário³³, excepto se o internado voluntariamente se encontre em situação prevista nos artigos 12.º e 22.º, da LSM, os quais teremos oportunidade de desenvolver em momento posterior.

A Lei de Saúde Mental, no capítulo referente ao “Internamento Compulsivo”, nomeadamente no artigo 7.º, dá-nos conta de algumas definições, como sendo a de internamento compulsivo (al. a) e de internamento voluntário (al. b), que já tivemos oportunidade de abordar. Define ainda internando (al. c), como o portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º, ou seja, às decisões de internamento compulsivo, que abordaremos em momento próprio. A alínea d) define estabelecimento, como hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica. Por fim, define autoridades de saúde pública (al. e) e autoridades de polícia (al. f), em que as primeiras são as como tal qualificadas pela lei, ou seja, na Lei de Bases de Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e respectiva

³³ Que se encontra sujeito ao regime geral dos hospitais.

legislação complementar – Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de Abril; Quanto às segundas são os directores, oficiais, inspectores e subinspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

6.1 Natureza e competência no processo de internamento compulsivo

O processo de internamento compulsivo, bem como o processo de habeas corpus tem natureza secreta e urgente (art.º 36.º, da LSM). Quanto à natureza urgente a mesma reflecte-se ao nível do momento da prática dos factos e do regime de contagem de prazos, correndo os mesmos em férias judiciais, por força do disposto no artigo 104.º, n.º 2, do CPP, *ex vi* art.º 9.º, da LSM.

No que respeita ao carácter secreto, o mesmo tem relevância ao nível do acesso aos autos e da divulgação do seu conteúdo. Sendo que aqui se pretende proteger o direito à reserva da intimidade da vida privada e outros interesses particulares, que justificam a derrogação ou limitação acentuada do princípio da publicidade dos actos processuais.

É imperioso referirmos que o processo de internamento compulsivo, tal como o de habeas corpus se encontram isentos de custas (art.º 37.º, da LSM), pelo que os honorários dos defensores officiosos, bem como as demais despesas serão suportadas pelo Cofre Geral dos Tribunais.

O tribunal competente para tramitar o processo de internamento compulsivo, segundo o artigo 30.º, n.º 1, da LSM, é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internado. Ao fixar como competente o tribunal da área de residência do internando parece-nos que o legislador pretendeu facilitar o contacto do internado com as pessoas que lhe são próximas.

Quanto ao tribunal territorialmente competente para decidir da manutenção do internamento de urgência ou do pedido de habeas corpus, matéria que ainda vamos tratar e para a qual remetemos, os artigos 25.º, n.º 1 e 31.º, n.º 1, da LSM, respectivamente, definem, quanto à primeira que é o tribunal judicial com competência na área da admissão do internando e relativamente ao habeas corpus é o tribunal da área onde o portador de anomalia psíquica se encontrar internado.

O n.º 2, do artigo 30.º, da LSM tem a redacção que lhe foi dada pelo artigo 2.º, da Lei n.º 101/99, de 26 de Julho. Nesta norma encontra-se plasmada a competência em razão da matéria para conhecimento e decisão do internamento compulsivo. Prevendo a mesma

que “*Se na comarca da área de residência do internando o tribunal judicial for desdobrado em juízos criminais ou, na falta destes, juízos de competência especializada criminal, a competência caberá a estes.*”. No entanto, atendendo que foi aprovada uma nova organização judiciária e face à publicação da Lei n.º 62/2013, de 26 de Agosto - Lei de Organização do Sistema Judiciário, os tribunais já não têm a mesma designação, sendo actualmente o tribunal competente as Instâncias Locais, as quais podem desdobrar-se em secções criminais (art.º 81.º, da Lei n.º 62/2013, de 26 de Agosto) e serão nestas que correm termos os processos de internamento compulsivo.

6.2 Princípios gerais da política de saúde mental

Para além dos princípios gerais previstos nas Bases I e II³⁴ da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de

34^a Base I

Princípios gerais

1 - *A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.*

2 - *O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.*

3 - *A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.*

4 - *Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.*

Base II

Política de saúde

1 - *A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:*

a) *A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;*

b) *É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;*

c) *São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;*

d) *Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;*

e) *A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;*

Julho) prevê no n.º 1, do artigo 3.º, os princípios específicos da política de saúde mental, que são os seguintes:

- a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;*
- b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;*
- c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;*
- d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.*

Do teor desta norma resulta, desde logo, a opção do legislador pelo modelo comunitário³⁵, modelo internacionalmente conhecido que foi reafirmado pela OMS e pela Resolução 46/119, de 17 de Dezembro, das Nações Unidas, e que deve a sua influência à *psiquiatria de sector* e à *psiquiatria comunitária*, as quais tivemos oportunidade de explicar. O modelo comunitário caracteriza-se essencialmente pela descentralização dos serviços de prestação dos cuidados de saúde mental por forma a aproxima-los da população; pela desinstitucionalização, através da prestação dos cuidados em regime ambulatorio e em hospitais gerais, a fim de obstar os internamentos e permanência em hospitais psiquiátricos e com o objectivo mais amplo de combater a estigmatização de que

f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;

g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;

h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;

i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2 - A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.”

35Portugal, em 1985, foi um dos países que na II Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, se comprometeu a reestruturar a organização assistencial da Saúde Mental, traduzida pela evolução do modelo tradicional, baseado em hospitais psiquiátricos, para outro referenciado a serviços mais próximos das áreas de residência das populações e com integração, orgânica e funcional, no sistema geral de saúde, em particular nos cuidados primários. Este modelo é internacionalmente conhecido como comunitário. (Carvalho, 2000: 14).

os doentes mentais são alvo; e pela reintegração, na medida em que a política de saúde mental não se esgota na prevenção, cura ou controlo de patologias, mas se dirige à reinserção social, profissional e familiar do indivíduo, com a implicação em tal desiderato da família e dos poderes e colectividades locais (Albergaria, 2006: 12).

O n.º 2 desta norma prevê ainda que a “*prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação*”.

6.3 Direitos e Deveres do Utente

Os cidadãos têm direito à protecção da saúde, conforme estabelece o artigo 64.º, da Constituição da República Portuguesa, e como utentes dos serviços de saúde têm direitos e deveres, os quais constam da Base XIV³⁶, da Lei de Bases da Saúde. Aos utentes dos

36 “Base XIV

Estatuto dos utentes

1 - Os utentes têm direito a:

a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;

b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;

c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;

d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;

e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;

f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;

g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;

h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;

i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

2 - Os utentes devem:

a) Respeitar os direitos dos outros utentes;

b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;

c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;

d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;

e) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

serviços de saúde mental, são-lhe ainda reconhecidos, nos termos no disposto no n.º 1, do artigo 5.º, da Lei de Saúde Mental, os seguintes direitos:

- a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;*
- b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;*
- c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;*
- d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;*
- e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação;*
- f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;*
- g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;*
- h) Receber justa remuneração pelas actividades e pelos serviços por ele prestados;*
- i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.*

Atendendo ao conteúdo desta norma denota-se a preocupação do legislador pela exigência de consentimento informado. Este deriva directamente do princípio da autonomia.

Segundo Rui Coelho e Sónia Ramos (2005: 337) para que se possa produzir o consentimento informado, ética e legalmente previsto, é necessário que estejam presentes os seguintes requisitos: competência; exposição; compreensão; voluntariedade; e, consentimento. E estes elementos foram organizados por Beauchamp e Childress (Antunes apud Coelho e Ramos, 2005: 337), em que entendiam que eram necessários elementos essenciais ou condições prévias, elementos informativos e elementos do consentimento. Quanto aos primeiros era necessário competência para entender e decidir e voluntariedade para decidir. No que toca aos elementos informativos consistiam na exposição da informação material, a recomendação de um plano e a compreensão da exposição e recomendação. Os últimos elementos, os do consentimento, são a decisão a favor de um plano e a autorização do plano eleito.

3 - *Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.*”

Quanto à exposição da informação material não há dúvida que o médico deve revelar a informação sobre o diagnóstico, a índole, o alcance, a envergadura e possíveis consequências do tratamento, no entanto, a este princípio o Código Penal no seu artigo 157.º, prevê expressamente uma excepção, que é denominada por *privilégio terapêutico* e que permite ao médico ocultar informação ao doente quando entenda que essa revelação poria em perigo a vida do doente ou seria susceptível de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica. Quanto a esta excepção devemos ter em conta que é isso mesmo, uma excepção, e que por esse motivo deve ser evitado ao máximo esconder informação ao doente.

A Dra. Margarida Figueiredo (2001: 21) entende que ao psiquiatra compete “*informar, negociar, mostrar vantagens, esclarecer os contras e enfatizar os prós. Se as autoridades já estão presentes para socorrer-se do seu peso, comprometer o doente com os resultados da sua recusa, ao mesmo tempo que tenta preservar a relação terapêutica ameaçada pela funda discordância*”, ou seja, a de não se querer tratar. É a este nível que se levanta, desde logo, a questão sobre a capacidade de decisão, de autodeterminação do doente mental (Margarida Figueiredo, 2001: 21).

Segundo João Barreto (1992: 215) a capacidade para consentir é um conceito que se aproxima do de *capacidade civil* ou do de *imputabilidade penal*, mas não se lhes sobrepõe inteiramente. Acrescenta João Barreto (1992: 215) que, o consentimento informado assenta em “*determinados pressupostos: a informação prestada ao doente pelo médico, a possibilidade de ele formular uma escolha livre, e a competência ou capacidade para a fazer*”. Quanto a este último pressuposto pode desde logo levantar-se a dúvida se os doentes mentais têm essa capacidade. Perante tal dúvida, João Barreto (1992: 216) diz-nos que há diferentes *níveis* ou *graus de consentimento*: que o grau mais elementar é o simples assentimento passivo do doente que deixa o médico actuar sem fazer objecção; que a seguir virá o caso em que o doente tem conhecimento, nem que seja por alto, dos actos a praticar e da situação clínica que os justifica; que num nível superior, o consentimento supõe a capacidade de tratamento racional da informação, pesando as alternativas em jogo e deduzindo as suas consequências; e o grau mais elevado será aquele em que o doente apreciou, não só cognitiva como afectivamente, a situação concreta, previu e ponderou as consequências sobre si e os seus, das escolhas possíveis, e avaliou os seus próprios recursos psicológicos de adaptação. Concluindo este autor que, “*ao julgar da capacidade*

do doente para consentir, tem que se especificar qual o nível que se está a exigir” (1992: 216).

Não existem sobre este problema, padrões ou orientações oficiais.

No entanto, se o portador de anomalia psíquica grave não possuir o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento e a ausência das intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas deteriorar de forma acentuada o seu estado, de modo a criar riscos comprovados para o próprio ou para terceiros, o tribunal pode ordenar o internamento e assim suprir o consentimento, conforme estabelece a segunda parte da alínea c), da norma em análise.

O consentimento pode assim ser suprido quer quando estamos perante internamento compulsivo, quer perante situações de urgência. No que toca ao internamento compulsivo, deve entender-se que se aplica quer estejamos perante internamento em cumprimento de decisão nos termos do disposto nos artigos 20.º a 27.º, da Lei de Saúde Mental, quer seja perante internamento compulsivo de urgência, ao qual aludem os artigos 22.º a 26.º do mesmo diploma. No que se refere a situações de urgência, são as que ocorrem quando o doente não é conduzido compulsivamente à urgência psiquiátrica ou durante internamento voluntário, desde que o doente não tenha recusado submeter-se a tratamento (porque neste caso se se mostrarem preenchidos os requisitos, passa a internamento compulsivo – artigo 12.º, da LSM) e ainda nas situações de decurso de consulta em tratamento ambulatorio.

Cristina Albuquerque e Emília Albuquerque (1992: 80/1) entendem que mesmo nos casos de recusa expressa de tratamento/internamento, o médico não se deve demitir de informar o doente, tanto quanto possível, sobre o plano de tratamento e alternativas ao mesmo, no sentido de lhe fornecer informações suficientes em relação à decisão a tomar, tentando assim contornar a deficiência da vontade do doente. Uma vez que não é raro, que o doente que recusa um determinado tratamento por conhecimento dos seus efeitos secundários, aceite um outro alternativo e igualmente eficaz.

Cumpre-nos abordar aqui a situação em que o médico (ou qualquer outra pessoa) que fora do âmbito desta Lei, efective o internamento não consentido de doente, desde que este doente seja maior de idade e não esteja sujeito a nenhuma medida judicial de incapacitação ou interdição, poderá assim aquele estar a cometer o crime de sequestro, previsto no artigo 158.º, do Código Penal, na medida em que priva o doente da liberdade.

A electroconvulsivoterapia ou electrochoque, também conhecida por ECT ou EC, que consiste em sujeitar o doente a um choque eléctrico nas regiões bitemporais para provocar uma convulsão, o que se tem revelado eficaz sobretudo no tratamento de depressões graves resistentes a psicofármacos, bem como nos quadros catatónicos agudos (Albergaria, 2006: 16), mas a que é atribuído o risco de produção de efeitos secundários, designadamente o risco de verificação de algumas doenças: como tumores cerebrais ou outros distúrbios mentais orgânicos, enfarte de miocárdio e outras graves afecções circulatórias, bem como, ao nível psíquico: perturbações amnésicas e distúrbios neuróticos (Gomes [et al] apud Latas e Vieira, 2004: 40). Esta terapia, com o seu carácter invasivo e apesar dos riscos que comporta, é utilizada nos dias de hoje, sendo administrada conjuntamente com anestésicos, desde que observadas rigorosas regras de segurança e respeitando a dignidade do paciente, daí que a alínea d) exige o consentimento escrito do paciente, por si, ou por legal representante “*quando o doente seja menor de 14 anos ou não possuam os discernimentos necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento*” (art.º 5.º, n.º 3, da LSM).

A alínea b) vem afirmar o direito à protecção da saúde com respeito pela privacidade da vida pessoal e familiar do doente, privacidade na prestação de actos médicos, respeito pela sua vontade e, em geral, pela sua dignidade enquanto ser humano, direito este já consagrado na Constituição da República Portuguesa.

A participação de utentes dos serviços de saúde mental em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação carece de aceitação (al. e), encontrando-se estas matérias reguladas em legislação própria.

As alíneas f), g) e h), bem mais uma vez reconhecer o principio do respeito pela dignidade humana do utente, na medida em que determinam que devem ser observadas condições de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade, bem como o direito de comunicar com o exterior e de ser visitado por familiares, na medida em que o utente não seja de modo algum prejudicado e de acordo com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços de saúde. É ainda assegurado ao utente uma justa remuneração por eventuais actividades e serviços prestados.

O direito de reclamar e fazer queixa, previsto na alínea i), já se encontra acolhido na alínea g), n.º 1, na Base XIV para os utentes dos serviços de saúde em geral, pelo que a Lei de Saúde Mental apenas vem reforçar.

A realização de intervenções psicocirúrgicas em utentes dos serviços de saúde mental exige, para além do prévio consentimento escrito, do parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

A psicocirurgia é um tratamento usado em determinadas patologias psiquiátricas graves através de uma cirurgia realizada ao cérebro. Esta cirurgia funcional tenta o restabelecimento de um equilíbrio ou função alterada e a sua finalidade não é a supressão da patologia mas apenas aliviar, tanto quanto possível, a sintomatologia. Este tratamento é indicado a doentes com patologia obsessivo-compulsiva muito grave e invalidante e em doentes epiléticos, nos quais o tratamento com psicofármacos se demonstrou ineficaz (Coelho e Ramos, 2005: 335/6). No entanto, as intervenções psicocirúrgicas podem afectar de modo profundo e irreversível a personalidade do paciente, pelo que já o Comité de Ministros do Conselho da Europa havia exigido algumas cautelas, nomeadamente na Recomendação n.º R (83) 2 (art.º 5.º, n.º 2) e na Recomendação n.º R 1235 (ponto 7, ii, al. b).

Para a realização de intervenções psicocirúrgicas o legislador não prevê que o consentimento possa ser suprido pelos representantes legais mesmo nos casos em que estamos perante menores de 14 anos.

6.4 Direitos e Deveres processuais do internando

O artigo 10.º, da Lei de Saúde Mental vem estabelecer os direitos e deveres processuais do internando. Entendendo-se por internando, nos termos da alínea c), do artigo 7.º, do mesmo diploma legal, aquele que é portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º, ou seja, às decisões de internamento compulsivo.

Como internando goza, em especial, dos direito de:

- a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;*
- b) Estar presente aos actos processuais que directamente lhe disserem respeito, excepto se o seu estado de saúde o impedir;*
- c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afecte, excepto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável;*
- d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os actos processuais em que participar e ainda nos actos processuais que directamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;*
- e) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.*

Esta norma define o essencial do estatuto processual do doente sujeito a internamento compulsivo, que se assemelha com o estatuto do arguido em processo penal (vd. art.º 61.º, do CPP).

No internamento compulsivo ordinário (vd. art.ºs 12.º ss. da LSM)), o qual vamos abordar em momento posterior, o portador de anomalia psíquica adquire o estatuto de internando com o início do processo judicial, o que ocorre com o recebimento do requerimento inicial pelo juiz, devendo nesse momento o doente ser informado, conforme prevê alínea a), dos direitos e deveres processuais que lhe assistem (vd. art.º 15.º, n.º 1, da LSM).

Quanto estamos perante internamento compulsivo de urgência (art.ºs 22.º ss. da LSM), o qual também vamos abordar em momento posterior, a informação sobre os direitos e deveres que lhe assistem só é comunicada ao internando, sempre que possível, após a decisão de manutenção do internamento (art.º 26.º, n.º 4, da LSM). Quando neste momento não seja possível notificar o internando dos direitos e deveres que lhe assistem, deve o mesmo ser notificado nos termos do n.º 1, do artigo 15.º, *ex vi* do artigo 27.º, n.º 2, da Lei de Saúde Mental.

O direito do internando a estar presente nos actos processuais que directamente lhe digam respeito (al. b) parece-nos que pretende acautelar o princípio do contraditório, o qual também já se encontra acutelado na alínea c), garantindo-lhe a imediação com a prova e com o juiz, uma vez que, dada à ressalva da segunda parte da alínea b) - “*excepto se o seu estado de saúde o impedir*”, o legislador não pretende apenas que o doente se encontre de corpo presente, mas que o estado de saúde do internando lhe permita acompanhar os actos processuais, compreendendo o seu sentido e alcance.

O princípio do contraditório está expressamente consagrado na alínea c), em que confere “*genericamente ao internando o chamado direito de audiência, que se traduz na oportunidade que lhe é dada de influir no decurso do processo, a todo o tempo, através da sua audiência pelo tribunal*” (Latas e Vieira, 2004: 71). Também quanto a este direito o legislador deixou ressalvadas as situações em que o estado de saúde do internando torne a sua audiência inútil ou inviável.

Ao internando é-lhe assegurado o direito a ser assistido por defensor (al. d), podendo este lhe ser nomeado ou ser o internando a constituir mandatário, sendo que o advogado deve estar presente em todos os actos processuais em que o internando

participar, bem como nos actos processuais que directamente lhe digam respeito e em que o internando não esteja presente, como ocorre por exemplo em sessões conjuntas em que o estado de saúde do internando o impede de estar presente.

O direito a oferecer provas e a requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias (al. e) é mais um direito próprio do estatuto de um sujeito processual, em que o internando poderá indicar testemunhas ou juntar documentos, o que podemos dizer, segundo a nossa experiência profissional, regra geral, não ocorre. O juiz pode desde logo, caso entenda desnecessária a prova requerida, inferir a produção dela, com a devida fundamentação (vd. art.º 16.º, da LSM).

Para além dos direitos o internando tem ainda o especial dever de se submeter a avaliação clínico-psiquiátrica, quer nos casos de internamento ordinário (art.º 17, da LSM), quer no início do procedimento do internamento de urgência (art.º 24.º, da LSM) ou ainda antes de ser proferida a decisão final a que se reporta o artigo 27.º, da LSM.

Tem ainda o internando o dever de se submeter à assistência médica prestada aquando da condução de urgência prestada nos termos dos artigos 21.º e 24.º, parte final, da LSM. Parece-nos que o legislador veio reforçar a parte final da alínea c), do n.º 1, do artigo 5.º, da LSM, em que nas situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros, encontra-se dispensado o consentimento informado do internando ou de legal representante.

Ao internando é ainda lhe imposto o dever de se sujeitar às medidas necessárias, para ser submetido à avaliação clínica enquanto diligência probatória obrigatória (art.º 17.º, n.º 3, da LSM), à condução para prestação de assistência médica de urgência (art.ºs 23.º e 24.º, da LSM), bem como à sua condução para tornar efectivo o internamento judicialmente decidido, nos termos do artigo 21.º, da LSM.

6.5 Direitos e Deveres do internado

Ao internado compulsivamente, em cumprimento de decisão judicial em processo para internamento compulsivo, seja ela definitiva (art.ºs 20.º e 27.º, da LSM) ou provisória-cautelar (art.º 26.º, n.º 2, da LSM), são-lhe reconhecidos, para além dos direitos dos internados nos hospitais gerais, que se encontram consagrados no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968), desde que não ponham em causa a

natureza do internamento compulsivo, alguns direitos em especial, os quais se encontram previstos no n.º 2, do artigo 11.º, da LSM e que passamos a reproduzir:

- a) *Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;*
- b) *Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;*
- c) *Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;*
- d) *Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;*
- e) *Votar, nos termos da lei;*
- f) *Enviar e receber correspondência;*
- g) *Comunicar com a comissão prevista no artigo 38.º*

Cumpre-nos desde já esclarecer que relativamente aos conceitos de internando e internado, os mesmos não se excluem mutuamente, verificando-se nalguns casos a cumulação dos dois, como é exemplo o internamento de urgência (art.º 26.º, n.º 2, da LSM), em que se encontra a aguardar decisão definitiva (art.ºs 20.º e 27.º, da LSM). Nestes casos aplica-se simultaneamente as disposições dos artigos 10.º e 11.º, da LSM.

