



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Flávia Cristina Da Silva

**O INTERNAMENTO INVOLUNTÁRIO:
A NOVA LEI DE SAÚDE MENTAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Ciências Jurídico-Forenses, orientada pelo
Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira e apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade de Coimbra**

Janeiro de 2024



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Flávia Cristina Da Silva

**O internamento Involuntário:
A nova Lei de Saúde Mental
Involuntary hospitalization:
The new Mental Health Law**

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Ciências Jurídico-Forenses (conducente ao grau de Mestre)

Orientador: Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira

Coimbra, 2024

*Agradeço às pessoas que mais amo neste mundo, aos meus pais, ao meu irmão, e aos
meus avós.
Tudo o que sou, é graças a vocês.*

RESUMO

A presente dissertação tem como proposta analisar a Nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) publicada a 23 de Julho de 2023 no contexto histórico em que se insere, fazendo um paralelo com a lei que lhe precedeu, Lei n.º 36/98 e analisar a medida de internamento involuntário inserida num movimento de desinstitucionalização. No primeiro Capítulo, começamos por analisar a evolução histórica saúde mental, da pré-história até aos dias de hoje, passando pelo início da institucionalização, pelas condições miseráveis a que os “alienados” eram submetidos nestas instituições, pela revolução atribuída a Philippe Pinel que atribuiu uma nova dignidade a estas pessoas, até à efervescência farmacológica. De seguida analisamos a evolução histórica da saúde mental em Portugal com o nascimento da psiquiatria em 1848 com a fundação do Hospital Rilhafoles, dando início logo de seguida ao percurso legislativo português. Esta contextualização é necessária para poder perceber os movimentos que hoje em dia impulsionaram a nova legislação. Posto isto é feita uma análise da nova Lei de Saúde Mental, e às suas alterações, e segue-se uma breve contextualização internacional. O Capítulo II foca-se no conceito de saúde mental, fazendo a distinção entre a doença mental e a deficiência mental. E o Capítulo III analisa o tratamento involuntário, iniciando-se pelas normas constitucionais e internacionais que o legitimam – artigos 18.º/2 e 27.º/1/h da Constituição da República Portuguesa, e artigos 3.º, 5.º, 9.º e 12.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, e artigo 5.º/1/e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Segue-se a distinção entre Internamento involuntário, medida de segurança e internamento preventivo. E por fim a descrição dos pressupostos e dos processos para o tratamento involuntário. Concluindo com algumas breves considerações sobre o que já foi feito, e o que ainda devemos fazer.

PALAVRAS-CHAVE: Internamento Involuntário; Saúde Mental; Doença Mental; Contexto Histórico da Doença Mental; Lei de Saúde Mental; Nova Lei de Saúde Mental; Direitos Fundamentais; Processo Comum; Processo de Internamento de Urgência.

ABSTRACT

The present dissertation aims to analyze the New Mental Health Law (Law n.º 35/2023) published on July 23, 2023, within the historical context in which it is framed, drawing parallels with its predecessor, Law n.º 36/98. The study also delves into the analysis of the involuntary hospitalization measure embedded in a deinstitutionalization movement.

In the first chapter, we commence by examining the historical evolution of mental health from prehistory to the present day. This includes the initiation of institutionalization, the deplorable conditions to which the “mentally ill” were subjected in these institutions, the revolution attributed to Philippe Pinel, who bestowed a new dignity upon these individuals, and the subsequent pharmacological developments. Following this, we analyze the historical evolution of mental health in Portugal, starting with the establishment of psychiatry in 1848 with the founding of Rilhafoles Hospital. Shortly thereafter, we embark on the Portuguese legislative journey. This contextualization is essential for understanding the movements that have driven the new legislation. Subsequently, an analysis of the new Mental Health Law and its amendments is conducted, followed by a brief international contextualization.

Chapter II focuses on the concept of mental health, distinguishing between mental illness and mental disability. Chapter III analyzes involuntary treatment, beginning with the constitutional and international norms that legitimize it – Articles 18.º/2 and 27.º/1/h of the Constitution of the Portuguese Republic, Articles 3.º, 5.º, 9.º, and 12.º of the Universal Declaration of Human Rights, and Article 5.º/1/e of the European Convention on Human Rights. The chapter then delves into the distinction between involuntary hospitalization, security measures, and preventive detention. Finally, it describes the prerequisites and processes for involuntary treatment, concluding with brief considerations on what has been accomplished and what still needs to be done.