Quanto ao direito do internado a ser informado e sempre que necessário esclarecido sobre os direitos que lhe assistem (al. a) parece-nos que o legislador pretendeu acautelar o respeito pela dignidade humana, devendo ao doente mental ser prestadas as informações de acordo com a sua diferenciação intelectual e cultural, bem como de acordo com o seu estado de saúde e capacidade de compreensão. É de relevante interesse informar do plano terapêutico ao internado, para que este, eventualmente, possa aceitar o internamento e assim passar a internado voluntariamente (art.º 19.º, n.º 3, da LSM), ou que aceite o plano de tratamento em regime ambulatorio, dando assim lugar à substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo em regime ambulatorio (art.º 33.º, da LSM) e cumprindo desde modo o princípio da subsidiariedade do internamento (art.º 8.º, n.ºs 1, 3 e 4, da LSM).

Cabe ainda ao internado compulsivamente o direito a ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade (al. b), o que parece-nos ser um desenvolvimento ou aprofundamento do direito reconhecido no artigo 5.º, n.º 2, da CEDH, que nos diz que *“Qualquer pessoa presa deve ser informada, no mais curto prazo e em língua que compreenda, das razões da sua prisão...”*, disposição esta que o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem considerou aplicável aos *doentes mentais internados fora de um contexto penal* (Latas e Vieira, 2004: 75/6).

Para assegurar a efectiva compreensão ou possibilidade de efectiva compreensão, pelo doente das razões do internamento que lhe é imposto com carácter definitivo ou provisório, pode requerer um esclarecimento acrescido por parte do tribunal, nomeadamente aquando da leitura da decisão sobre o internamento, nos termos do n.º 3, do artigo 20.º, da LSM, quer por parte dos próprios médicos (Latas e Vieira, 2004: 76), que segundo Irineu Cabral Barreto (2000: 115), a Comissão Europeia dos Direitos do Homem conclui interpretando a exigência contida no artigo 5.º, n.º 2, da CEDH, como que *são os médicos os melhores colocados para prestar a informação e que esta informação deve ser levada a cabo logo que entrem em contacto com o doente, pelo menos à sua chegada ao estabelecimento hospitalar.*

Ao internado é-lhe assegurado o direito a ser assistido por advogado (al. c), podendo o mesmo ser constituído ou no caso de não ter constituído será nomeado um defensor oficioso, o qual se mantém até à cessação do internamento. Deve o advogado prestar-lhe toda a assistência necessária ao exercício dos seus direitos e pode o internado comunicar em privado com aquele, o que deverá ceder quando razões de segurança o impuserem. Temos a referir que nem todas as legislações da União Europeia prevêem que o internado compulsivamente possa ser apoiado por um advogado ou outro profissional como um assistente social, é exemplo disto a Espanha e a França.

O direito a recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha (al. d) é outro dos direitos reconhecidos ao internado, quer na Lei portuguesa, quer nas leis de todos os estados-membros da União Europeia. Este direito tanto abrange a decisão de internamento definitivo (art.ºs 20.º e 27.º, n.º 3, da LSM), como a decisão de manutenção do internamento de urgência, nos termos do n.º 3, do artigo 26.º, da LSM e ainda a decisão de manutenção do internamento no âmbito da revisão a que se refere o artigo 35.º, da LSM.

Quanto à recorribilidade das decisões pode ver-se o artigo 32.º, da LSM, o qual vamos analisar em sede própria, nomeadamente quanto à legitimidade e ao seu efeito.

Pela Lei de Saúde Mental é reconhecido ao internado compulsivamente o direito a votar (al. e), direito este que já vem estabelecido em alguns textos internacionais como é o caso da Recomendação n.º 818 (1977)³⁷ no ponto 13, V e na Resolução n.º 46/119³⁸, no

³⁷ Disponível para consulta na Internet em: <<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta77/EREC818.htm>>.

³⁸ Disponível para consulta na Internet em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm>.

princípio 1.º, n.º 5. No entanto, as leis eleitorais portuguesas negam o direito a votar aos portadores de anomalia psíquica que hajam sido declarados interditos por decisão transitada em julgado ou àqueles que sejam notoriamente reconhecidos como dementes, quando internados em hospital psiquiátrico ou como tal declarados por uma junta de três médicos (a título de exemplo pode se ver: art.º 2.º, n.º 1, als. a) e b), da Lei Eleitoral para a Assembleia da República³⁹, art.º 3.º, als. a) e b), da Lei dos Órgãos das Autarquias Locais⁴⁰).

A alínea f) veio consagrar o direito do internando a enviar e receber correspondência, o que já encontrava acolhimento na Recomendação n.º 818 (1977) no ponto 13, I e na Recomendação n.º R (83) 2, no artigo 6.º, em que não devem ser impostas mais restrições à liberdade pessoal do internado para além daquelas que sejam necessárias por causa do seu estado de saúde e sucesso do tratamento.

São impostos os limites à liberdade de comunicar previstos na lei penal, que tem como finalidade proteger a liberdade de outrem.

O internado, nos termos da alínea f), goza ainda do direito de comunicar com a comissão (criada pelo art.º 38.º, da LSM) para acompanhamento da execução do disposto nos artigos 39.º a 44.º, da LSM.

O n.º 3, do artigo 11.º, da LSM impõe ao internado o dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, o que já tivemos oportunidade de ver a propósito dos tratamentos que não carecem de consentimento informado, fazendo esta norma a ressalva à realização de intervenção psicocirúrgica, a qual exige prévio consentimento escrito do doente, bem como o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

7. O processo de internamento compulsivo no âmbito da Lei de Saúde Mental

Devemos desde logo dar como assente que no processo de internamento compulsivo não há fases preliminares e fases subsequentes, com a função que as fases

39 Lei n.º 14/79, de 16 de Maio, disponível para consulta na internet em: <http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/legis_lear_2012.pdf>.

40 Lei Orgânica n.º 1/2001, de 14 de Agosto, disponível para consulta na Internet em: <http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/legis_leoal_2012.pdf>.

preliminares desempenham em processo penal, ou seja, suportar a decisão de submissão a julgamento.

A Lei de Saúde Mental não estabelece idade mínima para o internamento compulsivo, nem o mesmo se pode retirar, fazendo uma interpretação *a contrario* da alínea b), do artigo 7.º, que define o internamento voluntário, em que, como já tivemos oportunidade de abordar, nos diz que é o internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos. Pelo que, quanto aos menores devemos igualmente respeitar os princípios e normas consagrados na Lei de Saúde Mental, bem como em outros diplomas legais como a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) e a Lei Tutelar Educativa (Lei n.º 166/99, de 14 de Setembro - LTE).

Quanto às crianças com idades compreendidas entre 12 e 16 anos (art.º 1.º, da LTE), não há especiais limitações ao internamento compulsivo, para além das decorrentes da Lei de Saúde Mental, uma vez que é a Lei Tutelar Educativa, no artigo 49.º que prevê que *“1 - Quando (...) se verificar que o menor sofre de anomalia psíquica que o impede de compreender o sentido da intervenção tutelar (...). 2 - (...) O Ministério Público encaminha o menor para os serviços de saúde mental, examina a necessidade de internamento e, se for caso disso, providencia, nos termos da lei, o internamento compulsivo.”*, ou seja, perante a recusa do menor em tratar-se e/ou a oposição dos seus representantes ou a sua inércia, pode ser requerido o seu internamento compulsivo, desde que verificados os restantes requisitos previstos no artigo 12.º ou no artigo 22.º, da LSM. Este internamento cessará quando o menor passar a internamento voluntário, isto é, prestar o consentimento para o internamento, o que poderá fazer por si quando for maior de 14 anos e se mostre capaz de consentir, ou então o consentimento poderá ser prestado pelo legal representante.

Quanto às crianças de idade inferior a 12 anos, às quais não se aplica a Lei Tutelar Educativa, partilhamos da opinião de António João Latas e Fernando Vieira (2004: 96), que entendem que o legislador optou claramente por poderem aquelas ser internadas compulsivamente, nos casos a que se reporta o artigo 12.º, da LSM e nas situações contempladas no artigo 22.º - internamento de urgência, do mesmo diploma legal, quando a criança portadora de anomalia psíquica grave crie, por força dela, perigo para bens jurídicos próprios de relevante valor, nomeadamente a vida ou a integridade física e, não seja possível assegurar o necessário tratamento médico de outra forma; já no que toca a

bens alheios, e partilhando igualmente da opinião daqueles autores, parece-nos que é duvidoso poder internar compulsivamente as crianças de idade inferior a 12 anos, uma vez que estas são deixadas de fora do sistema de justiça, o que nos remete necessariamente para o regime de protecção de crianças e jovens em perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

O legislador ao regular o internamento compulsivo, segundo Figueiredo Dias (2000: 61) optou pelo *modelo judiciário*.

Conforme tivemos oportunidade de referir, a propósito da definição de internamento compulsivo, o processo para este fim tem natureza judicial. No entanto, segundo João Vaz Rodrigues (2001: 311/12) este «princípio da judicialidade» revela-se com alguma ineficácia quando aplicado na sua pureza às situações de emergência suscitadas por casos graves de perigosidade de pacientes que padeçam de doenças do foro mental, isto porque a morosidade que envolve qualquer processo de averiguação judicial da realidade não se revela adequada a casos em que a patologia determine agressividade e, em consequência, perigo para pessoas e/ou bens. Face ao exposto, João Vaz Rodrigues (2001: 312) entende que “*estas razões levam alguns autores e especialistas a defenderem dever ser arredada do regime legal que regula as intervenções em matéria de saúde mental, com maior ou menor extensão, a via judicial, louvando antes um regime terapêutico*”.

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) apesar de ter natureza judicial, dá um papel determinante à intervenção psiquiátrica, na medida em que o tribunal não pode decidir o internamento sem parecer médico que o considere adequado, bem como, não se pode substituir o internamento compulsivo por tratamento ambulatorio compulsivo sem a decisão do psiquiatra assistente (art.º 33.º), ou ainda a cessação do internamento sem alta dada pelo director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, independentemente de qualquer intervenção do tribunal (art.º 34.º), residindo assim o princípio da fundamentação clínico-psiquiátrica.

É com base no exposto que Cunha Rodrigues (2000: 42) e Pedro Soares de Albergaria (2006: 24), afirmam tratar-se de um modelo misto, bem como Vieira de Andrade (2000: 84) que diz tratar-se de um “*modelo misto de decisão médica e judicial*”. Este sistema satisfaz e ainda ultrapassa as exigências impostas pelas recomendações internacionais, como por exemplo pelo artigo 5.º, n.º 1, al. e), da CEDH e do artigo 4.º, n.º

1, da Recomendação n.º (83) 2, uma vez que estes não exigem que o internamento seja decretado por um tribunal. Ireneu Cabral Barreto (2000: 113) reforça esta ideia quando nos diz que “*A jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) não exige que a decisão judicial de internamento seja tomada por um tribunal. Basta que essa decisão emane de um órgão ou autoridade independente, ou seja, e nomeadamente, uma outra distinta daquela entidade que propõe a medida de internamento. O sistema português mostra-se a este nível mais garantístico, porquanto exige para o internamento compulsivo uma decisão judicial – arts. 7.º alínea a), e 19.º, n.º 2, da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) -, na sequência de um processo onde estão acauteladas as garantias do internando, no respeito dos princípios do contraditório e da igualdade de armas – cfr. arts. 6.º e sgs. daquela Lei.*”.

A este propósito cumpre-nos referir que há países como a Dinamarca, a Finlândia, a Irlanda, o Luxemburgo e a Suécia, em que a decisão final de internamento compulsivo é tomada por um psiquiatra ou outro profissional de saúde (Stefano & Ducci, 2008 apud Correia e Almeida, 2012: 104), ou seja, a decisão não passa sequer pelo tribunal.

O internamento dos portadores de anomalia psíquica em estabelecimento adequado pode assumir natureza compulsiva ou natureza compulsiva urgente.

7.1 Internamento de natureza compulsiva: Pressupostos

Quanto ao internamento de natureza compulsiva, segundo o Professor Vieira de Andrade (2000: 83) a gravidade determina duas modalidades: o *internamento de perigo* e o *internamento tutelar*. Quanto ao primeiro, é quando a anomalia é *causa adequada* (“por força dela”) de uma *situação de perigo* para *bens jurídicos de relevante valor* (próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial) e a pessoa se *recusa* a submeter-se a tratamento (art.º 12.º, n.º 1, da LSM), ou seja, em que por estarem em causa valores comunitários se pode ultrapassar a falta de acordo do internando. No que concerne ao internamento tutelar, a ausência de tratamento *deteriora de forma acentuada* o seu estado (já grave), *não possuindo o internando o discernimento necessário* para avaliar o sentido e o alcance do consentimento (art.º 12.º, n.º 2, da LSM), queremos com isto dizer que neste caso, independentemente da perigosidade, pretende-se defender a saúde de quem, estando em risco de ruína, não esteja em condições de se determinar pelo tratamento (todos os itálicos são do autor) – solução defendida na Recomendação n.º R (83) 2, do Comité de

Ministros do Conselho da Europa e na Resolução 46/119, da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de Dezembro de 1991.

O internamento compulsivo previsto no n.º 1, do artigo 12.º, da LSM, segundo Francisco Miller Mendes (2000: 102), com o qual com o devido respeito não concordamos, coincide com o entendimento de que este reveste, em primeira linha, a natureza de uma verdadeira medida de segurança pré delitual, residindo a perigosidade exigida no risco de cometimento de factos que possam ser qualificados como crimes, ou seja, o internamento compulsivo, enquanto medida de segurança daquela natureza, pressuporia o delito criminal situado a jusante da possível e previsível conduta do internando, em confronto com as medidas de segurança de internamento de natureza penal, impostas apenas a cidadãos portadores de anomalia psíquica, penalmente inimputáveis, após a comissão de factos susceptíveis de serem qualificados como crimes, quer a perigosidade se mostre antes, quer se manifeste posteriormente, no decurso do cumprimento da pena (Mendes, 2000: 102/3).

O internamento de perigo pode seguir os trâmites do procedimento comum (art.ºs 13 a 21.º) ou pode iniciar-se com procedimento para internamento de urgência (art.ºs 22.º a 27.º). Já o internamento tutelar apenas pode seguir os trâmites do procedimento comum (art.ºs 13.º a 21.º), uma vez que não estamos perante uma situação de perigo, conforme exige o artigo 22.º.

O internamento de perigo segundo Pedro Soares de Albergaria (2003: 41) visa a protecção de interesses essenciais à preservação da sociedade e ao livre desenvolvimento da personalidade humana, sendo este o único fundamento que o legitima.

Para que se proceda a internamento de perigo, o n.º 1 do artigo 12.º, exige que se encontrem reunidos alguns requisitos:

- que o doente seja portador de anomalia psíquica grave;
- que tenha lugar a criação de uma situação de perigo para bens jurídicos próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, de relevante valor;
- que se verifique umnexo causal entre a anomalia psíquica e a situação de perigo criada para os aludidos bens jurídicos;
- que ocorra recusa do portador de anomalia psíquica em submeter-se ao necessário tratamento médico.

Do teor desta norma, é patente a opção da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, em falar de “anomalia psíquica grave” e não de “doença mental” (Correia & Almeida, 2012: 103).

Quanto ao conceito de anomalia psíquica o Sr. Ex-Ministro da Justiça na sua intervenção, na discussão da Proposta de Lei n.º 121/VII, diz que se optou por um conceito estritamente médico, suficientemente genérico, de uso generalizado na prática médica, cobrindo um vasto leque de psicopatologias e tendo por denominador comum uma perturbação do funcionamento psíquico que requer tratamento especializado. Referindo ainda, que este é o conceito utilizado na Constituição (ex.: art.º 27.º, n.º 3, al. h), no Código Penal a propósito dos inimputáveis (ex.: art.ºs 20.º e 91.º), no Código de Processo Penal (ex.: art.º 202.º, n.º 2) e no Código Civil a propósito da interdição e da inabilitação (ex. art.ºs 138.º e 152.º).

Discordando da terminologia “anomalia psíquica” adoptada pela Lei, José Manuel Jara (1997a: 101) entende que *“a designação “anomalia psíquica” é incorrecta por vários motivos: não cobre adequadamente o campo das perturbações mentais de acordo com a especialidade médica da psiquiatria; não é a terminologia usada em legislação europeia e internacional deste foro; não é a designação utilizada na anterior legislação portuguesa, nem na lei de 1911, nem na lei de 1945, nem na lei de 1963, pois em toda a legislação faz-se a diferenciação elementar entre “doença mental” e “anomalia psíquica”; conota pejorativamente a doença psiquiátrica com “anormalidade”, “malformação” e “aberração”*”, prossegue ainda dizendo que *“... o termo é usado sem qualquer definição conceptual...”* e que *“O termo tem cabimento em legislação jurídica no sentido estrito, mas revela-se totalmente inadequado na interface entre a Medicina e o Direito. Em medicina a noção de doença é distinta da de anomalia”*.

Para Hélder Roque (2000: 124) o conceito de anomalia psíquica que surge na Lei de Saúde Mental pressupõe um estado de perturbação de consciência ou de perturbação do equilíbrio psíquico de um sujeito, tendo como base um padrão de um cidadão considerado normal, susceptível de tratamento adequado. Deve aqui ter-se em conta que não é admitido o internamento compulsivo de indivíduos cujo comportamento ou ideias se afastam daquilo que é considerado como “normal” ou “comum” numa dada sociedade ou comunidade.

Na opinião de Dias Cordeiro (2003: 204), com o qual concordamos, o mesmo entende que o conceito de anomalia psíquica é suficientemente flexível para funcionar e cabe ao psiquiatra definir se a patologia do doente se *encaixa* ou *não* no termo.

Na Lei de Saúde Mental o legislador optou por não fazer uma enumeração, nem sequer exemplificativa, do tipo de anomalias psíquicas que podem justificar o internamento compulsivo, o que a nosso ver corresponde à melhor solução, porque, apesar de uma enumeração dar maior certeza na aplicação do direito, temos que ter em conta que estamos também num campo médico e este está constante mutação, o que hoje, pela medicina, é considerado anomalia psíquica, amanhã pode já não ser, ou ainda serem incluídas outras patologias, e nestes casos teríamos que estar em constantes alterações à Lei.

A anomalia psíquica para fundamentar o internamento compulsivo tem que ser considerada grave, conceito que deve *“ser preenchido com recurso a critérios de base médica presentes nos demais elementos caracterizadores da anomalia psíquica relevante para efeitos de internamento”* (Dantas, 1998: 53).

A gravidade do caso é analisada em primeira linha pelo médico, que de acordo com a ciência psiquiátrica considera o comportamento do paciente grave ou não e só depois, jurídico. Devem os técnicos de saúde mental, após descrição do comportamento do doente, avaliar se a ciência psiquiátrica considera grave ou não. No mesmo sentido, o Acórdão do Tribunal da Relação de Évora proferido em 26-04-2005⁴¹, entendeu que *“a verificação do requisito da anomalia psíquica grave para o internamento compulsivo cabe exclusivamente à medicina, dependendo de uma avaliação clínico-psiquiátrica do internando (...)”*. No mesmo Acórdão é ainda acrescentado que o juiz não pode indeferir liminarmente o requerimento para internamento compulsivo, com fundamento em inexistência de anomalia psíquica grave por parte do internando, em que se alegue que aquele sofre de alcoolismo e que por isso tem um comportamento instável, agressivo e conflituoso, *“... pois só após a realização obrigatória da sobredita avaliação se poderá aquilatar se o internando é ou não portador de uma tal anomalia.”*

Para Cunha Rodrigues (2000: 44/5) a anomalia psíquica grave deve *“definir-se em termos técnico-científicos mas sem ligação com o critério de perigosidade. Terá uma função limitadora e restritiva, apropriada ao estado do conhecimento científico. Noutra perspectiva, a noção de gravidade obedece a um plano axiológico em que se fixam pressupostos mínimos e se recusam critérios utilitaristas de selecção e diagnóstico. Se a*

41 O qual se encontra disponível para consulta na íntegra na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/8e99d5cd4a3b1106802570ae003e7dea?OpenDocument>>.

anomalia psíquica não for grave, não há lugar a internamento compulsivo, ainda que gere situações de perigo”.

A criação de uma situação de perigo para bens jurídicos próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, de relevante valor implica a análise de duas questões: a primeira, é da apreciação *da natureza e caracterização dos bens jurídicos* que se pretendem proteger; e a segunda, é procurar o que deve entender-se pela *criação de uma situação de perigo* para esses mesmos bens, designadamente do ponto de vista da verificação do nexo causal entre a anomalia psíquica grave e o perigo que se visa prevenir (Latas e Vieira, 2004: 86).

Quanto aos bens jurídicos de relevante valor, entendemos que o artigo 12.º, da LSM se quis referir aos bens jurídico-penais, ou seja, àqueles que são efectivamente protegidos pela lei penal e ao referir-se expressamente a bens de natureza pessoal e patrimonial, pretendeu vedar a aplicação da Lei de Saúde Mental a considerações de natureza moral, política e religiosa.

A exigência de relevante valor, deverá levar à exclusão do internamento quando os bens jurídicos em causa sejam considerados menos importantes do que aqueles que são postos em causa pelo internamento compulsivo, ou seja, que não justifiquem o sacrifício destes, como por exemplo da liberdade, para protecção daqueles bens jurídicos. É neste sentido que o n.º 2, do artigo 8.º, da LSM, exige que o internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa, devendo ainda ter-se em conta os princípios da subsidiariedade e adequação acolhidos no mesmo artigo 8.º, de forma a que não se cometam excessos nesta matéria.

Quando a Lei refere expressamente a criação de uma situação de perigo, tanto pode compreender um acto isolado como uma situação com alguma permanência e estabilidade temporal.

A exigência de perigo reconduz-se ao conceito de perigosidade dos pressupostos das medidas de segurança, mais concretamente da medida de segurança de internamento, prevista nos artigos 91.º e seguintes do Código Penal. Assim, haverá perigo relevante quando exista uma probabilidade real e efectiva de que o agente, por força da anomalia psíquica venha a atentar contra os interesses protegidos. E o teor do n.º 1, do artigo 12.º, da LSM exige expressamente que *“o portador da anomalia psíquica grave (...) crie, (...), uma situação de perigo (...)”*, logo não faria sentido que o perigo se reduzisse à

potencialidade em abstracto de um determinado comportamento poder vir a ocorrer, porque nesse caso poder-se-ia dizer que o mesmo existe sempre. Podemos dizer que tal como na medida de segurança de internamento, esta potencialidade de agressão dos mencionados interesses tem base médica e encontra-se intimamente associada às especificidades das afectações do foro psiquiátrico, reconduzíveis ao conceito de anomalia psíquica (Dantas, 1998: 53). Não seria suficiente a consideração de um «perigo potencial» do ponto de vista médico, antes sendo necessário aferir processualmente, com a indagação da factualidade pertinente, da actualização e actualidade daquele perigo (Albergaria, 2003: 41).

Podemos concluir que, e utilizando as palavras de António Leones Dantas (1998: 54) *“trata-se de uma potencialidade qualificada, onde a probabilidade da ocorrência de uma determinada conduta tem um conceito real, associado intimamente àquele agente em concreto, à sua específica anomalia psíquica e aos dados da ciência médica que relacionam a agressividade aos interesses protegidos com aquele tipo de anomalia”*.

A expressão *“por força dela”* que a Lei emprega é um aspecto importante para os médicos e deve vir reflectido na avaliação clínico-psiquiátrica, uma vez que algumas vezes poderá ocorrer que alguém seja conduzido ao hospital para avaliação e que realmente ofereça perigo aos olhos de, por exemplo, uma autoridade de polícia, mas em que ou não há anomalia psíquica grave ou o dito perigo não resulta dessa anomalia.

Quanto à necessidade de verificação denexo causal entre a anomalia psíquica e a situação de perigo criada para os aludidos bens jurídicos é sempre exigível que se possa concluir que o risco é consequência adequada da anomalia psíquica grave, de modo a afastar as situações em que o perigo fique a dever-se a outros factores.

O último requisito que tem que se verificar no internamento de perigo é a recusa do portador de anomalia psíquica em submeter-se ao necessário tratamento médico, quer isto dizer que o doente portador de anomalia psíquica se opõe, de modo activo e positivo ao tratamento médico adequado, de modo a que não é possível levá-lo a efeito sem coacção sobre o doente.

Destacamos assim que o objectivo do internamento deve ser sempre o de sujeitar o doente a tratamento médico, ou seja, que independentemente da natureza e gravidade da anomalia psíquica, só nos casos em que a mesma é susceptível de tratamento psiquiátrico em internamento, é que o mesmo pode ser imposto ao internando.

No internamento de perigo não é necessário previamente averiguar da capacidade do internando para avaliar o sentido e alcance do consentimento, uma vez que esta modalidade de internamento prescinde desse elemento.

Uma vez que o internamento compulsivo priva o doente da liberdade, máxime da liberdade de circulação e movimentação, é necessário limitar e regular as condições em que se pode recorrer à força.

O internamento tutelar, a que se refere o n.º 2, do artigo 12.º, da LSM, assume a natureza de medida de protecção individual de natureza sanitária, uma vez que opera como uma forma de suprir o consentimento do doente para ser internado, por falta do respectivo discernimento, nos casos em que a falta de tratamento conduz inexoravelmente ao agravamento no seu estado de saúde.

Para que se efective o internamento tutelar devem estar preenchidos os seguintes requisitos:

- anomalia psíquica grave;
- falta de discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento;
- deterioração acentuada do estado do doente, por falta de tratamento.

No que concerne à anomalia psíquica grave, já abordamos esta questão a propósito do internamento de perigo, pelo que remetemos para as considerações aí tecidas.

Quanto à falta do discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento temos desde logo que referir que este requisito não é exigível para o internamento de perigo, bastando para aquele uma mera recusa. Neste caso, só se pode proceder a internamento compulsivo se a avaliação médica concluir que o portador de anomalia psíquica está incapacitado de ajuizar sobre o sentido e o alcance do consentimento. Podendo ser aferido pela capacidade para processar cognitivamente a informação necessária para perceber e querer uma dada intervenção terapêutica ou diagnóstica e não apenas pela incapacidade genérica para governar a sua pessoa (Vaz Rodrigues, 2001: 181).

Devemos ter aqui em conta que o internamento tutelar não tem lugar contra a manifestação de vontade do internando mas sim na ausência desta.

Só será sujeito a internamento tutelar o doente que não tiver legal representante ou, tendo-o, aquele não solicitar o internamento voluntário em seu nome e no seu interesse.

Quando falamos em deterioração acentuada parece-nos que o legislador quis abranger tanto as deteriorações agudas como as resultantes de um processo degenerativo crónico.

O artigo 12.º, da LSM, que acabamos de abordar, no entender de Pedro Correia Gonçalves (2009: 162/3) enferma de inconstitucionalidade material, uma vez que abre a porta a um vasto leque de situações em que pode ter lugar um internamento compulsivo. No mesmo sentido, Hélder Roque (2000: 129) afirma que a mesma padece de “...*flagrante e múltipla inconstitucionalidade material, por violação dos preceitos constitucionais que tutelam a salvaguarda da liberdade dos cidadãos, seja a liberdade de circulação, propriamente dita, seja a liberdade de decisão, relativamente a actos que apenas têm reflexos sobre a pessoa do próprio cidadão.*”, acrescenta este autor que a inconstitucionalidade também resulta, “...*não obstante a Nova Lei enunciar alguns princípios moderadores das potencialidades de aplicação do artigo 12.º, ao permitir-se, com base numa interpretação mais literal ou menos criteriosa da lei, que a privação da liberdade, em que se traduz o internamento compulsivo, se faça, nalguns casos, por forma a poder não observar os princípios da adequação e da proporcionalidade da reacção social, em relação a determinada situação potencial de criação de perigo de lesão de bens jurídicos, por parte do cidadão portador de anomalia psíquica.*”. Posto isto, podemos dizer que estes autores entendem que a Lei de Saúde Mental não satisfaz as exigências de densificação normativa que a Constituição da República Portuguesa estabelece para as leis restritivas de direitos, liberdades e garantias.

Opinião contrária parece ter Vieira de Andrade (2000: 84), que apesar de admitir que a Lei de Saúde Mental utiliza conceitos imprecisos na definição legal das hipóteses de internamento e questiona “*o que são anomalias psíquicas graves? Quando são causa adequada de uma situação de perigo? Quais são os bens jurídicos de relevante valor (sobretudo de autolesão)? Quando se pode afirmar que há falta de discernimento necessário? Quando se pode dizer que a ausência de tratamento é susceptível de causar deterioração acentuada do estado do internando?*” vem afirmar que “*as respostas a estas indeterminações dependem de juízos e avaliações, umas técnicas (médicas), outras de senso comum (concepções ou valores comunitários), algumas com elementos de prognose (probabilidades de conhecimentos futuros), que têm de ser realizadas nos casos concretos,*

tornando-se decisivo saber quem tem a responsabilidade pela densificação dos conceitos legais e qual o procedimento adequado para a aplicação da lei nas situações da vida". Este entendimento não é acolhido por Pedro Correia Gonçalves (2009: 163/4), e no nosso entender bem, que segundo o mesmo a Constituição da República Portuguesa ao estabelecer no artigo 18.º, n.º 3, que *"as leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto"*, não se compadece com leis que permitam a densificação conceitual *a la carte*, isto é, perante casos concretos, sendo susceptíveis de serem moldáveis às mais diversas situações, não previstas ou não queridas pelo legislador e que não nos devemos esquecer que a liberdade pessoal e a sua privação não se compadecem com imprecisões conceituais susceptíveis de permitirem interpretações menos correctas e resultados inadmissíveis num estado de direito democrático. Podemos aqui, a título de exemplo, referir a pena de prisão, que apesar de ter fins diferentes do internamento compulsivo também priva uma pessoa da liberdade. Para que esta seja aplicada tem que existir uma lei prévia, com carácter geral e abstracto, que puna determinado crime com aquela pena, ou seja, os sujeitos já sabem que ao praticar aquela conduta prevista na Lei podem ver-se privados da sua liberdade. O que nitidamente não ocorre na Lei de Saúde Mental, uma vez que o próprio juiz não sabe determinar de antemão qual é comportamento que determina a sujeição a internamento compulsivo.

7.2 Legitimidade

O artigo 13.º, da LSM prevê quem tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo, atribuindo-a desde logo ao representante legal do portador de anomalia psíquica, que podem ser os progenitores no exercício do poder paternal (art.º 124.º, do CC) ou o tutor de menor que se encontre em alguma das situações previstas no artigo 1921.º⁴², do Código Civil.

Quanto aos progenitores no exercício do poder paternal não se exige o acordo de ambos os pais, uma vez que o requerimento para internamento compulsivo não é formulado em nome do incapaz e não constitui um acto de representação do menor, de

42 Artigo 1921.º, do Código Civil *"1. O menor está obrigatoriamente sujeito a tutela:*

a) Se os pais houverem falecido;

b) Se estiverem inibidos do poder paternal quanto à regência da pessoa do filho;

c) Se estiverem há mais de seis meses impedidos de facto de exercer o poder paternal;

d) Se forem incógnitos."

suprimento da sua incapacidade, como ocorre no internamento voluntário de menor. Pelo que qualquer dos progenitores tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo.

Quando se trate de menor com idade inferior a 14 anos, em que os progenitores estejam de acordo sobre a necessidade de internamento, os mesmos não têm legitimidade para requerer o internamento compulsivo por falta de *interesse em agir*, porque face à presunção legal de incapacidade do menor para consentir, que se encontra prevista na alínea b), do artigo 7.º, da LSM e atendendo ao conteúdo do poder paternal, os mesmos podem solicitar o internamento voluntário, não sendo relevante a oposição ao internamento por parte do menor. O mesmo ocorre quando o poder paternal pertença apenas ao cônjuge que pretende o internamento do menor de 14 anos de idade, uma vez que o mesmo pode solicitar sozinho o internamento voluntário do menor. Quando há exercício conjunto do poder paternal e um dos progenitores se oponha à necessidade de internamento de menor de 14 anos, aquele que defende a necessidade de internamento pode ver esta situação ultrapassada pelo facto do n.º 1, do artigo 13.º, lhe conferir legitimidade enquanto representante legal e o progenitor que não concorda pode fazer valer o seu ponto de vista no processo quando for notificado na qualidade de *familiar mais próximo do internando que com ele conviva*, nos termos do artigo 15.º, n.º 2, que a seu tempo vamos analisar, o qual permite o contraditório entre eles.

Pode ainda requerer o internamento compulsivo qualquer pessoa com legitimidade para requerer a interdição do portador de anomalia psíquica, sendo essas pessoas, nos termos do artigo 141.º, do CC, o cônjuge do interditando, o tutor de menor não sujeito a poder paternal, nos termos do disposto no artigo 1921.º, do CC, o curador, se já tiver sido declarado inabilitado e se forem consignados na sentença declaratória da inibição poderes para o efeito (artigos 153.º, n.º 1 e 156.º, ambos do CC), qualquer parente sucessível ou o Ministério Público.

Este artigo 13.º, da LSM, bem como o artigo 141.º, do CC, não conferem legitimidade a quem viva em união de facto com o portador de anomalia psíquica para requerer o internamento ou a interdição, no entanto, a pessoa que se encontre nessa situação sempre se pode dirigir ao Ministério Público ou a autoridade de saúde pública, dando conta da existência de anomalia psíquica, sendo que os mesmos tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo.

Quanto a esta norma temos ainda que referir que o legislador não estabeleceu qualquer precedência entre as pessoas e entidades com legitimidade para requerer o

internamento, no entanto, o n.º 2, do artigo 141.º, do CC, prevê que se o interditando estiver sob o poder paternal, só tem legitimidade para requerer a interdição os progenitores que exercerem aquele poder e o Ministério Público, posto isto podemos concluir que se os parentes sucessíveis não tem legitimidade para requerer a interdição quando o menor estiver sob o poder paternal, o mesmo ocorrerá quanto a requerer o internamento compulsivo. Esta solução legal no entender de António João Latas e Fernando Vieira (2004: 99) e com a qual concordamos na íntegra, visa proteger o interesse do menor, na medida em que evita a intervenção de outros particulares quando o menor se encontra sujeito ao poder paternal, sendo certo que nos casos de inércia por parte dos progenitores, sempre tem legitimidade o Ministério Público e as autoridades de saúde pública.

Tem ainda legitimidade para requerer o internamento as autoridades de saúde pública.

Por fim o n.º 1, do artigo 13.º em análise, refere que tem legitimidade para requerer o internamento o Ministério Público, legitimidade que já lhe era conferida aquando do requerimento para interdição.

Quando algum médico verifique no exercício das suas funções, quer seja no decurso de uma consulta quer seja no âmbito de um internamento hospitalar, uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º, da LSM, tanto de internamento de perigo como de internamento tutelar, o mesmo pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente, para que esta possa vir a requerer o internamento compulsivo do doente (art.º 13.º, n.º 2, da LSM). Ao não conceder legitimidade aos médicos para requerer o internamento compulsivo o legislador pretendeu, segundo Pedro Soares de Albergaria (2006: 47), *“salvaguardar a essencial relação de confiança entre médico assistente e doente, sem porem fechar a porta a uma intervenção daquele no despoletar do processo, onde na ponderação concreta dos valores em jogo aquela relação de confiança não deva sobrepor-se, em toda a extensão, aos interesses subjacentes a um internamento compulsivo.”*. Trata-se certamente é da possibilidade justificada de afastamento do segredo a que o médico está sujeito nos termos da alínea c), do artigo 13.º, do Estatuto da Ordem dos Médicos, bem como dos artigos 85.º e seguintes do Código Deontológico dos Médicos.

A intervenção da autoridade de saúde pública não é necessária quando, o médico no exercício das suas funções se depare com situação que preencha os pressupostos do internamento compulsivo de urgência, pois nessas situações o mesmo pode decidir de

imediatamente o internamento, nos termos do disposto no artigo 25.º, n.º 1, *ex vi* do seu n.º 3, da LSM.

O n.º 3, deste artigo 13.º, confere ainda legitimidade para requerer o internamento compulsivo ao director clínico do estabelecimento onde o portador de anomalia psíquica esteja voluntariamente internado. Esta norma refere-se a situações em que no decurso do internamento voluntário de portador de anomalia psíquica, o mesmo decide deixar o internamento, apesar de o mesmo ser necessário e adequado do ponto de vista terapêutico. Nestes casos, e verificando-se os demais requisitos previstos no n.º 1, do artigo 12.º, da LSM, podem ocorrer uma de duas situações: ou o doente exige sair de imediato mas, verificando-se os pressupostos do artigo 22.º, da LSM - internamento de urgência, o mesmo pode ser mantido contra a sua vontade no estabelecimento até que seja proferida decisão judicial definitiva, nos termos do disposto nos artigos 22.º, 25.º, n.º 3 e 27.º, da LSM; ou, se não estivermos perante situação de urgência, não se lhe pode impor a permanência no estabelecimento e deve-lhe ser dada liberdade para sair. É por exemplo nesta situação que o director clínico, tal como as pessoas e entidades que acabamos de ver, têm legitimidade para requerer o internamento compulsivo.

Uma vez que a lei é omissa quanto a esta distinção, entendemos que o director clínico terá também legitimidade para requerer o internamento compulsivo quando o doente internado voluntariamente for menor ou interdito, quer nos casos em que foi o próprio a consentir, quer nas situações em que o internamento foi solicitado pelo seu representante legal e haja desacordo do próprio menor, nos casos em que é capaz de facto ou do seu representante legal, nas restantes situações.

7.3 Requerimento

O requerimento para internamento compulsivo previsto no artigo 14.º, da LSM, deve ser dirigido ao tribunal competente, deve ser formulado por escrito e não necessita de revestir quaisquer formalidades especiais. Vigora assim o princípio da informalidade, exigindo apenas que deve conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente, como sejam os pressupostos substanciais do internamento previstos no artigo 12.º, da LSM. Do requerimento deve ainda constar a identificação do requerente, bem como do internando.

Com o requerimento devem ser juntos relatórios clínico-psiquiátricos ou psicossociais relativos ao internando ou outros elementos importantes, uma vez que os

mesmos podem ser tidos em conta aquando da avaliação clínico-psiquiátrica ou de outra diligência probatória, bem como podem ser tomados em consideração pelo juiz ao tomar qualquer decisão interlocutória ou accidental e ainda na decisão final. Atendendo ao disposto no artigo 16.º, n.º 1, da LSM, e ao princípio da subsidiariedade (art.º 9.º, da LSM) parece-nos que é aplicável ao requerimento inicial o disposto no n.º 2, do artigo 287.º, do CPP⁴³, nomeadamente quando se refere à indicação das diligências que o requerente pretende que o juiz leve a cabo e dos factos que pretende demonstrar com as mesmas.

Pelo requerente deve ainda ser indicado, sempre que possível, a identificação do familiar mais próximo, uma vez que este deve ser notificado nos termos do disposto nos n.ºs 1 e 2, do artigo 15.º, da LSM, que iremos analisar.

Quanto a eventuais omissões ou irregularidades do requerimento inicial, devemos aplicar o estatuído do n.º 3, do artigo 287.º, do CPP, de acordo com o qual há indeferimento liminar do requerimento nos casos de incompetência do juiz ou por inadmissibilidade legal do internamento, sendo que devem aqui ser considerados os casos de ilegitimidade do requerente ou de impossibilidade legal de dar início ao processo, em que por exemplo, não é possível identificar o internando. A omissão de quaisquer outros elementos, ainda que possam ser relevantes e necessários, não deve levar à rejeição liminar do requerimento, mas antes ao suprimento dos elementos em falta em momento posterior, nomeadamente por indicação do tribunal nos termos do n.º 1, do artigo 16.º, da LSM.

Quando o requerimento é rejeitado liminarmente por incompetência material ou territorial do tribunal, devemos aqui aplicar o artigo 33.º, n.ºs 1 e 2, do CPP, os quais dispõem: “1 - Declarada a incompetência do tribunal, o processo é remetido para o tribunal competente, o qual anula os actos que se não teriam praticado se perante ele tivesse corrido o processo e ordena a repetição dos actos necessários para conhecer da causa. 2 - O tribunal declarado incompetente pratica os actos processuais urgentes”.

43 Artigo 287.º «Requerimento para abertura da instrução» “2 - O requerimento não está sujeito a formalidades especiais, mas deve conter, em súmula, as razões de facto e de direito de discordância relativamente à acusação ou não acusação, bem como, sempre que disso for caso, a indicação dos actos de instrução que o requerente pretende que o juiz leve a cabo, dos meios de prova que não tenham sido considerados no inquérito e dos factos que, através de uns e de outros, se espera provar, sendo ainda aplicável ao requerimento do assistente o disposto nas alíneas b) e c) do n.º 3 do artigo 283.º Não podem ser indicadas mais de 20 testemunhas.”

7.4 Trâmites processuais

Quando o requerimento inicial não for liminarmente rejeitado e nos casos em que o requerente tiver sido convidado a esclarecer ou complementar os dados indispensáveis ao prosseguimento do processo, o mesmo o tiver feito, o juiz profere despacho a ordenar a notificação pessoal do internando (art.º 15.º, n.º 1, da LSM), para que este seja informado dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, os quais já tivemos oportunidade de abordar, bem como de que foi pedido o seu internamento e quais os respectivos fundamentos, tendo esta notificação por fim o exercício do contraditório.

No caso de o internando não conhecer ou não dominar a língua portuguesa, sendo esta a língua a usar obrigatoriamente no processo, sob pena de nulidade, o juiz nomeará intérprete idóneo ao internando, nos termos do disposto no artigo 92.º, do CPP, *ex vi* do artigo 9.º, da LSM.

Ao proferir o despacho para notificar o internando, o juiz nomeia-lhe um defensor, nomeação esta que segue os termos da nomeação de defensor em processo penal e do Regime de Acesso ao Direito e aos Tribunais (Lei n.º 34/2004, de 29 de Julho), sendo que o internando pode constituir mandatário a todo o tempo e com a constituição deste cessa a intervenção do defensor nomeado.

Nomeado o defensor, deve o mesmo ser notificado, bem como o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas as dos cônjuges, para no prazo de cinco dias, requerem o que tiverem por conveniente, nomeadamente o defensor que pode pretender apresentar defesa técnica em nome e no interesse do internando (art.º 15.º, n.º 2, da LSM). Esta notificação ao defensor é ainda mais importante na eventualidade de o internando não ter capacidade de facto para compreender o alcance da notificação que lhe é efectuada.

Quando o requerente for o familiar mais próximo, deverá ser notificado o familiar seguinte. Desta forma, parece-nos que o legislador pretendeu defender os interesses do internando.

Na eventualidade de não se conseguir identificar ou localizar o familiar mais próximo do internando, o juiz não deve persistir com grandes diligências nem delongas, verificando a impossibilidade da notificação deve o processo seguir os seu termos sem a efectivação da notificação.

Nos casos em que não seja o Ministério Público a requerer o internamento compulsivo, deve ser-lhe aberta vista para no prazo de cinco dias requerer o que tiver por conveniente (art.º 15.º, n.º 3, da LSM). A vista ao Ministério Público visa dar-lhe a conhecer a existência do processo, de forma a que o mesmo possa exercer o poder-dever de fiscalização da legalidade decorrente do seu estatuto (cfr. art.º 3.º, da Lei n.º 47/86, de 15 de Outubro).

Realizadas as devidas notificações, o juiz procede a actos instrutórios em sentido estrito, quer isto dizer que o juiz determina a realização das diligências de investigação e recolha da prova que se lhe afigurem necessárias para proferir a decisão final, nos termos dos artigos 20.º e 27.º, da LSM. Podemos daqui concluir que apesar de o juiz dever ter em conta as diligências de prova requeridas pelo internando ou por qualquer outro dos intervenientes no processo, o mesmo não está vinculado à sua realização, devendo o mesmo ter controlo sobre a necessidade de limitar a produção de provas às que efectivamente são imprescindíveis para a decisão, não admitindo as que não têm a ver com os factos objecto do processo ou as que, apesar de relacionadas com aqueles não trazem nenhuma novidade ao processo que possa influenciar na decisão, bem como deve rejeitar as que são inadmissíveis ou insusceptíveis de ser obtidas.

Tem ainda o juiz nos termos do disposto no n.º 1, do artigo 16.º, da LSM, que determinar, obrigatoriamente, a realização da avaliação clínico-psiquiátrica do internando, excepto se o internamento compulsivo tiver lugar no decurso de um internamento voluntário e o requerente for o director clínico do estabelecimento, em que pode ser prescindido e o juiz designar de imediato data para a realização da sessão conjunta nos termos do artigo 18.º, da LSM, norma que iremos analisar em sede própria.

A dispensa de avaliação clínico-psiquiátrica no caso de estar anteriormente em internamento voluntário e o requerente do internamento compulsivo ser o director clínico do estabelecimento é justificada pelo facto de haver, presumivelmente, um parecer médico-psiquiátrico prévio e actualizado que conclua pela necessidade de internamento. A mesma solução valerá para o internamento compulsivo de inimputável, previsto no artigo 29.º, da LSM, que a seu tempo iremos abordar.

No despacho a ordenar a realização da avaliação clínico-psiquiátrica o juiz pode formular quesitos, quando entenda que a sua existência se revela conveniente (cfr. art.º 156.º, n.º 1, do CPP, *ex vi* art.º 9.º, da LSM), podendo os mesmos corresponder a factos e conclusões técnico-científicas determinantes para efeitos da verificação dos pressupostos

do artigo 12.º, da LSM.

A data e local da realização da avaliação clínico-psiquiátrica deve ser notificada pessoalmente ao internando, nos termos do n.º 1, do artigo 16.º, da LSM, devendo igualmente ser notificada ao seu defensor (cfr. art.º 113.º, n.º 10, do CPP, *ex vi* do art.º 9.º, da LSM).

7.5 Avaliação Clínico-psiquiátrica

Quanto à avaliação clínico-psiquiátrica a Lei consagrou, como já tivemos oportunidade de ver, o princípio da obrigatoriedade, como forma de demonstrar os pressupostos da medida de internamento compulsivo.

A avaliação clínico-psiquiátrica é obrigatória quer no internamento compulsivo em situações normais quer nas situações de urgência, não podendo o doente ser sujeito a internamento compulsivo sem que antes seja submetido ao acto médico da avaliação clínico-psiquiátrica, a qual é documentada em relatório. Nas situações de urgência o doente é submetido à avaliação clínico-psiquiátrica antes de qualquer intervenção judicial, ou seja, é o ponto de partida para qualquer tratamento do doente.

A Lei de Saúde Mental não definiu o que se deve entender por avaliação clínico-psiquiátrica, nem sobre o seu conteúdo deixando assim aos médicos a especificação dos actos que a mesma deve integrar. No entanto, e uma vez que o decretamento do internamento compulsivo depende dessa avaliação clínico-psiquiátrica a mesma deve conter um diagnóstico da situação do doente a internar e um juízo sobre a necessidade do internamento como forma de tratamento do doente. Quanto ao diagnóstico, de acordo com as regras da prática médica, conterà a especificação das bases em que assenta a conclusão sobre a existência de um problema psiquiátrico em referência ao conceito de anomalia psíquica. E a formulação do juízo sobre a necessidade de internamento será deduzida do diagnóstico feito e daquilo que são as formas de intervenção adoptadas na ciência psiquiátrica.

É necessário nas avaliações clínico-psiquiátricas transcender o diagnóstico e a terminologia médica, por forma a que os não-médicos possam compreender. Só na posse destes dados é que o tribunal poderá avaliar o grau de perigo e assim dar suporte a um internamento compulsivo.

A avaliação clínico-psiquiátrica, enquanto suporte da legitimação judiciária e comunitária do internamento e do tratamento imposto ao cidadão internado, deverá permitir conhecer as bases médicas em que assentam as conclusões: anomalia psíquica grave, perigo e necessidade de internamento.

Quanto ao juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica a Lei de Saúde Mental no seu artigo 17.º, n.º 5, determina que o mesmo está subtraído à livre apreciação do tribunal.

Desta forma, o legislador pretendeu afastar o regime da avaliação da prova pericial constante do Código de Processo Penal, nomeadamente do artigo 163.º, o qual se aplicaria por força da aplicação subsidiária do Código de Processo Penal (art.º 9, da LSM). O artigo 163.º, do Código de Processo Penal consagra um regime de prova vinculada em que permite que o aplicador se afaste do juízo técnico-científico inerente à perícia, impondo-se, um dever de fundamentação da divergência, podendo assim o juiz divergir nos casos em que tenha elementos que lhe permitam decidir em sentido contrário ao parecer dos peritos.

Para afastar esta possibilidade a Lei de Saúde Mental impôs a supremacia do parecer médico e a sua vinculatividade para o julgador. Assim, a Lei impõe ao tribunal o respeito pelo juízo técnico-científico inerente às conclusões sobre a existência de uma anomalia psíquica e sobre a perigosidade da mesma derivada.

Quando haja fundadas dúvidas sobre o sentido da avaliação clínico-psiquiátrica nas matérias que se encontrem a coberto do especial regime de valoração de prova previsto no n.º 5, do artigo 17.º, da Lei de Saúde Mental, as mesmas são resolvidas com recurso à realização de uma segunda perícia, conforme previsto na alínea b), do n.º 1, do artigo 158.º, do Código de Processo Penal. Tal perícia reveste a natureza de uma nova avaliação clínico-psiquiátrica, a qual deve seguir o regime previsto no artigo 17.º, da Lei de Saúde Mental.

A nova avaliação clínico-psiquiátrica, nos termos do disposto na alínea b), do n.º 1, do artigo 158.º, do Código de Processo Penal, poderá ser realizada sempre que *“se revelar de interesse para a descoberta da verdade”*.

O n.º 1, do artigo 17.º, da LSM prevê que a avaliação clínico-psiquiátrica seja deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, organização que se encontra prevista no Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro. A título excepcional a avaliação clínico-psiquiátrica é deferida ao serviço de

psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respectiva circunscrição (cfr. art.º 17.º, n.º 2, da LSM), cuja organização se encontra prevista no Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de Julho. Ao prever esta excepção o legislador não especificou os casos em que se pode recorrer ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal. No entender de António João Latas e Fernando Vieira (2004: 123) este *recurso* deve ficar reservado para casos de especial complexidade, nomeadamente quando surjam divergências entre psiquiatras em avaliações consecutivas ou nos casos em que o internamento se prolonga por vários períodos de 2 meses (cfr. art.º 35.º, da LSM), uma vez que ao exigir-se múltiplas avaliações, parece que é útil a intervenção de um psiquiatra absolutamente independente, exterior à instituição, isento de um qualquer *viés* clínico assistencial, o que é assegurado pela intervenção de peritos do Instituto Nacional de Medicina Legal, desde que sem a participação do médico assistente do doente.

A avaliação clínico-psiquiátrica deve ser realizada por dois psiquiatras, com eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental, num prazo de 15 dias (art.º 17.º, n.º 1, da LSM). O legislador ao prever a colaboração de outros profissionais de saúde mental não especificou a função e natureza desta colaboração, pelo que cabe aos serviços a quem está deferida a avaliação clínico-psiquiátrica decidir da sua necessidade e da forma de efectivação daquela mesma colaboração.

Quando seja previsível que o internando não vai comparecer na data designada à avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a sua presença (art.º 17.º, n.º 3, da LSM). A lei permite que seja ordenada a condução do internando independentemente da sua falta na data designada, no entanto o juiz deve fazer um juízo de prognose sobre a ausência do internando com base em elementos do processo. Nesta norma é notório o princípio da celeridade que se encontra consagrado genericamente no artigo 36.º, da LSM.

O relatório da avaliação clínico-psiquiátrica deve ser remetido ao tribunal num prazo máximo de sete dias (art.º 17.º, n.º 4, da LSM).

O processo judicial de internamento compulsivo pode terminar sem que tenha lugar a avaliação clínico-psiquiátrica, desde que não haja lugar à decisão de internar, sejam as causas do arquivamento de ordem essencialmente jurídica ou de ordem essencialmente médica, como por exemplo, o internando ter aceite o tratamento voluntário.

As leis de diversos estados-membros, como por exemplo de França, Alemanha e Itália, permitem que outros médicos sem formação específica em psiquiatria estejam envolvidos na avaliação médica inicial dos doentes mentais, não apenas em casos de urgência, mas também durante os procedimentos de internamento compulsivo normal.

7.6 Sessão conjunta

É um espaço de debate oral e contraditório dos fundamentos do internamento e visa habilitar o juiz a proferir a decisão final.

A sessão conjunta configura-se como um espaço para produção de prova que esclareça ou aprofunde a informação que já resultava do processo, para um amplo debate sobre todo o conjunto de material probatório recolhido. Não representa, tal como a audiência de discussão e julgamento em processo penal, o espaço em que se terá que produzir toda a prova que serve de fundamento à decisão final.

A prova recolhida no processo é apreciada no seu todo e não carece de uma produção integral na sessão conjunta.

Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não for dispensada, os serviços que realizaram aquela avaliação devem remeter o relatório ao tribunal (cfr. art.º 17.º, n.º 4, da LSM).

No caso de haver discordância entre os psiquiatras quanto à avaliação clínico-psiquiátrica, devem aqueles apresentar cada um o seu relatório, tendo o juiz o poder para determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos mesmos moldes que já explanamos supra (art.º 17.º, ex vi 18.º, n.º 3, da LSM).

A respeito da discordância entre os psiquiatras o legislador não definiu os critérios. No entanto, partimos desde logo do princípio que não haverá dúvidas dessa discordância quando o desacordo se manifesta a propósito dos pressupostos médicos requeridos por uma decisão de internamento, na hipótese de um psiquiatra concluir pela verificação deles e o outro pela sua inexistência. A questão já não é tão clara quando o desacordo respeita a aspectos da avaliação que só indirectamente influem ou possam influir na apreciação daqueles pressupostos, como será exemplo as questões que se prendem com a categorização de doutrina médico-psiquiátrica. Nestes casos, partilhamos da opinião de Pedro Soares de Albergaria (2006: 57), em que competirá ao juiz ter por farol os pressupostos normativos do internamento, tentando discernir em que medida o dissenso

perturba a segurança do juízo final, determinando a repetição da perícia ou pedindo esclarecimentos segundo o grau da dúvida.

No caso de se verificar discordância entre os dois psiquiatras que realizaram a segunda avaliação, parece-nos que deve tal questão ser resolvida de acordo com o princípio segundo o qual a *segunda perícia não invalida a primeira* (vd. art.º 489.º, do CPC). Com isto, queremos dizer que se no conjunto dos quatro relatórios, dois dos psiquiatras estiverem de acordo sobre a matéria em divergência e da qual depende o internamento, deverá ter-se por cumprida a exigência de parecer concordante de dois psiquiatras enquanto pressuposto da decisão de internar, como se os dois psiquiatras concordantes tivessem integrado a mesma dupla médica na avaliação clínico-psiquiátrica, uma vez que o que a Lei exige é o parecer concordante de dois psiquiatras no sentido do internamento.

Se após a renovação da avaliação clínico-psiquiátrica não coincidirem os pareceres de dois dos psiquiatras, então parece que não deve haver lugar a nova avaliação e o tribunal não poderá decidir o internamento, por falta de decisão médica favorável ao internamento (Latas e Vieira, 2004: 129).

Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, que deve ser tão próxima quanto possível, atendendo à urgência que reveste este processo (cfr. art.º 36.º, da LSM).

Devemos ter em conta que o juiz em vez de designar data para a sessão conjunta pode proferir despacho de arquivamento do processo, desde que em situações de suma evidência, conforme entende Pedro Soares de Albergaria (2006: 56), com o qual concordamos, em que seja manifesta a inverificação de pressupostos que respeitem em primeira linha ao juízo médico, ou seja, em que os peritos concluíssem peremptoriamente no seu relatório pela inexistência de qualquer substrato psicopatológico capaz de integrar uma anomalia psíquica.

Para a sessão conjunta são convocados, nos termos do disposto no artigo 18.º, da LSM, o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público, para além de que o juiz pode convocar quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares. Quanto à audição do médico assistente ou dos psiquiatras pode aqui aplicar-se subsidiariamente (art.º 9.º, da LSM) o disposto no artigo 158.º, do CPP, que diz que “*Os peritos dos estabelecimentos,*

laboratórios ou serviços oficiais são ouvidos por teleconferência a partir do seu local de trabalho, sempre que tal seja tecnicamente possível, sendo tão só necessária a notificação do dia e da hora a que se procederá a sua audição.”. Os esclarecimentos complementares podem respeitar aos resultados ou conclusões do relatório, uma vez que a avaliação é realizada sem a participação do tribunal ou de qualquer outro interveniente e a sessão conjunta é o momento próprio para pedir esclarecimentos tendentes à contestação do juízo contido no relatório ou que tenham em vista a sua aclaração ou a correcção de eventuais lapsos materiais (Latas e Vieira, 2004: 127).

O internando apesar de ser convocado não tem obrigatoriamente que comparecer, conforme decorre da interpretação *a contrario* do disposto no n.º 1, do artigo 19.º, da LSM, uma vez que a sua situação clínica nem sempre permite a sua presença na sessão conjunta, no entanto nunca pode é impedir-se a sua presença e o contacto directo deste com o juiz, desde que esteja em condições de comparecer. Para além de que o internando estará sempre representado pelo seu defensor, cuja presença é obrigatória, bem como a do Ministério Público, este pelo facto de defender a legalidade e proteger indivíduos especialmente vulneráveis (art.º 19.º, n.º 1, da LSM). No caso da diligência se realizar sem a presença de algum destes intervenientes a mesma poderá acarretar a nulidade insanável do acto (art.º 109.º, al. b) e c), do CPP, *ex vi* art.º 9.º, da LSM).

Apesar de não ser obrigatória a presença do internando, a mesma pode assegurar alguma imediação, uma vez que permite ao tribunal ter uma noção actualizada do estado, pelo menos o aparente, do internando, nomeadamente quanto ao seu discernimento e deterioração do estado de saúde e permite ao internando tomar conhecimento directo das provas e razões relevantes para a decisão a tomar pelo tribunal, bem como permite que este, pessoalmente, possa dizer ao juiz as suas razões relativamente à doença, à situação de perigo ou aos motivos da recusa ao tratamento.

Deve tomar-se como critério determinante da presença ou não do internando o parecer médico sobre a conveniência dessa presença.

A sessão conjunta só pode ser adiada por absoluta impossibilidade de ter lugar e só uma vez, aplica-se aqui subsidiariamente o disposto no artigo 300.º, do CPP.

Aberta a audiência de sessão conjunta, o juiz deve ouvir as pessoas convocadas para o acto, após o que dará a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, no caso de ter sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor do

internando (art.º 19, n.º 2, primeira parte, da LSM). Encontram-se aqui plasmados os princípios da oralidade, informalidade e do contraditório. Quando falamos da informalidade, o mesmo não significa que há total ausência de formalismo processual, desde logo, porque as ocorrências da sessão conjunta devem ser reduzidas a auto, nos termos gerais do artigo 100.º, do CPP, *ex vi* artigo 9.º, da LSM.

Findas as alegações o juiz deve proferir decisão de imediato ou quando o procedimento revestir complexidade deve fazê-lo no prazo máximo de cinco dias (art.º 19.º, n.º 2, segunda parte, da LSM).

Durante a sessão conjunta o internando que se encontre na situação prevista no n.º 1, do artigo 12.º, da LSM, pode aceitar o internamento, tal como o pode fazer em momento anterior ou posterior a esta diligência (art.º 19.º, n.º 3, da LSM). Esta questão não se coloca quando estamos perante o internamento compulsivo nos termos do n.º 2, do artigo 12.º, da LSM, pelo facto desta norma pressupor que o internando se encontra incapaz de compreender o sentido e alcance do internamento para tratamento.

O internando quando aceite o internamento e não existam razões para duvidar da aceitação, pretendendo aqui o legislador acautelar os casos em que a declaração de aceitação possa ser emitida pelo internando em erro ou com reserva mental, com o intuito de rodear a coactividade inerente ao internamento compulsivo (Latas e Vieira, 2004: 131). Nos casos em que a aceitação se deve a persuasão dos serviços médicos ou de terceiros no sentido de convencerem o internando sobre a necessidade e adequação do internamento e desde que não seja posta em causa a efectiva vontade de submissão ao internamento, não há razão para duvidar da sua aceitação.

O n.º 3, do artigo 19.º, da LSM, ao prever que o juiz, após aceitação do internamento, deve providenciar pela apresentação do internando no serviço de saúde mental mais próximo pressupõe a presença daquele na sessão conjunta. No entanto, entendemos que pode ser aceite declaração escrita do internando, sem prejuízo de no caso de subsistirem dúvidas ao tribunal, o mesmo as poder esclarecer, nomeadamente por escrito, junto do médico que acompanhe o internando.

A apresentação do internando no serviço de saúde mental mais próximo a que se refere este n.º 3, do artigo 19.º, da LSM pressupõe que o internando se encontra em tratamento compulsivo em regime ambulatorio no momento da declaração da aceitação e neste caso o tribunal deve contactar aquele serviço, ao qual cabe providenciar pela

hospitalização do doente em termos semelhantes aos estabelecidos no artigo 21.º, n.º 1, da LSM, que iremos abordar a seguir.

Aceite o internamento sem que existam razões para duvidar dessa aceitação, o juiz determina o arquivamento do processo (art.º 19.º, n.º 3, última parte, da LSM).

7.6.1. Decisão

A decisão é sempre fundamentada, a qual deve identificar a pessoa a internar e especificar *“as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento”* (art.º 20.º, da LSM). Este princípio geral já resultaria do artigo 205.º, n.º 1, da CRP.

Por força da regra geral contida no artigo 97.º, n.º 4, do CPP, *ex vi* do artigo 9.º, da LSM, devem ser especificados na decisão judicial os motivos de facto e de direito da decisão, indicação a que também se referem os artigos 307.º, n.º 1 e 374.º, n.º 2, do CPP, os quais prevêm, respectivamente, para a decisão instrutória e a sentença, em processo penal.

Vieira de Andrade (2000: 86) refere-nos que *“A circunstância de estarem em causa direitos, liberdades e garantias dos cidadãos obriga a que se interpretem os poderes do juiz em conformidade com a Constituição (...)”* o que implica *“que o juiz possa interpretar e controlar a aplicação dos conceitos legais imprecisos em tudo o que vá além do estrito “juízo técnico-científico” inerente à avaliação psiquiátrica.”* Este autor (2000: 86/7) adianta ainda *“que o juiz, no âmbito dos seus poderes de controlo da avaliação clínico-psiquiátrica, pode decidir pelo não internamento, apesar do parecer médico favorável a este, se, para além de qualquer dúvida razoável, concluir que:*

- a) a anomalia psíquica não é manifestamente grave;*
- b) a anomalia não é causa adequada de uma situação de perigo;*
- c) o internamento compulsivo não é a única forma de garantir a submissão a tratamento do internando;*
ou, na hipótese do internamento tutelar, que:
- d) não há manifestamente falta de discernimento do internando;*
- e) é improvável a prognose de deterioração grave do seu estado.”*

Conclui Viera de Andrade (2000: 87) que *“é ao próprio juiz que cabe decidir, com base na sua livre convicção, naturalmente fundamentada, se o bem jurídico eventualmente posto em perigo pelo internando é, ou não, de relevante valor para o efeito, seja em termos*

absolutos, seja no contexto da ponderação do carácter proporcionado do internamento ao bem jurídico em causa.”.

Quanto às três primeiras alíneas que acabamos de transcrever, Leones Dantas (2002: 161), sem pôr em causa que qualquer uma delas conduz efectivamente ao não preenchimento dos pressupostos do internamento e que por consequência não se poderá proceder ao internamento compulsivo, questiona se a decisão no sentido oposto não contraria deste modo a norma do artigo 17.º, n.º 5, da LSM, uma vez que não se vê aonde *“vai o juiz buscar informação que contrarie o parecer médico derivado da avaliação clínico-psiquiátrica no sentido do internamento”*, entendendo este autor que tal decisão só seria possível *“no quadro de uma nova avaliação que aponte sobre a desnecessidade do internamento, por não preenchimento daqueles elementos”*. Conclui Leones Dantas (2000: 87) que as situações descritas nas três primeiras alíneas do trecho do Professor Vieira de Andrade têm indiscutivelmente cariz médico e encontram-se a coberto da ressalva decorrente daquele número do artigo 17.º, da LSM.

Atendendo às especificidades do processo para internamento compulsivo e o papel determinante que tem a decisão médica na decisão de internar e na cessação do internamento, quer-nos parecer, tal como entendem António João Latas e Fernando Vieira (2004: 135), que o n.º 5, do artigo 17.º, da LSM deve ser interpretado sobretudo à luz do princípio da necessidade de parecer médico favorável ao internamento, no entanto nada obsta a que o tribunal decida pela improcedência do mesmo nos casos de manifesta falta de verificação dos pressupostos referidos pelo Prof. Vieira de Andrade, sem necessidade de novo parecer médico, sob pena de se esvaziar de sentido a intervenção judicial no controle negativo.

Temos aqui que referir que no processo para internamento compulsivo não vale minimamente princípio equivalente ao da acusação em processo penal ou ao princípio do pedido, uma vez que por exemplo no internamento de urgência não foi necessário requerimento prévio. Não obstante assim ao tribunal decidir pelo internamento nos termos do n.º 2, do artigo 12.º, da LSM, quando o requerimento se fundamentava na situação prevista no n.º 1, do mesmo artigo.

Nos termos do disposto no n.º 3, do artigo 20.º, da LSM, a decisão deve ser notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente, se bem que a sua leitura equivale à notificação dos presentes.

Quanto ao cumprimento da decisão de internar, o juiz deve determinar a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, cabendo a este decidir quanto ao local onde o doente deve ser internado de imediato, bem como o local definitivo de internamento (art.º 21.º, da LSM). Ou seja, o tribunal ordena na decisão final a apresentação do internando naquele serviço, sem prejuízo de emitir mandados de condução com identificação da pessoa a internar ao local onde deve ser internado imediatamente, sendo estes mandados cumpridos, sempre que possível, pelo serviço oficial de saúde mental mais próximo e, quando necessário, solicitam a coadjuvação das forças policiais, o que só deverá ter lugar quando se revele indispensável (art.º 21.º, n.º 2, da LSM). Quando não for possível àqueles serviços cumprir o mandado de detenção, o mesmo pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde (art.º 21.º, n.º 3, da LSM), só se deve recorrer à força física quando for efectivamente necessário.

Quando determinado o local definitivo do internamento, o qual se deverá situar o mais próximo possível da residência do internado, o mesmo deverá ser comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado (art.º 21.º, n.º 4, da LSM). Relativamente ao defensor, tal comunicação justifica-se desde logo pelo poder de exercer com efectividade os direitos processuais que a lei lhe faculta (*vide* art.ºs 31.º, 32.º, 34.º e 35.º, da LSM).

7.7 Internamento de urgência

O internamento compulsivo de urgência pode ocorrer quando um portador de anomalia psíquica grave crie, por força desta e por deterioração aguda do seu estado, uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, recusando-se submeter ao necessário tratamento médico (art.º 22.º, *ex vi* art.º 12.º, n.º 1, da LSM). O *perigo iminente* corresponde ao risco de verificação, ou agravamento, imediatos, de lesão do bem jurídico que é necessário proteger, de tal modo que a intervenção de urgência surja como meio *necessário e adequado* a evitá-la (Latas e Vieira, 2004: 142).

Quando, verificando-se deterioração aguda do estado de saúde e conseqüente perigo para a saúde de doente que não oponha resistência ao seu tratamento, independentemente de o mesmo ter discernimento para avaliar o sentido e alcance do

consentimento, estamos perante uma situação de mera urgência hospitalar, a que eventualmente se pode seguir o internamento voluntário ou processo ordinário para internamento compulsivo, nos termos do disposto no artigo 12.º, n.º 2, da LSM.

A urgência a que se refere este procedimento refere-se ao facto de a privação da liberdade do portador de anomalia psíquica ocorrer antes de qualquer intervenção do tribunal, por decisão administrativa e por motivos inadiáveis (Albergaria, 2006: 62).

A regulamentação legal do internamento de urgência, o qual é sempre um internamento de perigo (vd. art.º 22.º, *ex vi* art.º 12.º, n.º 1, da LSM), permite caracterizá-lo como medida de natureza cautelar a ter lugar como *preliminar* ou *incidente* de processo *definitivo* para internamento compulsivo (ordinário), com duas fases distintas (Latas e Vieira, 2004: 140): uma fase inicial administrativa, com intervenção médica e policial, esta encontra-se legitimada pelo artigo 272.º, n.º 2, da CRP que consagra na matéria os princípios da tipicidade legal e da proibição do excesso. A segunda fase é a judicial, a qual tem carácter eventual, nesta há confirmação da decisão médica de internamento, corresponde assim ao processo judicial de natureza cautelar e urgente, que é da competência do tribunal da área do estabelecimento onde teve lugar a admissão do doente (art.ºs 25.º e 26.º, da LSM), matéria que vamos abordar em momento ulterior.

No caso de se encontrarem reunidos os pressupostos que referimos, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, a requerimento ou oficiosamente, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução (art.º 23.º, n.º 1, *ex vi* art.º 24.º, da LSM).

As forças policiais devem, sempre que possível, cumprir o mandado acompanhadas dos serviços do estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local (art.º 23.º, n.º 2, primeira parte *ex vi* art.º 24.º, da LSM). Este acompanhamento permite assegurar melhores condições ao portador de anomalia psíquica na sua condução, bem como a possibilidade de lhe prescrever cuidados de saúde de que os mesmos se mostrem carecidos durante a mesma.

O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam (art.º 23.º, n.º 2, segunda parte, da LSM).

Nas situações que, pela razão de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial pode proceder à condução imediata do internando (art.º 23.º, n.º 3, da LSM), devendo este lavrar auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que aquela condução foi efectuada (art.º 23.º, n.º 4, da LSM). Sendo que a condução deve ser comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que a mesma se iniciou (art.º 23.º, n.º 5, da LSM).

Os agentes policiais não constam da definição de autoridades de polícia constante do artigo 7.º, da LSM, pelo que se entende que o legislador face à urgência da situação e do perigo na demora, pretendeu uma extensão à regra que consagrou no n.º 1, do artigo 23.º, da LSM, a propósito da competência para proceder à privação da liberdade do portador de anomalia psíquica.

Não se exige que estas autoridades façam uma descrição das razões médicas que motivam o internamento, mas apenas dos factos que, numa apreciação leiga, uma vez que estes na generalidade dos casos, não possuam mais do que os conhecimentos do homem comum, possam comprovar que o internando seja portador de uma anomalia psíquica e que, por deterioração aguda do seu estado, cria uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, para além de se recusar a submeter-se ao necessário tratamento médico (Albergaria, 2006: 64).

O mandado de condução a que se refere o artigo 23.º, da LSM obedece a requisitos idênticos aos previstos para os mandados de detenção, previstos no artigo 258.º, do CPP, e que aqui se aplica subsidiariamente (art.º 9.º, da LSM), portanto o mesmo deve ser passado em triplicado, de modo a que seja entregue um exemplar ao internando ou a quem o acompanhe, outro destina-se ao processo judicial para internamento urgente ou ao processo médico-administrativo que terá sempre que ser aberto com a apresentação do doente na urgência. Do mandado devem constar: assinatura da autoridade que o emitiu, identificação do internando por algum dos meios documentais, como o bilhete de identidade, cartão de cidadão ou passaporte, no caso de ser cidadão português; ou, título de residência, bilhete de identidade, passaporte ou documento que substitua o passaporte, no caso de ser cidadão estrangeiro, as demais excepções encontram-se previstas no artigo 250.º, do CPP, quando não for possível proceder à identificação, devem mencionar-se as indicações tendentes à sua identificação (vd. art.º 283.º, do CPP) e, a indicação das razões que fundamentam a

condução, o que deve corresponder à indicação sumária dos factos que legitimam a mesma.

Aos agentes policiais é vedada a entrada no domicílio dos cidadãos contra a sua vontade, com vista ao cumprimento de mandado ou à condução urgente sem emissão prévia do mesmo, uma vez que de acordo com o n.º 2, do artigo 34.º, da CRP, a entrada no domicílio dos cidadãos contra a sua vontade apenas é permitida quando “...ordenada pela autoridade judicial competente, nos casos e segundo as formas previstas na lei”.

Apresentado o internando no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, o mesmo é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e é-lhe prestada a assistência médica necessária (art.º 24.º, da LSM).

Quanto à avaliação clínico-psiquiátrica aqui referida não deve aplicar-se o disposto no artigo 17.º, da LSM, o qual já tivemos oportunidade de analisar, e que exige que a avaliação seja realizada por dois psiquiatras, devendo antes a mesma ser realizada em função da organização dos serviços de urgência psiquiátrica a prestar. No que toca ao seu conteúdo, a mesma é necessariamente mais simples que a referida no artigo 17.º, da LSM, sendo que devem ser analisados os pressupostos de que o artigo 12.º, n.º 1, da LSM, fazem depender o internamento compulsivo de perigo, bem como de avaliar a necessidade de o doente permanecer internado cautelarmente até à decisão final, a qual vamos abordar em momento próprio, mas que passa pela convicção medicamente fundada de que o internamento é indispensável para neutralizar o perigo iminente de lesão de bens jurídicos, em que se fundamenta o internamento de urgência.

Relativamente ao registo clínico, a lei não define o seu conteúdo, pelo que, de acordo com a *leges artis médica*, é registado para ulterior leitura o que foi observado ou relatado, ou seja, os sinais e sintomas, bem como o raciocínio clínico que permitiu chegar a um diagnóstico, prognóstico e terapêutica médica (Latas e Vieira, 2004: 148).

A assistência médica necessária a que refere o artigo 24.º, parte final, da LSM, consistirá na intervenção terapêutica justificada por uma situação de urgência psiquiátrica *enquadrável nos requisitos previstos nos arts. 12.º, n.º 1, e 22.º*, da LSM (Latas e Vieira, 2004: 149).

Urgência psiquiátrica, segundo António Barbosa e Jorge Câmara (apud Latas e Vieira, 2004: 149), define-se como: “...toda a situação funcional ou orgânica – de

determinação médica ou com motivação conflitual intrapsíquica, interpessoal ou social – que ultrapassa as capacidades individuais de funcionamento adequado. Expressam-se frequentemente por alterações do pensamento, do afecto ou do comportamento e requerem um tratamento imediato que favoreça a melhoria ou recuperação do funcionamento pessoal ou que proteja o doente e a sociedade.”. Podemos assim considerar que se encontram abrangidos por este conceito todas as situações que envolvam portadores de anomalia psíquica grave em que, verificando-se os demais requisitos do art.º 12.º, n.º 1, da LSM, exista risco comprovado para bens jurídicos de relevante valor, quer sejam próprios ou alheios.

Quando da avaliação clínico-psiquiátrica o médico psiquiatra se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento com cópia do mandado e do relatório da avaliação comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele (art.º 25.º, n.º 1, da LSM). O mesmo ocorrerá quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência dos pressupostos para internamento de urgência (art.º 25.º, n.º 3, *ex vi* art.ºs 22.º e 12.º, n.º 1, da LSM). Nos casos em que se conclui pela necessidade de internamento e o doente não se lhe opõe, o doente ficará sujeito ao regime geral de internamento voluntário.

Se sob o ponto de vista médico, através da avaliação clínico-psiquiátrica, não se confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui o mesmo de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução (art.º 25.º, n.º 2, da LSM). Considera-se que a avaliação clínico-psiquiátrica não confirma a necessidade de internamento, quando o mesmo não seja imposto por razões médicas, ou seja, o detido não é portador de anomalia psíquica; quando na presença de patologia, da mesma não resulta perigo relevante para bens jurídicos do próprio ou de terceiros; e, quando o tratamento pode ser levado a efeito em regime ambulatorio (art.º 8.º, n.º 3, da LSM) (Albergaria, 2006: 66).

Esta comunicação ao Ministério Público, tal como a prevista no n.º 5, do artigo 23.º, da LSM, nada têm que ver com o processo de internamento, esta intervenção tem subjacente a promoção do processo penal, nomeadamente na investigação das situações em que possam existir indícios da prática de ilícitos daquela natureza, o que constitui uma garantia relativamente ao direito à liberdade do internando. Se existirem elementos que o justifiquem, a comunicação prevista no n.º 2, do artigo 25.º, da LSM, poderá legitimar a

instauração de inquérito para indagar das circunstâncias que levaram à condução do doente e das responsabilidades dos intervenientes nesse acto.

Por outro lado, esta comunicação permite ao Ministério Público tomar conhecimento de casos susceptíveis de justificar a futura instauração de processo ordinário para internamento compulsivo.

Recebida a comunicação do estabelecimento a concluir pela necessidade de internamento, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público para que possa requerer o que tiver por conveniente (art.º 26.º, n.º 1, da LSM). Tanto a comunicação da nomeação ao defensor como a vista ao Ministério Público devem efectuar-se com a maior brevidade possível, uma vez que o juiz, após realizar as diligências que repute necessárias, deve proferir decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de 48 horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3, da LSM, os quais acabamos de analisar e para os quais remetemos (art.º 26.º, n.º 2, da LSM).

O prazo de 48 horas, segundo Leones Dantas (2002: 161) e António João Latas e Fernando Vieira (2004: 157/8) tem natureza «ordenativa», pelo que a sua ultrapassagem não implica a cessação do internamento, mas apenas consequências de natureza disciplinar, atendendo à natureza urgente do processo (art.º 36.º, da LSM). Devemos ainda ter em conta que o internamento visa pôr cobro à situação de perigo jurídico e não garantir a adopção de medidas de natureza processual, ou até o próprio julgamento do arguido, circunstâncias que fundamentam a detenção. António João Latas e Fernando Vieira (2004: 158/9) concluem que *“uma coisa é a ilegalidade resultante do desrespeito do prazo de 48 h – e eventuais consequências de ordem penal – outra é a decisão de manutenção do internamento de urgência – confirmando decisão médica anterior sobre a respectiva necessidade – que (...) encontra o seu fundamento específico na prevenção de perigo iminente para bens jurídicos de relevante valor, nomeadamente a vida, a integridade física ou a saúde, do doente portador de anomalia psíquica grave ou de terceiros.”* Em sentido contrário, Pedro Soares de Albergaria (2006: 68) entende que tal posição é incoerente com a possibilidade de habeas corpus, prevista justamente, e para além do mais, nas situações em que tal prazo é ultrapassado (art.º 31.º, n.º 1, al. a), da LSM). Considera ainda aquele autor que *“...qualquer argumentação que procure tirar reforço da natureza terapêutica ou assistencial do processo de internamento, a qual não pode ser via de obliteração de qualquer dos elementos do núcleo essencial dos direitos do internando”*.

A realização pelo juiz de diligências que repute necessárias pode ser a de, officiosamente ou sob promoção do Ministério Público ou ainda a requerimento do defensor, mandar comparecer o doente, ouvir a entidade que o tenha à sua guarda e solicitar a apreciação médica imediata sobre o seu estado de saúde, para decidir se o doente deve permanecer cautelarmente internado ou deve ser de imediato enviado em liberdade.

Se o juiz decidir não manter o internamento, deve ser ordenada a imediata libertação do doente, sem prejuízo de o mesmo decidir aceitar o internamento e nesse caso ficará sujeito ao regime do internamento voluntário. Apesar de não ser expressamente referido na Lei, o estabelecimento onde o doente fique voluntariamente internado deve comunicar a decisão do doente ao tribunal, uma vez que tal pode relevar para a recorribilidade da decisão de não internar, bem como pode levar ao imediato arquivamento do processo. Já nos casos em que o doente não fique voluntariamente internado, a decisão de não manutenção do internamento urgente está sujeita a recurso, com efeito meramente devolutivo (art.º 32.º, da LSM), pelo que só após o respectivo trânsito em julgado o processo será arquivado.

Quando o tribunal competente para a confirmação judicial do internamento de urgência (art.º 25.º, n.º 1, da LSM) não coincida com o tribunal competente para o processo (art.º 30.º, da LSM), o primeiro deve comunicar a este a decisão, com todos os elementos que a fundamentam, sendo esta comunicação efectuada através de certidão, e prosseguindo aquele a tramitar o expediente, designadamente os eventuais recursos (art.º 26.º, n.º 3, da LSM).

A decisão é comunicada ao internando, bem como lhe devem ser informados, sempre que possível, os direitos e deveres processuais que lhe assistem. A decisão é ainda comunicada ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente (art.º 26.º, n.º 4, da LSM). Para além das pessoas referidas neste n.º 4, do artigo 26.º, da LSM, devem ainda ser notificados da decisão o Ministério Público e o defensor do internando para que, querendo, possam recorrer (art.º 32.º, da LSM).

A confirmação do internamento de urgência assenta numa lógica de informalidade, tal como todas as diligências que o juiz considere necessárias para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que o processo suscite, esta atitude justifica-se pela urgência da situação.

Recebida a comunicação da decisão de manutenção do internamento urgente, o juiz do processo *definitivo* para internamento dá-lhe início, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar uma nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental (art.º 27.º, n.º 1, da LSM). Cabe ainda ao juiz dar cumprimento ao disposto no artigo 15.º, da LSM, que como já tivemos oportunidade de analisar se traduz na nomeação de defensor oficioso ao internando, isto quando não seja possível manter o primeiro nomeado, notificações do defensor e do familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias e para os mesmos efeitos o processo vai com vista ao Ministério Público (art.º 27.º, n.º 2, da LSM).

Quanto o juiz receber o relatório da avaliação clínico-psiquiátrico e realizar as demais diligências necessárias, deve designar data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4, da LSM (art.º 27.º, n.º 3, da LSM). Apesar de a lei não fazer expressa remissão para o n.º 5, do artigo 17.º, da LSM, quanto à regra da prova vinculada, entendemos que o mesmo é aplicável ao processo de internamento de urgência.

Temos a referir que o internamento de urgência pode ter lugar na pendência de processo ordinário para internamento compulsivo, sendo que nestes casos, após concluído o procedimento que acabamos de ver e que consta dos artigos 22.º a 26.º, da LSM, a decisão sobre o internamento de urgência será comunicada ao processo que corria termos no tribunal territorialmente competente, o qual prosseguirá os seus termos a partir do ponto em que se encontre.

Atendendo à nossa experiência profissional temos a referir que grande parte dos internamentos compulsivos são de urgência.

Na maior parte dos estados-membros da União Europeia é feita a distinção entre o internamento compulsivo ordinário e o internamento de urgência, havendo no entanto grande variação quanto à duração definida para a detenção de curto prazo.

8. Casos especiais de internamento compulsivo

8.1 Pendência de processo penal

Nos termos do disposto no artigo 28.º, da LSM, a pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente instaure processo de internamento nos termos da Lei de Saúde Mental. Encontra-se assim plasmada a regra de independência entre o processo de internamento e o processo penal, o que se percebe atendendo à distinção de fins que presidem um e outro processo.

No caso de internamento, o estabelecimento onde o doente se encontra internado comunica ao tribunal onde se encontra pendente o processo penal, de dois em dois meses, a evolução do doente (art.º 28.º, n.º 2, da LSM). Tal evolução, bem como a anomalia que lhe está subjacente, releva para averiguação dos pressupostos das consequências jurídicas do crime ali imputado ao arguido.

Quanto à medida de segurança de internamento em processo penal, que se encontra prevista nos artigos 91.º e seguintes do CP, o Prof. Taipa de Carvalho (apud Latas e Vieira, 2004: 164) entende que a sujeição do doente a internamento compulsivo pode permitir a cessação daquela medida de segurança nos casos mais graves, em que a lei penal prevê a prorrogação sucessiva da mesma por se manter o perigo na prática de novos factos *típicos e ilícitos* pelo inimputável (art.º 92.º, n.º 3, do CP), com o objectivo de evitar a perpetuidade da medida de segurança naquelas hipóteses.

Nos casos de aplicabilidade da medida de segurança penal de suspensão da execução do internamento, que se encontra prevista no artigo 98.º, do CP, a mesma também pode ser aplicada com internamento compulsivo em curso.

8.2 Internamento compulsivo de inimputável

O legislador admite que o tribunal que não aplicar a medida de segurança de internamento de inimputáveis, prevista no artigo 91.º, do CP, pode decidir o internamento compulsivo de inimputável (art.º 29.º, n.º 1, da LSM). De acordo com esta norma podemos ainda dizer que o tribunal competente para o processo penal não pode *aplicar* o internamento compulsivo como medida de substituição da medida de segurança de internamento de inimputáveis, tal como prevista no artigo 91.º, do CP.

Cumpra-nos aqui analisar duas situações: a primeira corresponde às fases de inquérito e de instrução em processo penal, as quais quando findas permitem à autoridade judiciária respectiva (Ministério Público ou Juiz de Instrução Criminal) se tiverem elementos para concluir pela inimputabilidade do arguido mas não pela perigosidade do mesmo, ou ainda se concluírem que apesar da perigosidade manifestada não é caso de submetê-lo a internamento nos termos do artigo 91.º, do CP, tomar a decisão de arquivamento ou não pronúncia. E nestes casos o Ministério Público, se entender que se encontram reunidos os pressupostos do artigo 12.º, da LSM pode promover, uma vez que conforme analisamos o mesmo tem legitimidade, internamento compulsivo do inimputável. A segunda situação remete-nos para a fase de julgamento, em que o juiz se encontra na posse de todos os elementos periciais, de facto e de direito e que no momento próprio para decidir a questão da culpabilidade (art.º 368.º, do CPP) pode concluir pela inimputabilidade⁴⁴ do arguido e, subsequentemente, no momento da determinação da sanção (art.ºs 369.º e 371.º, do CPP), decidir pela aplicação da medida de segurança de internamento de inimputáveis, prevista no artigo 91.º, do CP. No entanto, o juiz assim não procederá quando concluir que o arguido praticou um facto típico e ilícito, descrito num tipo legal de crime, devendo ser declarado inimputável nos termos do artigo 20.º, do CP, mas sem que deva considerar-se o facto tão grave que justifique o internamento penal ou sem que possa concluir-se haver fundado receio que o arguido venha a cometer outros factos típicos e ilícitos graves da mesma espécie por virtude da anomalia psíquica e da natureza e gravidade do facto praticado. Concluímos deste modo que quando falta um dos pressupostos exigidos pelo artigo 91.º, do CP, o tribunal decidirá não aplicar a medida de segurança de internamento e *poderá decidir* o internamento compulsivo, desde que se mostrem verificados os *pressupostos de ordem substantiva* de cuja verificação o artigo 12.º, da LSM faz depender este (Latas e Vieira, 2004: 166).

No entender de António João Latas e Fernando Vieira (2004: 167) o artigo 29.º, da LSM abrange ainda as situações em que no processo penal não há lugar à aplicação de uma pena mas em que também pode não haver lugar à declaração formal de inimputabilidade,

44 Quando o tribunal concluir que o arguido, no momento da prática do facto sob julgamento, era incapaz de avaliar a ilicitude daquele mesmo facto por força da anomalia psíquica que o afectava (art.º 20.º, n.º 1, do CP), ou se entenda tratar-se de portador de anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída (art.º 20.º, n.º 2, do CP).

por não poder ser imputada ao arguido a prática de um *facto típico e ilícito* (art.º 91.º, n.º 1, do CP), permitindo a *imediata* aplicação do internamento compulsivo de portador de anomalia psíquica **grave pelo mesmo tribunal que, no processo penal, conclui pela não aplicação da medida de segurança de internamento, de natureza penal**, dispensando-se a instauração autónoma do processo judicial para internamento compulsivo.

Conforme já tivemos oportunidade de referir, a decisão de internar compulsivamente em processo penal não dispensa a verificação de todos os pressupostos de que o artigo 12.º, da LSM faz depender o mesmo, pelo que se impõe a articulação das regras daquele com os princípios e pressupostos deste, por forma a resolver algumas dificuldades práticas que podem suscitar-se atendendo à diversidade de fins e de regime do processo penal e do processo para internamento compulsivo, nomeadamente no que toca à diferença de finalidades e conteúdo entre a perícia de psiquiatria forense em processo penal e a avaliação clínico-psiquiátrica, enquanto diligência obrigatória antes da decisão de internar compulsivamente (art.º 16.º, da LSM).

Quanto à diferença que acabamos de referir temos, em primeiro lugar, o facto da perícia de psiquiatria forense, normalmente, não se pronunciar sobre a gravidade da anomalia psíquica, uma vez que apenas nos casos referidos no n.º 2, do artigo 20.º, da LSM a mesma é exigida. Em segundo lugar, se aquela perícia se pronunciou negativamente sobre a perigosidade criminal do arguido, traduzida no fundado receio de o mesmo vir a cometer outros factos da mesma espécie (vd. art.º 91.º, n.º 1, parte final, do CP), em regra não alargou o objecto do seu exame ao perigo de lesão de quaisquer outros bens jurídicos de relevante valor, por não integrar o objecto do processo penal. Em terceiro lugar, a perícia de psiquiatria forense não terá encarado sequer a necessidade de adequação do internamento psiquiátrico do ponto de vista terapêutico, como é próprio da avaliação clínico-psiquiátrica mas não é imposto pela perícia psiquiátrica em processo penal.

O tribunal pode ainda ter de ouvir pessoalmente o portador de anomalia psíquica com vista à decisão do internamento, nomeadamente no que respeita à sua vontade de sujeitar-se a tratamento ou internamento voluntários, bem como tem que ouvir antes de decidir sobre o internamento, o seu defensor e o Ministério Público. Para além destas diligências, o tribunal pode necessitar de esclarecimentos a prestar por outros intervenientes no processo, nomeadamente de familiar mais próximo ou testemunhas, que possam contribuir para decidir da verificação de algum dos pressupostos previstos no artigo 12.º, da LSM. Concluídas estas diligências, se o tribunal entender que não se

encontram reunidos os requisitos de que depende o internamento compulsivo ou se não lhe for possível dar cumprimento aos princípios que o regem, limitar-se-á a absolver o arguido da prática do crime imputado e poderá, se assim o entender, ordenar a remessa de certidões ao Ministério Público para que este possa solicitar no tribunal competente o internamento compulsivo.

Quando considere verificados os pressupostos para internamento compulsivo devem proceder-se às diligências previstas para a decisão na LSM (art.ºs 20.º e 21.º). Devendo ainda ser remetida certidão da decisão ao tribunal competente para que seja realizado o devido acompanhamento da execução da medida, de acordo com os procedimentos previstos nessa forma de processo, uma vez que o processo penal não se mostra vocacionado para esse objectivo (art.º 29.º, n.º 2, da LSM).

O processo penal apenas findará com o trânsito em julgado da decisão, processando-se aí tudo o que respeite à própria decisão de internar, tal como a interposição e tramitação de recurso em 1.ª instância (art.º 29.º, n.º 2, *a contrario*, da LSM).

9. Modos de reacção e de cessação do internamento compulsivo

9.1 Habeas corpus

O instituto do habeas corpus, reconhecido no artigo 31.º, da CRP como procedimento célere de reacção a privações ilegais da liberdade, também se encontra regulado no artigo 31.º, da LSM, de forma a aplicar-se ao processo de internamento compulsivo.

A regulamentação deste instituto é efectuada pelo CPP, o qual faz referência a duas fontes de abuso de poder versadas no preceito constitucional que enunciamos, o habeas corpus em virtude de detenção ilegal (art.ºs 220.º e 221.º, do CPP) e habeas corpus em virtude de prisão ilegal (art.ºs 222.º e 223.º, do CPP).

O procedimento regulado neste artigo 31.º, da LSM encontra-se decalcado do artigo 221.º, do CPP, ou seja, o habeas corpus em virtude de detenção ilegal. No entanto, atendendo ao disposto no artigo 32.º, da LSM, que dispõe sobre a recorribilidade da decisão, que diz que todos os recursos têm efeito meramente devolutivo e que no n.º 1, se encontram enumeradas as decisões susceptíveis de recurso, fazendo ressalva ao disposto no artigo anterior, ou seja, ao habeas corpus, entendemos que o instituto de habeas corpus como forma de reagir contra privação ilegal da liberdade resultante de decisão judicial também é aqui aplicável, o que faz todo o sentido em virtude do recurso não reagir com celeridade contra grave e manifesto abuso de poder perpetuado por decisão judicial. Nestes casos o procedimento legal a seguir será o previsto no artigo 223.º, do CPP, por aplicação subsidiária, nos termos do artigo 9.º, da LSM. Assim, a petição é enviada ao Presidente do Supremo Tribunal de Justiça, seguindo-se os demais termos previstos no artigo 223.º, do CPP.

O portador de anomalia psíquica que se encontre privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação do mesmo, com fundamento em alguma das seguintes situações: ter excedido o prazo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade sem que o juiz tenha proferido decisão de manutenção ou não do internamento, quer seja porque não lhe foi comunicada a admissão do internando, quer porque o juiz excedeu o prazo de confirmação ou não, quando a comunicação lhe foi tempestivamente comunicada (art.º 26.º, n.º 2, da LSM); ter sido a privação da liberdade efectuada ou ordenada por entidade incompetente; e, ser a privação da liberdade motivada fora dos casos

ou condições previstas na lei (art.º 31.º, n.º 1, da LSM).

Apresentado o requerimento de habeas corpus, o juiz, se não o considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefónica, a apresentação imediata do portador de anomalia psíquica (art.º 31.º, n.º 2, da LSM), bem como manda notificar a entidade que tiver o portador de anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la, para se apresentar no mesmo acto munida de informações e esclarecimentos necessários à decisão sobre o requerimento (art.º 31.º, n.º 3, da LSM). Após, o juiz decide, ouvidos o Ministério Público e o defensor constituído ou que tiver sido nomeado para o efeito (art.º 31.º, n.º 4, da LSM).

9.2 Recorribilidade da decisão

São susceptíveis de recurso as decisões sobre o internamento compulsivo de que tratam os artigos 20.º e 27.º, n.º 3, da LSM, ou seja, as decisões finais que recaiam sobre o internamento compulsivo, bem como aquelas que recaiam sobre a manutenção ou não do internamento compulsivo de urgência, que se encontra prevista no artigo 26.º, n.º 2, da LSM. Sendo ainda susceptível de recurso a decisão judicial de manutenção ou cessação do internamento, aquando da revisão oficiosa ou a requerimento da situação do internado (art.º 35.º, da LSM). Incluem-se aqui as decisões de internar que sejam tomadas em processo penal.

Quaisquer outras decisões, fora dos casos que se encontram expressamente previstos no n.º 1, do artigo 32.º, da LSM, que ordenem ou mantenham o internamento, bem como cessem o internamento ou que ponham termo ao processo, estão sujeitas a recurso nos termos do disposto nos artigos 400.º e 401.º, do CPP, *ex vi* artigo 9.º, da LSM.

Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem tiver requerido o internamento e o Ministério Público (art.º 32.º, n.º 2, da LSM). Aqui, tal como no processo penal também deve ser tido em conta o interesse em agir, pelo que apenas o Ministério Público pode recorrer independentemente do sentido da decisão, não ocorre o mesmo com o internado e o defensor que apenas poderão recorrer de decisão que ordene ou mantenha o internamento e o requerente do internamento apenas o poderá fazer quando a decisão seja no sentido contrário aquelas, ou seja, não determine o internamento ou não o mantenha (art.º 401.º, do CPP, *ex vi* art.º 9.º, da LSM).

Quanto à tramitação do recurso deve seguir-se em tudo o previsto na lei processual

penal (art.ºs 411.º ss, *ex vi* art.º 9.º, da LSM).

Os recursos previstos na Lei de Saúde Mental tem todos efeito meramente devolutivo (art.º 32.º, n.º 3, da LSM), quer isto dizer que interposto o recurso da decisão, esta é, anda assim, imediatamente exequível na primeira instância, mesmo que de modo provisório.

9.3 Substituição do internamento

O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade (art.º 33.º, n.º 1, da LSM), visa-se deste modo manter o tratamento no meio menos restritivo possível. Quando segundo os princípios da adequação e necessidade e o juízo clínico basta o tratamento em ambulatorio para atingir os fins terapêuticos que presidiram ao internamento, deve cessar a privação da liberdade, uma vez que a mesma se torna excessiva.

A substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo em regime ambulatorio não pode de modo algum ser confundida com a alta, nem a traz implícita, ou seja, com esta substituição não pode falar-se de cessação do internamento. É neste sentido que a última parte do n.º 1, do artigo 33.º, da LSM nos parece encaminhar, uma vez que o mesmo refere que substituído o internamento devem manter-se as revisões, obrigatórias ou requeridas, a que se refere o artigo 35.º, da LSM, bem como pode ser no âmbito do tratamento em ambulatorio que pode ser dada alta ou pode ser proferida decisão para cessação do internamento, nos termos do artigo 34.º, da LSM. Também neste sentido, o Acórdão do Tribunal da Relação do Porto n.º JTRP00042872, proferido em 16-09-2009⁴⁵, veio esclarecer que *“O processo de internamento compulsivo em que se decidiu a substituição do internamento pelo tratamento compulsivo em regime ambulatorio só pode ser arquivado após declaração médica de alta.”*

A substituição do internamento implica que, pelo menos, tenha existido decisão médica de internamento urgente e que a mesma tenha sido mantida por decisão judicial (art.º 25.º, n.º 1 e 26.º, n.º 2, da LSM). Sendo certo que, e conforme entendem António João Latas e Fernando Vieira (2004: 184) esta norma deve ser igualmente aplicável aos internados de urgência que aguardam decisão *final* sobre o internamento, em obediência ao

⁴⁵ Disponível para consulta na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/79ae33c520de6af580257638003a3c36?OpenDocument>>.

princípio da subsidiariedade do internamento acolhido no artigo 8.º, da LSM.

Assim, quando há substituição do internamento de urgência por tratamento compulsivo em regime ambulatorio, o processo deve prosseguir até final, designadamente com a realização da sessão conjunta, conforme decidido no Acórdão do Tribunal da Relação do Porto n.º JTRP000, proferido em de 10 de Novembro de 2010⁴⁶.

A decisão de substituição do internamento por tratamento compulsivo em regime ambulatorio é da competência exclusiva do psiquiatra assistente, não havendo qualquer intervenção por parte do tribunal, devendo aquele obter a expressa aceitação do internado, sem necessidade da sua redução a escrito, das condições por ele fixadas para o tratamento em regime ambulatorio (art.º 33.º, n.º 2, da LSM). Esta substituição tem que ser comunicada ao tribunal competente (art.º 33.º, n.º 3, da LSM).

O psiquiatra assistente de que a norma fala será o psiquiatra que efectivamente está naquele momento a acompanhar o doente, sendo clinicamente responsável pelo seu seguimento. É a este médico que compete desencadear o processo de substituição do internamento, mas na maior parte dos casos deixará de ter intervenção *à posteriori*, uma vez que será outro psiquiatra assistente que assistirá o doente em consulta de ambulatorio, e deve ser este que no caso de incumprimento, comunicará ao tribunal competente.

Quando o doente transita compulsivamente para a consulta, bem como nos casos de alta do internamento voluntario, é prática comum os médicos elaborarem uma nota de alta ou carta com informação clínica, dirigida ao médico que irá passar a assistir o doente em ambulatorio.

No caso do portador de anomalia psíquica deixar de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente e é retomado o internamento, devendo, sempre que necessário, o estabelecimento solicitar ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais (art.º 33.º, n.ºs 4 e 5, da LSM). Não compete ao tribunal proferir qualquer decisão para a retoma do internamento, sem prejuízo de eventual revisão posterior do mesmo, oficiosamente ou a requerimento (art.º 34.º, da LSM). Quanto à necessidade de usar meios coactivos deve ter-se em conta o princípio da proporcionalidade, acolhido no artigo 18.º, da

46 Disponível para consulta na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/818e9b65466046e3802577ee00310a95?OpenDocument>>.

CRP. Competindo ao juiz ajuizar da necessidade e adequação dos mandados de condução, dando-se cabal satisfação ao princípio da reserva de juiz em matéria de privação da liberdade (art.º 27.º, da CRP).

Apesar de pouco desenvolvida, Portugal é um dos poucos países que fornece uma base legal para o tratamento compulsivo em regime ambulatorio. À sua semelhança, apenas a Bélgica, o Luxemburgo e a Suécia o fazem, sendo que a maior parte, tal como Alemanha, Bélgica, Luxemburgo, Suécia, Reino Unido, discutem a opção de cuidados posteriores para o doente que teve alta de um episódio de tratamento compulsivo de uma forma mais geral.

9.4 Revisão da situação do internado

A revisão da situação do internado é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido (art.º 35.º, n.º 2, da LSM). Para tal, o estabelecimento hospitalar envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental (art.º 35.º, n.º 4, da LSM).

Na revisão obrigatória o juiz deve ouvir o Ministério Público, o defensor e o internado, este apenas se o seu estado de saúde não tornar a sua audição inútil ou inviável (art.º 35.º, n.º 5, da LSM).

A revisão da situação do internado pode ter lugar a requerimento do mesmo, do seu defensor ou das pessoas que tem legitimidade para requerer o internamento nos termos do n.º 1, do artigo 13.º, da LSM – representante legal, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público. Conforme a causa justificativa de cessação de internamento invocada, o tribunal competente deve apreciar a questão a todo o tempo e deverá decidir se é necessária avaliação clínico-psiquiátrica, bem como a audição do Ministério Público, do internado e do seu defensor (art.º 35.º, n.ºs 1 e 3, da LSM).

Para a revisão a requerimento a Lei de Saúde Mental não prevê nenhum limite aos pedidos de revisão.

9.5 Cessaçãõ do internamento

Ao contrário do que ocorre noutros países, como a Itália e a Bélgica, a Lei de Saúde Mental não fixa um limite máximo de duração para o internamento compulsivo, encontrando-se assim o mesmo sujeito ao princípio consagrado no n.º 1, do artigo 34.º, da LSM, segundo o qual o internamento terminará logo que cessem os pressupostos que lhe deram origem, o que se mostra sustentado pelo facto de ser obrigatório a revisão pelo tribunal de dois em dois meses, nos termos do artigo 35.º, da LSM.

Quanto às formas de cessação do internamento, o artigo 34.º, da LSM determina que o mesmo pode terminar por alta dada pelo director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou seja, por decisão médica-administrativa, ou ainda por decisão judicial, a qual deve ser fundamentada, podendo inclusive ir contra parecer médico que propugne a manutenção do internamento, desde que seja matéria cuja apreciação seja atribuída ao juiz.

A alta clínica pode ocorrer na pendência de internamento urgente, ainda antes da decisão final, desde que se verifiquem os respectivos pressupostos.

Em qualquer caso a alta deve ser imediatamente comunicada ao tribunal que, não tendo que controlar a decisão médica, se limitará a pôr termo ao processo, ordenando o seu arquivamento (art.º 34.º, n.º 3, da LSM). A decisão médica é definitiva, não sendo susceptível de impugnação.

Deve ter-se em consideração que na gíria profissional, os médicos utilizam o termo «alta» para se referirem à transição do doente do internamento para consultas, em ambulatório, mesmo quando se referem à substituição do internamento compulsivo por tratamento compulsivo em regime ambulatório, pelo que, quando o tribunal tiver dúvidas deve confirmar qual a situação concreta para poder decidir do arquivamento ou, antes, da continuação do processo, nos termos do n.º 1, do artigo 33.º, da LSM.

A cessação do internamento por decisão judicial terá lugar aquando da revisão de dois em dois meses, oficiosamente ou a requerimento (art.º 35.º, da LSM), o que pressupõe decisão anterior do internamento a título definitivo.

10. Diferenças entre o Internamento Compulsivo, a medida de Internamento de Inimputáveis e o Internamento Preventivo, previsto no CPP

Quanto ao regime legal, o internamento compulsivo, como acabamos de ver, encontra-se regulado na Lei de Saúde Mental. Já o internamento de inimputáveis encontra-se regulado no Código Penal (art.ºs 91.º a 99.º) e o internamento preventivo no Código de Processo Penal (art.ºs 202.º, n.º 2 e 204.º).

No Internamento Compulsivo ao contrário do que é exigível para internamento de inimputáveis não há como pressuposto a prática de um facto descrito no Código Penal ou noutra legislação como crime, sendo que apenas existe uma situação em que o doente, por força dos problemas psiquiátricos que o afectam, cria perigo para si ou para terceiros, ou seja, o internamento é decidido com base num perigo ou risco inerente à doença, mas também pode ocorrer quando seja previsível ocorrerem danos no doente com a ausência de tratamento.

Inimputável, segundo o artigo 20.º, n.º 1, do CP é *“quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação”*. Quer isto dizer que não basta que exista doença mental para ser declarado inimputável, é necessário que se prove que esta torne o agente incapaz de uma avaliação/determinação perante o ilícito. Diz-nos ainda o n.º 2, do artigo 20.º, do CP que *“Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude desta ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída”*.

Os inimputáveis que tenham praticado um facto ilícito típico são mandados internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude de anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie (art.º 91.º, n.º 1, do CP).

A medida de segurança de internamento é sempre pós-delitual. Tem como fundamento a perigosidade, e como finalidade a preservação da segurança e paz públicas, ao contrário do internamento compulsivo que visa o tratamento do doente.

Por outro lado, o internamento preventivo, que é uma medida de coacção e prevenção de fuga, tem como pressupostos a existência de fortes indícios de prática de

crime doloso punível com pena de prisão de máximo superior a cinco anos (art.º 202.º, n.º 1, al. a), do CPP), ou de crime doloso de terrorismo, criminalidade violenta ou altamente organizada punível com pena de prisão superior a três anos (art.º 202.º, n.º 1, al. b), do CPP) ou ainda tratar-se de pessoa que tiver penetrado ou permaneça irregularmente em território nacional, ou contra a qual esteja em curso processo de extradição ou de expulsão (art.º 202.º, n.º 1, al. c).

O internamento preventivo não tem as mesmas finalidades nem do internamento compulsivo nem do internamento de inimputáveis. Este tem como finalidades acautelar a fuga ou o perigo de fuga, afastar o perigo de perturbação do decurso do inquérito ou da instrução do processo ou o perigo para a aquisição, conservação ou veracidade da prova, ou ainda de atalhar o perigo, em razão da natureza e das circunstâncias do crime ou da personalidade do arguido, de que este continue a actividade criminosa ou perturbe gravemente a ordem e a tranquilidade públicas.

O diagnóstico para se proceder a internamento compulsivo tem que ser feito por avaliação clínico-psiquiátrica (art.º 17.º, n.º 1, da LSM). A qual, como vimos, é realizada pelos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, podendo excepcionalmente ser levada a cabo pelo serviço de psiquiatria forense do Instituto de Medicina Legal da respectiva circunscrição. Para o internamento de inimputáveis e internamento preventivo é realizado um exame psiquiátrico, que é pedido ao Instituto de Medicina Legal.

Quanto ao local do internamento também se denotam diferenças, desde logo porque no internamento compulsivo o mesmo ocorre num estabelecimento de saúde mental oficial, ou seja, que tenha serviço de psiquiatria de internamento, o qual se deve encontrar situado o mais próximo possível da residência do internado (art.º 21.º, n.ºs 1 e 4, da LSM). No internamento de inimputáveis o mesmo deve ocorrer em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança (art.º 91.º, n.º 1, do CP), enquanto no internamento preventivo o mesmo ocorre num hospital psiquiátrico ou num estabelecimento análogo, tendo de se adoptar as cautelas necessárias para prevenir os perigos de fuga e o cometimento de novos crimes (art.º 202.º, n.º 2, do CPP).

A diferença entre estes regimes de internamento também se evidencia pelo modo de cessação, uma vez que o internamento compulsivo finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem (art.º 34.º, n.º 1, da LSM) e a cessação ocorre por alta dada pelo Director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório pericial, ou por decisão

judicial. Não é assim necessário ser o tribunal a ordenar a libertação, conforme ocorre no internamento de inimputáveis, em que o tribunal tem que verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem (art.º 92.º, n.º 1, do CP), se bem que o internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável, excepto se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a oito anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos até o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade (art.º 92.º, n.ºs 2 e 3, do CP). Já quanto ao internamento preventivo, o mesmo finda sempre que se verificar ter sido aplicado fora das hipóteses ou das condições previstas na lei (art.º 212.º, n.º 1, al. a), do CPP), ou quando deixem de subsistir as circunstâncias que justificaram a sua aplicação (art.º 212.º, n.º 1, al. b), do CPP).

A Lei de Saúde Mental prevê um processo de “internamento por urgência”, o que não ocorre no internamento de inimputáveis.

Para concluir temos que referir as diferenças a nível das características do internamento. No caso dos internamentos de inimputáveis existe um regime dito de “Segurança e Tratamento”, para o qual a Direcção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais vai encaminhando, tendo que gerir as vagas existentes e em que existe um financiamento por doente. Relativamente aos internamentos compulsivos o local de internamento, como já vimos, é um estabelecimento de saúde mental oficial, com serviço de psiquiatria de internamento e o mais próximo possível da área residencial do doente, ou seja, a responsabilidade é hospitalar, nomeadamente no que concerne à gestão das vagas, não havendo interferência nem financiamento por parte da Direcção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais. Sendo que este processo é isento de custas.

Há ainda a possibilidade de internamento, nos termos do artigo 898.º, do Código de Processo Civil, quando tal for necessário para realização de exame pericial que de outra forma não pudesse ser conclusivo no que respeita à avaliação das capacidades civis em processo especial de interdição ou de inabilitação.

11. Direito Estrangeiro

Ao longo do presente trabalho temos vindo a abordar, em alguns pontos, a forma como o internamento compulsivo é regulado noutros ordenamentos jurídicos, no entanto entendemos ser importante, debruçarmo-nos especificamente sobre a regulação de apenas alguns desses ordenamentos. Para tanto, escolhemos desde logo o ordenamento jurídico espanhol, pelo facto de, ao contrário, do português não se encontrar contido apenas numa Lei, encontrando-se a sua regulamentação dispersa por várias legislações. Vamos também abordar a legislação francesa, que à semelhança da portuguesa, na qual o legislador português se inspirou na elaboração da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, também prevê dois tipos de internamento, a requerimento e o jurídico. Por fim, vamos analisar a legislação sobre o internamento compulsivo na Inglaterra e País de Gales, a qual atribui um papel mais importante ao médico e assistente social, sendo que este no sistema jurídico português não tem qualquer intervenção no processo de internamento compulsivo, quer seja o ordinário, quer seja o urgente.

11.1 Espanha

Em Espanha não existe uma legislação específica relativa à saúde mental e ao internamento compulsivo, pelo que a sua regulação é feita por meio de outras legislações.

Ao contrário de Portugal, o processo de internamento compulsivo pode ser iniciado por qualquer pessoa, embora por questões de interesse são os familiares do doente que habitualmente o iniciam.

Quanto à aplicação do internamento compulsivo, o juiz é a figura central, sendo o mesmo quem o autoriza. No entanto, antes de atribuir esta autorização, o mesmo ouvirá o internando e compete-lhe examiná-lo e ficar a par do relatório médico. Nesta fase, o doente pode ser representado por um advogado e tem o direito de interpor um pedido de recurso.

O internamento compulsivo só deverá ser aplicado quando, por motivo de uma perturbação psiquiátrica, uma pessoa não é capaz de tomar uma decisão por si própria relativamente ao seu tratamento.

O internamento inicial não necessita de especificar a sua duração e não existe um acto formal para o prolongamento do mesmo. No entanto, após a admissão ao internamento, o técnico de saúde responsável, que pode ser um médico psiquiatra ou um

psicólogo, do estabelecimento hospitalar deve periodicamente informar o Tribunal acerca da necessidade de manter o doente de forma involuntária. O juiz pode decidir quanto à frequência do relatório, sendo que, não pode exceder os seis meses de intervalo. Nestes relatórios deve constar a justificação para a manutenção do internamento compulsivo.

Desta forma, o processo de decisão do internamento envolve um médico psiquiatra que sugere a admissão a um juiz que supervisiona o cumprimento dos direitos individuais do doente, nomeadamente o direito à liberdade. Após a aprovação do internamento compulsivo por parte do juiz, o restante processo é da responsabilidade do médico psiquiatra, a nível profissional, ético e legal.

Nas situações de emergência, o médico pode decidir a favor do internamento compulsivo, ainda que esta decisão tenha que ser comunicada ao tribunal num prazo de 24 horas.

Quanto à alta médica, a mesma compete ao médico psiquiatra responsável pelo tratamento do doente, em concordância com a vontade deste último, não sendo necessário uma autorização prévia do juiz, mas a quem deve ser comunicado imediatamente após a cessação do internamento.

11.2 França

A legislação que regula os direitos e a protecção das pessoas hospitalizadas devido a perturbação mental, bem como às condições aplicáveis à sua hospitalização, na França, é a Lei n.º 90-527, de 27 de Junho de 1990 – *Code de la Santé Publique*. Esta lei veio substituir a Lei de 1838, tendo no entanto mantido, no essencial, o regime que já figurava naquela lei, aprofundando o sistema de garantias. Contribuindo ainda para a hospitalização voluntária se tornasse a regra e o internamento compulsivo a excepção.

O internamento compulsivo é actualmente a única forma de tratamento involuntário de pessoas portadoras de perturbação psiquiátrica reconhecidas pela legislação francesa. Desta forma, distingue dois métodos de internamento involuntário: o internamento a pedido de uma terceira pessoa (HDT – *Hospitalisation à la Demande d'un Tiers*) e o internamento jurídico (HO – *Hospitalisation d'Office*).

Quanto ao internamento a pedido de uma terceira pessoa, o mesmo é baseado no princípio de que a pessoa pode representar um perigo para si mesma e tem como condições: a pessoa encontrar-se num estado que requeira um cuidado imediato e constante

supervisão em contexto hospitalar; e, ser portadora de uma perturbação mental que torne o seu consentimento impossível.

Neste tipo de internamento, o diagnóstico da perturbação mental é entregue a dois médicos psiquiatras, em que cada um deve elaborar um relatório, decorrendo a determinação da necessidade do internamento do requerimento elaborado pela terceira parte. Podendo esta ser um familiar ou uma pessoa que aja no interesse do doente. Ressalve-se que os profissionais de saúde que exerçam no local onde o doente será internado não são considerados uma “terceira parte”.

Este método de internamento involuntário é regulado por um quadro legal rígido, de forma a evitar o internamento abusivo por parte de elementos da família.

No que toca ao internamento jurídico o mesmo baseia-se no princípio de que a pessoa pode representar um perigo para terceiros, aplicando-se a pessoas cuja perturbação mental coloquem em risco a lei ou a ordem e segurança públicas.

Este internamento é concretizado através de uma ordem policial emitida pelo chefe da Polícia no sentido da admissão do doente, em que posteriormente o sistema judicial representa um papel essencial, para controle de eventuais abusos ou arbitrariedades.

O doente internado involuntariamente, um elemento da sua família ou qualquer pessoa agindo no seu interesse podem, em qualquer momento, solicitar ao Juiz Presidente do Tribunal de Grande Instância que determine a cessação do internamento.

Para as situações de urgência, em que é necessária uma intervenção imediata e que pode ocorrer nos dois tipos de internamento que acabamos de ver, a Lei de 1990 prevê um procedimento menos burocrático. Quanto ao primeiro tipo de internamento, o director do hospital pode, de forma excepcional, admitir um doente com base num único relatório se existir um perigo iminente. Este relatório pode ser elaborado por um médico psiquiatra que exerça no local onde o doente será internado. No internamento jurídico, ao verificar-se um perigo iminente, o Presidente da Câmara Municipal encontra-se revestido de poderes policiais, de forma a tomar medidas temporárias relativas ao internamento compulsivo de um doente. Deve, no entanto, ser emitida, pelo chefe da Polícia, uma decisão no prazo de 48 horas, caso o internamento compulsivo seja para ser mantido.

Pela Lei de 1990 é ainda previsto de modo expreso os direitos do doente internado.

O poder judicial tem intervenção nestes processos aquando de recurso judicial

contra qualquer decisão de internamento ou permanência, tendo ainda o mesmo a obrigação de visitar regularmente estabelecimentos psiquiátricos. Bem como há uma Comissão Departamental das Hospitalizações psiquiátricas, cuja finalidade é velar pelo respeito das liberdades individuais e da dignidade das pessoas, na qual se faz representar um magistrado (Jara, 1997b: 116/7).

11.3 Inglaterra e País de Gales

A *Mental Health Act* foi promulgada em 9 de Maio de 1983, entrando em vigor a 30 de Setembro do mesmo ano e é a legislação reguladora do internamento compulsivo na Inglaterra e País de Gales. Em simultâneo com a *Mental Capacity Act* 2005, foi revista e sujeita a alterações que foram posteriormente reunidas na *Mental Health Act* 2007. Ainda assim, a *Mental Health Act* 1983 tem-se mantido a legislação de referência no que concerne à saúde mental em geral e o internamento compulsivo em particular.

A *Mental Capacity Act* providencia a estrutura legal através da qual as decisões, incluindo as respeitantes ao tratamento médico, devem ser tomadas em prol de adultos cuja capacidade de tomada de decisão esteja comprometida, sendo a ausência de capacidade o principal critério para a sua aplicação.

A *Mental Health Act* 1983 está principalmente relacionada com a redução do risco tanto do próprio como de terceiros, enquanto a *Mental Capacity Act* está construída para possibilitar ao indivíduo que tome as suas próprias decisões, assegurando que essas decisões são reflexo do melhor interesse do indivíduo e que é feito recurso da intervenção menos restritiva possível. Estes diplomas por vezes entram em conflito, suscitando dúvidas aos próprios clínicos em relação à sua utilização.

Aqui o que nos interessa e o qual vamos abordar é o *Mental Health Act* 1983. Para este, o internamento compulsivo é possível no melhor interesse do doente, desde que o tratamento não possa ser providenciado noutra contexto. E tem como principais critérios de admissão a presença de uma perturbação mental e de risco para o próprio ou para terceiros. Sublinhando que, aquando do internamento ou da sua renovação, o critério principal a considerar é a relevância do tratamento para o estado mental do doente, ou seja, se diminui a gravidade do mesmo ou se previne o seu agravamento.

Para a psicocirurgia e terapia por electrochoques, aquela lei requer o consentimento do doente e uma segunda opinião relativamente à relevância do procedimento, e a

imposição de que, periodicamente, deverá também ser solicitada uma segunda opinião. Quanto ao consentimento é necessário que o doente possua a capacidade de compreender a informação que lhe é transmitida, bem como de avaliar as consequências da sua escolha e das outras possibilidades terapêuticas.

No que concerne à admissão para internamento, a legislação exige o parecer de dois médicos psiquiatras, podendo o pedido ser efectuado por um elemento médico, assim como por um parente próximo ou por uma pessoa que coabite com o doente e entregue ao director do hospital ou estabelecimento adequado. O tribunal não participa na decisão do internamento, sendo a mesma da competência do director do hospital ou estabelecimento. No caso de um parente próximo do doente se opor ao internamento, o profissional de saúde não poderá requerer a admissão para o mesmo, excepto se esta oposição se mostrar pouco razoável, sendo então possível solicitar, por ordem judicial, a transferência de poderes desse parente para outra pessoa.

No processo de decisão é atribuída alguma importância ao assistente social, sendo este responsável por uma avaliação global da situação do doente e pela averiguação do preenchimento dos critérios necessários para internamento

O doente tem que ser admitido no prazo de 24 horas, para a designada *admissão para avaliação*, que terá a duração de vinte e oito dias, em que o doente deverá ser informado dos seus direitos. Podendo este solicitar ao tribunal uma reavaliação do seu processo nos catorze dias subsequentes ao início da sua admissão.

No caso de admissão para tratamento, o qual pode ter a duração de seis meses, ocorre, obrigatoriamente, a possibilidade de uma reavaliação no sentido da renovação do mesmo ou da decisão da sua cessação precisamente num período recorrente de seis meses.

O internamento de urgência é baseado num único atestado médico e não pode ultrapassar as 72 horas, findas as quais o doente terá de transitar para novo regime, segundo a lei.

O internamento é reavaliado periodicamente pelo Tribunal, a pedido ou não do doente, de forma a que seja determinada a cessação do internamento ou a sua renovação. Quando cesse o internamento, as autoridades de saúde deverão providenciar a manutenção de cuidados em regime ambulatorio.

Pela legislação é sublinhada a necessidade de que o tratamento psiquiátrico se deve

adaptar a cada doente, considerando as suas especificidades individuais e as próprias especificidades, natureza e gravidade, da sua patologia mental.

12. Comissão para acompanhamento e execução do regime de Internamento Compulsivo

Pela Lei de Saúde Mental foi criada uma comissão para acompanhamento da execução do regime de internamento compulsivo (art.º 38.º), a qual é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de famílias e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde (art.º 40.º). Ainda por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio, técnico e administrativo à actividade da comissão, bem como a respectiva sede.

À comissão incumbe especialmente, segundo o artigo 41.º, da LSM:

- a) Visitar os estabelecimentos e comunicar directamente com os internados;
- b) Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados;
- c) Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo;
- d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correcção e quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções;
- e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do normativo legal que regulamento o internamento compulsivo;
- f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da Lei de Saúde Mental.

Por forma a recolher e tratar a informação relativa à aplicação do normativo legal que regulamento o internamento compulsivo, os tribunais devem remeter à comissão cópia das decisões (art.º 42.º, n.º 1, da LSM). Sendo ainda dever das entidades públicas e privadas dispensar à comissão toda a colaboração necessária ao exercício da sua competência.

Em 1999, pelo despacho conjunto n.º 638/99, de 13 de Julho é criada a comissão, em que o mandato dos membros é de três anos.

Tendo entretanto cessado aquela comissão, em 2005, pelo despacho conjunto n.º 980/2005, de 21 de Outubro foi criada uma nova comissão, em que à semelhança da anterior, o mandato dos membros é de três anos.

Este ano, 2014, pelo despacho conjunto n.º 13363/2014, de 4 de Novembro foi criada uma nova comissão, em que os mandatos dos membros permanecem por três anos.

Actualmente a sede da comissão é em Lisboa, nas instalações da Direcção-Geral da Saúde.

O apoio técnico e administrativo à actividade da comissão é suportado pela Direcção-Geral da Saúde.

Esta comissão reúne ordinariamente de dois em dois meses e extraordinariamente sempre que tal se mostre necessário.

A comissão deve promover, nos termos e condições previstos na legislação sobre protecção de dados pessoais e sobre o sigilo médico, a organização de uma base de dados informática relativa à aplicação das competências da comissão, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo (art.º 43.º, da LSM). Quanto à legislação sobre protecção de dados pessoais temos a Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, a qual transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva n.º 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995.

A comissão tem ainda que apresentar todos os anos ao Governo, até 31 de Março do ano seguinte, um relatório sobre o exercício das suas atribuições e a sua execução (art.º 44.º, da LSM).

13. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

Segundo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março⁴⁷, os problemas de saúde mental constituem a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade das nossas sociedades. Prevendo ainda para o futuro um incremento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, bem como um impacte crescente na sociedade portuguesa de problemas directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, como sejam os problemas de violência doméstica, o abuso de álcool e drogas, ou a delinquência juvenil. Por isto, a saúde mental é uma prioridade da política de saúde do XVII Governo Constitucional, respondendo ao objectivo de assegurar a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde mental modernos e de qualidade.

Em 2005, a Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS produziu uma Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir as soluções», subscrita pelo Governo Português, e em que, baseando-se naquela, a Comissão Europeia publicou o Livro Verde «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia», onde recomendam aos países uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental e onde acentuam a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio.

Neste quadro, o despacho n.º 11411/2006, de 26 de Abril, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 101, de 25 de Maio de 2006⁴⁸, criou a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, em que lhe foram atribuídos os encargos de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e de propor um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

Nesta sequência, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março⁴⁹, surge o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), para o período de 2007 a 2016, o qual tem como objectivos: assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacte das perturbações

47 A qual se encontra disponível para consulta na Internet em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/05855D5E-F660-4538-A729-0098EC7ABB6C/0/0139501409.pdf>>.

48 Disponível para consulta na Internet em: <<https://dre.pt/application/file/2718902>>.

49 Disponível para consulta na integra na Internet em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/05855D5E-F660-4538-A729-0098EC7ABB6C/0/0139501409.pdf>>.

mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. A coordenação do Plano foi atribuída ao Alto Comissariado para a Saúde.

Em 3 de Janeiro de 2012, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprovou os programas prioritários a desenvolver pela Direcção-Geral da Saúde, nos quais incluiu o Plano Nacional de Saúde Mental.

Posto isto, o Director-Geral da Saúde por despacho de 12 de Janeiro de 2012⁵⁰ nomeou como Director do Programa Nacional para a Saúde Mental o licenciado Álvaro Andrade de Carvalho, definindo as suas competências, bem como ainda lhe impôs a apresentação de relatórios semestrais de acompanhamento da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental.

Em documento publicado no *site* da Direcção-Geral da Saúde⁵¹, a 5 de Setembro de 2012, designado por «Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações Programáticas» é publicado o Estudo Nacional de Saúde Mental⁵², realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* (WMHSI), coordenado pela Universidade de Harvard e pela OMS, o qual visa levar a cabo estudos epidemiológicos de morbilidade psiquiátrica em países de todos os continentes, com base numa metodologia comum. Atendendo à vinculação internacional, o WMHSI tem ainda a finalidade de contribuir para comparações transculturais entre sociedades com diferentes níveis de desenvolvimento.

O Estudo Nacional de Saúde Mental veio comprovar a importância do PNSM, que segundo o mesmo, em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa, uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental e muitos dos que têm acesso a cuidados

50 O qual se encontra disponível para consulta na Internet em: <<https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/despacho-n-0062012-de-12-de-janeiro-pdf.aspx>>.

51 O qual se encontra disponível para consulta na Internet em: <[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i017669%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i017669%20(1).pdf)>.

52 O qual se encontra disponível para consulta na Internet em: <www.fcm.unl.pt/main/alldoc/.../Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf>.

de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) considerados essenciais.

O mesmo estudo veio no entanto dizer que apesar de todas as dificuldades decorrentes da situação de crise económica vividas no país, o PNSM assegurou já progressos significativos, nomeadamente, quanto ao número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos, que diminuiu em 40%, prosseguiu a bom ritmo a criação de serviços de saúde mental nos hospitais gerais e concretizaram-se avanços significativos no lançamento de novos serviços na comunidade e na formação de profissionais no desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves, bem como se lançaram as bases dos cuidados continuados integrados da saúde mental e criaram-se com sucesso os primeiros serviços e programas residenciais neste sector, sendo que ainda quanto à cooperação intersectorial com os sectores social, da justiça, da educação e do emprego iniciaram-se vários programas inovadores que permitiam integrar a saúde mental na luta contra a violência doméstica, o apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social.

Atendendo às consequências dos novos problemas de saúde mental ligados à crise, as recomendações da OMS e as condicionantes resultantes dos constrangimentos financeiros existentes no nosso país, o Programa Nacional para a Saúde Mental entende que é essencial prosseguir com redobrado esforço a implementação do PNSM, dando especial ênfase, entre outras, às seguintes prioridades: relançamento da desinstitucionalização em Lisboa, Porto e Coimbra, por uma equipa de projecto com competências específicas na matéria, coordenada pelo PNSM e com o apoio da OMS e da União Europeia, de modo a garantir a máxima qualidade técnica e a colocar este processo como um exemplo de boas práticas a nível internacional e iniciar o projecto de monitorização de direitos humanos e de promoção de qualidade de cuidados, a desenvolver em colaboração com a OMS. Atendendo a que as pessoas com incapacidades mentais e psicossociais são muitas vezes alvo de violações dos seus direitos, incluindo experiências de estigma e discriminação, a OMS desenvolveu o projecto “QualidadeDireitos”, o qual visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a promoção dos direitos humanos nas instituições que prestam cuidados de saúde e suporte psicossocial nos sectores da saúde e social. Este projecto proporciona formação e providencia um conjunto de instrumentos às diferentes partes interessadas, incluindo familiares e utentes, capacitando-as para que possam promover uma melhor prestação de cuidados nas referidas instituições, tendo por

base o respeito pelos direitos humanos, nomeadamente os enunciados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tem assim como objectivos monitorizar e avaliar a qualidade e as condições de direitos humanos, documentar as avaliações e efectuar recomendações e ainda encorajar e apoiar as instituições no desenvolvimento e implementação de planos de melhoria.

Conclusão

Com a elaboração deste trabalho concluímos que as perturbações mentais não são uma doença recente nas sociedades modernas, desde há muitos milhares de anos que as pessoas sofrem de tal doença, sem que no entanto entendessem que estávamos perante um problema de saúde, acreditando antes, de acordo com a civilização, que era fruto de possessão demoníaca e ainda predominava uma concepção mágico-religiosa da loucura. Perante estes entendimentos os doentes mentais eram abandonados pelas famílias, sendo por vezes recolhidos das ruas e metidos em asilos, nos quais eram tratados de forma desumana e degradante, sendo alvo de chacota e de maus-tratos.

Com o passar dos tempos a loucura começou a ser encarada como um problema de saúde mental, em que os doentes eram internados em asilos ou hospitais, e acreditava-se que era possível trata-los, sendo-lhe aplicadas algumas terapias para que os mesmos melhorassem e fossem restituídos à sua família.

Só a partir de 1972 é que a OMS começou a analisar o que seria desejável em termos de desenvolvimento dos serviços de saúde mental e emitiu as primeiras recomendações sobre o assunto. O que levou a que posteriormente algumas instituições europeias emitissem algumas recomendações mais concretas.

Em Portugal, começou a sentir-se alguma preocupação com a saúde mental a partir dos meados do século XIX e então surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos, os quais foram mostrando alguns avanços e recuos quanto ao tratamento dos doentes mentais.

Em 4 de Julho de 1889 foi promulgada a primeira lei especial, com características verdadeiramente nacionais, da assistência a alienados, a qual ficou conhecida como lei-Sena. E só em 1945, foi elaborada uma Lei de Saúde Mental, a Lei de Bases - lei 2006, que delimitava a esfera do internamento em “regime fechado” para tratamento, do *“internamento nos asilos para anormais perigosos ou anti-sociais que carece de confirmação judicial”* (Jara, 1997^a: 96).

Posteriormente, foi aprovada a Lei n.º 2.118, de 3 de Abril de 1963, a qual se debruçava sobre aspectos organizativos dos Serviços de Saúde Mental e matéria referente às modalidades de internamento psiquiátrico, permitindo que os doentes mentais fossem sujeitos a internamento compulsivo contra a sua vontade, mediante o preenchimento de determinados requisitos impostos por aquela Lei. No entanto, e uma vez que estamos

perante restrição de direitos fundamentais, que não encontrava à data acolhimento na Constituição da República Portuguesa, foram levantadas várias questões relativamente à constitucionalidade daquela Lei, pelo que, e apesar de algumas entidades se pronunciarem em sentido contrário, procedeu-se à alteração da Constituição da República Portuguesa, de modo a permitir a restrição da liberdade, através de internamento, dos portadores de anomalia psíquica, desde que em estabelecimento terapêutico adequado, e que seja decretado ou confirmado por autoridade judicial competente (art.º 27.º, n.º 3, al. h).

Após a alteração da Constituição da República Portuguesa, em 1997, surgiu a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental que se encontra actualmente em vigor. Pela análise crítica da mesma concluímos que o internamento compulsivo como medida que impõe a restrição da liberdade do portador de anomalia psíquica tem carácter excepcional, só devendo ser aplicada quando não for possível o tratamento daquele de outra forma.

Apesar de hoje em dia termos uma Lei que regula o internamento compulsivo e as perturbações psiquiátricas terem tendência a aumentar, as pessoas, principalmente no interior do país ainda não estão familiarizadas com este problema, sendo que ainda recorrem a concepções mágico-religiosas para os explicar.

A Lei de Saúde Mental dedica a maior parte dos seus artigos ao internamento compulsivo, prevendo quais os pressupostos a que o mesmo se encontra sujeito para ser decretado ou confirmado pelo juiz, no entanto, não só ao nível dos pressupostos mas ao longo de todo o diploma o legislador utiliza alguns conceitos imprecisos, que segundo alguma doutrina pode determinar a inconstitucionalidade da Lei, mas que segundo Vieira de Andrade devem ser analisados os casos concretos, o que, discordamos, atendendo que estamos perante uma medida privativa da liberdade.

Concluí que ao internando, bem como ao internado apenas lhe são restringidos os direitos estritamente necessários para manter a sua segurança, de forma a possibilitar o seu tratamento, pelo que os mesmos mantêm no essencial a maior parte dos direitos fundamentais, sendo que a Lei de Saúde Mental os enumera. Se bem que a restrição daqueles direitos obedece aos princípios da proporcionalidade, da adequação e da necessidade, bem patentes na Lei de Saúde Mental.

Relativamente à legitimidade para requerer o internamento compulsivo, bem como ao conteúdo do requerimento, somos obrigados a concluir que o legislador quis de forma

bem clara proteger o portador de anomalia psíquica, uma vez que confere legitimidade às várias pessoas que se encontram próximas daquele, bem como não exige grandes formalismos na elaboração do requerimento, o que permite a qualquer pessoa com legitimidade fazer o respectivo requerimento e assim acautelar a saúde, bem como a segurança do doente mental. Acresce ainda o facto de o processo de internamento compulsivo se encontrar isento de custas, o que nos dias que correm podia ser mais um entrave.

Apesar de o requerimento obedecer ao princípio da informalidade, ainda há muitos portadores de anomalia psíquica que apenas são internados já em casos de urgência, existindo estes em maior volume nos Tribunais.

Neste trabalho analisamos as diferenças entre o internamento compulsivo, o internamento de inimputáveis e o internamento preventivo, previsto no CPP e tendo a possibilidade de conhecermos a realidade junto do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo concluímos que aos inimputáveis, apesar de estarem afectos à área do estabelecimento prisional, é lhes dada maior liberdade que ao portador de anomalia psíquica, uma vez que aos mesmos é permitido frequentarem várias actividades, e dependendo da sua inimputabilidade podem mesmo frequentar formações e ocupar cargos com alguma responsabilidade junto do estabelecimento prisional.

Da análise crítica da Lei de Saúde Mental e da jurisprudência, a que nos propusemos, concluímos que os hospitais e os tribunais cooperaram para a melhor aplicação da Lei de Saúde Mental, encontrando-se a mesma actualizada, mesmo em face da constante evolução da medicina. É nesta medida que o legislador ao não enumerar taxativamente as causas ou dando um conceito de anomalia psíquica, agiu correctamente, permitindo assim que o conceito seja adequado de acordo com as evoluções na medicina.

Com a realização deste trabalho apercebemo-nos que devido à crise económica há cada vez mais pessoas a sofrer de doenças do foro psicológico.

Na Lei de Saúde Mental encontra-se desenvolvida a matéria respeitante ao internamento compulsivo, e apesar de ser permitida a sua substituição por tratamento compulsivo em regime ambulatorio, esta não se encontra desenvolvida, o que nos leva a pensar que no caso dos internamentos compulsivos aumentarem, para além de não existirem estabelecimentos hospitalares suficientes para albergar o crescente número de doentes, até que ponto será viável manterem tantas pessoas privadas da liberdade, não seria

antes desejável instituir o regime de tratamento compulsivo em regime ambulatorio, dando-lhes outros contornos, aumentando o número de técnicos disponíveis para o seu acompanhamento em ambulatorio, o que talvez ainda levasse o erário público a poupar recursos económicos, uma vez que o internamento sempre sairá mais dispendioso.

Com este trabalho atingimos os objectivos a que nos propusemos, de aprofundar os nossos conhecimentos na matéria e esperamos que de alguma forma tenhamos despertado a atenção no sentido de o internamento compulsivo, para além de restringir outros direitos, priva as pessoas da sua liberdade, direito que a nossa Constituição entende como fundamental.

Bibliografia

AGUIRRE BAZTÁN, A, RODRÍGUEZ CARBALLEIRA, A. (Eds.). *Patios Abiertos y Patios Cerrados: Psicología cultural de las instituciones* [em linha]. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria, 1995. [referência de 14 de Junho de 2014], Disponível na Internet em: <http://books.google.pt/books?id=cT6zd9zBDmEC&pg=PA13&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false>.

ALBERGARIA, Pedro Soares de. 2006 - A Lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) – Anotada. Lisboa: Almedina.

ALBUQUERQUE, Cristina, ALBUQUERQUE, Emília. 1992. Internamentos e Tratamentos Compulsivos em Psiquiatria. In TABORDA, Mário (Coord.). *Ética em Psiquiatria*. Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos. p. 75 – 86.

ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. 1980 - História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até ao presente. Tradução de: Aydano Arruda; 2.^a Ed. São Paulo: IBRASA.

ALMEIDA, Ana Paula Teixeira. 2000 - Vidas invisíveis – os doentes inimputáveis perigosos internados em serviços de psiquiatria. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação.

ALVES, Fátima, SILVA, Luísa Ferreira da. *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. In Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e acção. [em linha]. 2004. p. 56-64. [referência de 20 de Julho de 2014]. Disponível na Internet em: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f725bc048_1.pdf>.

ANTUNES, Maria João. 2002. Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica. Coimbra: Coimbra Editora.

ANTUNES, Maria João. 1992. Os direitos dos doentes mentais – uma abordagem à luz do Código Penal de 1982. *Criminalidade e Cultura II*. Cadernos do CEJ, n.º 1. p. 245 – 267.

BARRETO, Ireneu Cabral. Maio/Agosto 2000. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e os Direitos dos Doentes Mentais. *Revista de Psiquiatria*. N.º 2, Vol. XIII. p. 109-123.

BARRETO, João. 1992. A Capacidade Mental para Consentir. In TABORDA, Mário (Coord.). *Ética em Psiquiatria*. Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos. p. 213 – 219.

BARRETO, João. 1996. Doença Psíquica. In ARCHER, Luís, BISCAIA, Jorge e OSSWALD, Walter. *Bioética*. Lisboa - São Paulo: Editorial Verbo. p. 314-323.

BARRETO, João. 1998. O internamento forçado nas doenças mentais. *Bem da pessoa e Bem comum: Um desafio à Bioética*. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. Gráfica de Coimbra. VIII. p. 187-192.

BASTOS, Susana Trovão Pereira. 1991. Da Cidade e dos Seus Loucos: Inclusões/Exclusões. Do Desvio à Instituição Total. *Cadernos do CEJ*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. N.º 1/90. p. 67-116.

CAMPOS, Alexandra de. 1998 - A nova lei de saúde mental. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol. 16. N.º 3 Julho/Set. p. 57-60.

CARDOSO, Carlos Mota. 1998 - A proposta de lei de saúde mental – o seu equívoco. *Revista de Psiquiatria*. Vol. XI, n.º 1. Jan./Março. p. 8-10.

CARNEIRO SANTOS, J.A., FONTE, A. 1984. Inimputável internado, o esquecido da psiquiatria. *Psiquiatria Clínica*. V. 5, n.º 4. p. 203-212.

CARVALHO, Álvaro de. 2000. Saúde Mental: a efectiva integração no Serviço Nacional de Saúde e os internamentos compulsivos. In *A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora. p. 11-18.

CARVALHO, António Carlos do Carmo. Jan. - Março 1988. Sobre o conceito de saúde mental. *Enfermagem*. Revista Portuguesa da Associação Portuguesa de Enfermeiros. Ano IV. p. 8-10.

CORDEIRO, J.D. 1982. A saúde mental e a vida. Lisboa: Salamandra. p. 15-22.

COELHO, Rui, RAMOS, Sónia. Setembro de 2005. Aspectos éticos da saúde mental (Parte I). *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, n.º 38. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 171-200.

COELHO, Rui, RAMOS, Sónia. Dezembro de 2005. Aspectos éticos da saúde mental (Parte II). *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, n.º 39. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p.

325-358.

COSTA, José Raimundo Evangelista da. Setembro 2008. A vulnerabilidade do doente mental. *Hospitalidade*. 72 (281). p. 25 – 30.

CORREIA, Diana, ALMEIDA, Fernando. O Internamento e o Tratamento Involuntários na União Europeia. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça* [em linha]. 2012, 5 [referência de 20 de agosto de 2014]. p. 95 – 113. Disponível na Internet em: <http://www.spppj.com/uploads/n_5.pdf>.

CUNHA, Rui Vieira da. 2004. Questões Jusfundamentais no Internamento Compulsivo de Portadores de Anomalia Psíquica. *Revista da Faculdade de Direito do Porto*. Ano I. Porto: Coimbra Editora. p. 405 – 430.

DANTAS, António Leones. Maio/Agosto 1998a). A proposta de lei de saúde mental – Contributo para um debate. *Revista de Psiquiatria*. Vol. XI, n.º 2. p. 7-11.

DANTAS, António Leones. Outubro-Dezembro 1998b). Notas sobre o Internamento Compulsivo na Lei de Saúde Mental. *Revista do Ministério Público*. Ano 19, n.º 76. p. 51 – 65.

DANTAS, António Leones. 2002. O Processo de Internamento na Lei de Saúde Mental. *Revista do Ministério Público*, Ano 23, n.º 90. p. 151 - 166.

DIAS, Jorge de Figueiredo. 2000. Palavras finais do Prof. Doutor Jorge de Figueiredo Dias à Conferência do Procurador-Geral da República. In *A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora. p. 61.

DIAS CORDEIRO, J. C. 2002. A Psiquiatria na História e na Cultura. In DIAS CORDEIRO, J.C. (Ed.) - *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2.º Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 37-44.

DIAS CORDEIRO, José Carlos. 2003. *Psiquiatria forense – a pessoa como sujeito ético em medicina e em direito*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

DIAS CORDEIRO, José Carlos. 2002. *Perspectivas Preventivas em Saúde Mental. Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª ed, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 83-108.

FERNANDES, Barahona. 1980. *Da Psiquiatria para a Saúde Mental: Um modelo antropológico médico*. Lisboa: Ed. Gráfica Portuguesa. p. 9 – 30.

FIGUEIREDO, Margarida. 2001. Para que serve uma Lei de Saúde Mental? Reflexões e práticas. Revista da Ordem dos Médicos. Ano 16, n.º 20. Fev./Março. p. 20-21.

FLEMING, Manuela. 1976. Ideologias e Práticas Psiquiátricas. Porto: Edições Afrontamento.

FONSECA, A. Fernandes da. 1995. Saúde Mental e Humanização: S. João de Deus e a Assistência Hospitalo-Comunitária. Lisboa: Edições Afrontamento.

FONSECA, A. Fernandes. 1997. Psiquiatria e Psicopatologia. I Vol. 2.ª Ed. Serviço de Educação. Fundação Calouste Gulbenkian.

FONSECA, A. 1991. S. João de Deus e a assistência psiquiátrica. Comunicação no IV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus. Editorial Hospitalidade Mem Martins. p. 35-41.

FOUCAULT, M. 1972. A história da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva.

GAMEIRO, Aires. 1989. Manual de Saúde Mental e Psicopatologia. 4.º Ed. Porto: Edições Salesianas.

GAMEIRO, José. 1992. Voando sobre a Psiquiatria: análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. Porto: Edições Afrontamento.

GENTIS, Roger. 1972. Os Muros do Asilo. Porto: Portucalense Editora.

GOFFMAN, Erving. 1974. Manicómios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva.

GOMES, B. 1843. Dos estabelecimentos de alienados nos Estados principais da Europa. Lisboa: Ulmeiro (reimpressão).

GOMES CANOTILHO, J.J. 2011. Direito Constitucional e Teoria da Constituição. 7.ª ed. Coimbra: Coimbra Editora.

GONÇALVES, Pedro Correia. 2009. O Estatuto Jurídico do Doente Mental. Com referência à Jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. Lisboa: Quid Juris.

GRAÇA, Luís. A emergência da hospitalização psiquiátrica em Portugal (1848-

1971). Textos sobre saúde e trabalho. Disponível electronicamente <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos176.html>>.

GUERRA, J. Miller. 2002. A formação Histórica dos erros e preconceitos em higiene mental. In DIAS CORDEIRO, J.C. (Ed.) - Manuel de Psiquiatria Clínica. 2.º Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 11 – 20.

Infopédia (2013-2014). Enciclopédia e Dicionários Porto Editora [Em linha]. Porto: Porto Editora. [Referência de 25 Agosto de 2014]. Disponível na internet em: <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>>.

JARA, José Manuel. 1997a). Análise Sobre a Proposta de “Lei de Saúde Mental”. *Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos*. 2. p. 93-102.

JARA, José Manuel. 1997b). A Lei de Hospitalização Psiquiátrica Francesa e os Direitos dos Doentes. *Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos*. 2. p. 115-125.

JARA, José Manuel. 1997c). A Lei de Saúde Mental Inglesa (Mental Health Act – 1983). *Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos*. 2. p. 109-114.

JARA, José Manuel. Maio/Agosto 2000. A teoria e a prática do Internamento Compulsivo: Quid legis sine moribus. *Revista de Psiquiatria*. Vol. XIII. N.º 2. p. 124-128.

LATAS, António João, VIEIRA, Fernando. 2004. Notas e Comentários à Lei de Saúde Mental. Centro de Estudos Judiciários. Coimbra: Coimbra Editora.

LOPES, Nuno Ambrósio. Maio 2003. Da humanização do doente psiquiátrico: O legado histórico, ético e formativo de João Cidade. *Revista Ordem dos Médicos* [Em linha]. Ano 19, n.º 35, p. 44-45 [Referência de 15 Agosto de 2014]. Disponível na Internet em: <<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=f73b76ce8949fe29bf2a537cfa420e8f>>.

MARQUES, António dos Reis. 2000. Lei de Saúde Mental e internamento compulsivo. In A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 111-119.

MARTINS, Margarida Medina, CEPEDA, Arminda, BATISTA, Fernando. 1993. Grupo de Apoio e Defesa Jurídica de Doentes Mentais. Direitos dos Cidadãos doentes mentais. 2.º ed. Lisboa.

MEDEIROS, Carlos Laranjo, COELHO, Mário Baptista. 1991. Do Desvio à Instituição Total. Cadernos do CEJ. Centro de Estudos Judiciários. N.º 2/89. Lisboa. p. 15-35.

MELO, Helena Pereira de. 1998. O BIODIREITO. In SERRÃO, Daniel, NUNES, Rui. Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora. p. 171-182.

MENDES, Francisco Miller. 2000. A Nova Lei de Saúde Mental. In A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 99-110.

MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles de. 2005. O Internamento Compulsivo do Doente Mental Perigoso na Lei de Saúde Mental. Estudos de Direito da Bioética. Vol. 1. Lisboa: Almedina. p. 129 – 139.

MILHEIRO, Jaime. 1999. Loucos são os outros. 2.º Ed. Porto: Edições Fim de Século.

MILHEIRO, Jaime. 2001. Ambiente e saúde mental. In ARCHER, Luis [et al.] (Coord). Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora. p. 301-306.

MIRANDA, Jorge, MEDEIROS, Rui. 2010. Constituição Portuguesa Anotada. Tomo I. 2.ª ed. Revista, actualizada e ampliada. Coimbra: Coimbra Editora.

MOTA, José Luís. 2000. Discurso na Sessão de Encerramento. In A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 133-140.

MOREIRA, Paulo; MELO, Ana, orgs. 2005. Saúde Mental: Do Tratamento à Prevenção. Porto: Porto Editora.

OLIVEIRA, J. F. Reis de. 1998 - Saúde Mental numa perspectiva histórica e sociológica. Revista de Psiquiatria. Vol. XI, n.º 1. Janeiro/Março. p. 43-49.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Constituição da Organização Mundial de Saúde [Referência de 11 Agosto de 2014]. Disponível na internet em: <<http://apps.who.int/g/b/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>>.

OSSWALD, Walter. 2009. Uma Reflexão Ética sobre cuidados de Saúde Mental. In ASCENÇÃO, José de Oliveira, coord. - Estudos de Direito da Bioética. Vol. III. Coimbra: Almedina.

PALHA, António José Pacheco. Fev./Março 2001. Alguns equívocos na Saúde

Mental: Por uma revalorização da Psiquiatria. *Revista da Ordem dos Médicos*. Ano 16. N.º 20. p. 16 – 19.

PEREIRA, Ana Leonor. Novembro de 1986. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM PORTUGAL. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 21. p. 85 – 100.

PÉLICHÉ, Yves. 1971. História da psiquiatria. Publicações Europa América.

PICHOT, Pierrot, FERNANDES, Barahona. 1984. Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal. Traduzido por Ana Maria Coelho de Sousa. Lisboa: Edição Roche Farmacêutica Química, Lda.

POLÓNIO, Pedro. 1975. Psiquiatria Forense. Lisboa: Coimbra Editora Limitada.

POLÓNIO, Pedro. 1978. Psiquiatria. Medicina da Pessoa. Lisboa: Coimbra Editora, Limitada.

REIS, Joaquim da Cruz. 1998. O sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.

RELVAS, João. Fev./Março 2001. Ensino da Psiquiatria em Portugal: Breve Nota Histórica. *Revista da Ordem dos Médicos*. Ano 16, n.º 20. p. 12-14.

RICOU, Miguel. 1998. Ética e Saúde Mental. In SERRÃO, Daniel, NUNES, Rui. (Ed.) Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto editora. p. 61-80.

RODRIGUES, António. 2000. Lei sintónica com a evolução do pensamento e da cultura democráticos. In A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 93 - 98.

RODRIGUES, Cunha. 1999. Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. *Lugares do Direito*. Coimbra: Coimbra Editora. p. 51-78.

RODRIGUES, Cunha. 2000. Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. In A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 19-52.

RODRIGUEZ, João Vaz. 2001. O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente). Centro de Direito Biomédico, n.º 3. Coimbra: Coimbra Editora.

ROQUE, Hélder. 2000. Uma reflexão sobre a nova Lei de Saúde Mental. In A Lei de Saúde Mental e O Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 121-131.

ROSALINDA, Cândida. 2004. Internamento Compulsivo: Contributo para o Estudo da Aplicabilidade da Lei de Saúde Mental. Dissertação.

SERRA, Adriano Vaz. 2000. Palavras finais do Professor Doutor Adriano Vaz Serra à conferência do Procurador-Geral da República – comentários críticos à Lei de saúde Mental. In A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 53-60.

SHORTER, Edward. 2001. Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicómio à Idade de Prozac. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

SILVA, Benedicto. 1987. Dicionário de Ciências Sociais. 2.º Ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas.

SILVA, Paula Martinho da. 1998. O internamento forçado nas doenças mentais. Breve perspectiva a partir dos quadros “O Louco” de Dominguez Alvarez e a “Antítese da Calma” de António Dacosta. Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra. VIII. p. 181-186.

TOMÉ, J. Boléu. Outubro – Dezembro 2009. Algumas questões relacionadas com a saúde mental. Hospitalidade. A. 73. N.º 286. p. 12-19.

VALLEJO Ruiloba, J. 1991. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3.º Ed. Masson: Salvat Medicina, p. 1-17.

VIEIRA, F. 2002. A violência na sua interface jurídico-psiquiátrica. Temas de Direito da Medicina, n.º 6. Centro de Direito Biomédico. Coimbra: Coimbra Editora.

VIEIRA ANDRADE, José Carlos. 2000. O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. In A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora. p. 71 - 91.

VIEIRA ANDRADE, José Carlos. 2009. Os Direitos Fundamentais na Constituição de 1976. 4ª ed. Coimbra: Almedina.

SÍTIOS CONSULTADOS NA INTERNET

Assembleia da República

<http://app.parlamento.pt/darpages/dardoc.aspx?doc=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c315a4a5355786c5a79394551564a4a4c305242556b6c42636e463161585a764c7a4d7577716f6c4d6a42545a584e7a77364e764a5449775447566e61584e7359585270646d4576524546534d4451334c6e426b5a673d3d&nome=DAR047.pdf>

Referência de 10/06/2014

Bases Jurídico-Documentais do Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça I.P.

<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/6054d72ff82e15d480257761005225db?OpenDocument>

Referência de 10/09/2014

<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/8e99d5cd4a3b1106802570ae003e7dea?OpenDocument>

Referência de 10/09/2014

<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/79ae33c520de6af580257638003a3c36?OpenDocument>

Referência de 11/09/2014

<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/818e9b65466046e3802577ee00310a95?OpenDocument>

Referência de 01/09/2014

Comissão Nacional de Eleições

http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/legis_leoal_2012.pdf

Referência de 02/11/2014

http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/legis_lear_2012.pdf

Referência de 02/11/2014

Diário da República

<https://dre.pt/pdfgratis/1963/04/07900.pdf>

Referência de 20/10/2014

<https://dre.pt/application/file/2718902>

Referência de 21/10/2014

Infopédia

<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/farmacopeia;jsessionid=IMUeHdfhV+tMflZvnSPSew>

Referência de 25/08/2014

<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/unguentos>

Referência de 25/08/2014

Gabinete de Documentação e Direito Comparado

http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm

Referência de 15/10/2014

http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_5.htm

Referência de 16/10/2014

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

Referência de 08/10/2014

http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm

Referência de 15/09/2014

Ministério da Saúde

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/05855D5E-F660-4538-A729-0098EC7ABB6C/0/0139501409.pdf>

Referência de 14/09/2014

<https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/despacho-n-0062012-de-12-de-janeiro-pdf.aspx>

Referência de 16/09/2014

<http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>

Referência de 21/10/2014

Organização Mundial de Saúde

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

Referência de 10/08/2014

Parliamentary Assembly

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta77/EREC818.htm>

m

Referência de 14/10/2014

Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas

http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Referência de 20/10/2014