KEYWORDS: Involuntary Hospitalization; Mental Health; Mental Illness; Historical Context of Mental Illness; Mental Health Law; New Mental Health Law; Fundamental Rights; Common Procedure; Emergency Hospitalization Procedure.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LSM – Lei da Saúde Mental

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos do Homem

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

CRP – Constituição da República Portuguesa

CPP – Código de Processo Civil

CP – Código Penal

p. – Página

art. – Artigo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO:	8
Capítulo I – O Contexto Histórico da Doença Mental e do Internamento Compulsivo	9
1. A Evolução Histórica da Saúde Mental	9
2. A Evolução Histórica da Saúde Mental em Portugal.....	15
2.1 O Início da Psiquiatria em Portugal.....	15
2.2 A Lei Sena	17
2.3 A Lobotomia de Egas Moniz	18
2.4 A Lei Júlio de Matos	19
3. O Percurso Legislativo em Portugal	20
3.1 Lei n.º 2006.....	20
3.2 Lei n.º 2118	21
3.3 Lei n.º 36/98	24
3.4 A atual Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023)	28
4. Além da Lei de Saúde Mental	37
4.1 No plano nacional	37
4.2 No plano internacional e europeu	38
4. Conclusão.....	43
Capítulo II: Conceito de saúde mental/ doença mental/ Deficiência mental:	43
1. Distinção entre Doença Mental e Deficiência Mental	44
2. Doente Mental: Animal irracional	46
3. Pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental.....	48
Capítulo III: O tratamento involuntário.....	48
1. Direitos Fundamentais	48
2. Distinção entre Internamento Involuntário, Medida de Segurança e Internamento Preventivo	49
3. Processo para Tratamento Involuntário	51
3.1 Processo comum	51
3.2 Processo de Internamento de Urgência	54
3.3 Conclusão	55
CONCLUSÃO:	56
BIBLIOGRAFIA:	57

INTRODUÇÃO:

O Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de Dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, elaborado pelo mesmo grupo de trabalho que desenvolveu a atual Lei de Saúde Mental dispõe no seu preâmbulo as seguintes anotações “*A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60 % destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental. Especificamente, a depressão afeta 10 % dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos*”¹.

Dou início a esta Dissertação abordando os dois principais motivos que me levaram a trabalhar sobre este tema: O primeiro, passou-se, em Outubro de 2009, e daquele dia lembro-me de ver a polícia quando entrei pela porta ainda aberta daquele pequeno apartamento, de ouvir os gritos desesperados da filha mais velha, dos olhos avermelhados do choro da filha do meio, e da incompreensão do filho mais novo que com apenas três anos lhe disseram que o pai tinha ido para o céu. Hoje ainda ecoa na minha cabeça as últimas palavras que me disse, “a ambulância está aqui para me levar, estou doente”. E persiste a dúvida de saber: se aquela médica tivesse atendido ao pedido desesperado da mulher, que implorava que mantivessem lá o marido por pelo menos aquela noite, ele ainda estaria aqui. Talvez não. Por esta razão dedico este trabalho a estes três filhos (meus primos), que na altura ainda menores, perderam o pai para a doença mental. O segundo motivo, mais recente, ocorreu no passado dia 18, a minha prima tirou a vida, sufocada pelo sofrimento provocado por uma terrível doença mental.

É, portanto, sobre a Saúde Mental, sobre a sua adversária, a Doença Mental e sobre a complexa relação entre a doença mental, o tratamento involuntário e os Direitos Fundamentais que este trabalho pretende desenvolver-se. Desde a pré-história que muitas teorias se foram desenvolvendo em relação à doença mental, e outras tantas sobre como

¹ Decreto-lei n.113/2021 de 14 de Dezembro, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>

as tratar, passámos por momentos obscuros no decurso desta história, e hoje em dia tentamos conciliar os conhecimentos científicos, a dignidade do ser humano e os cuidados que estas pessoas mais vulneráveis merecem.

Preponho-me no desenvolver desta Dissertação abordar primeiramente o percurso histórico da Doença Mental, continuando com o percurso legislativo sobre a Saúde Mental, e dando especial relevo à Nova Lei de Saúde Mental que está em vigor desde Agosto de 2023. Pretendo de seguida abordar brevemente alguns diplomas internacionais de forma cronológica, que considero relevantes para a jurisdição nacional e o desenvolvimento da nossa legislação. E por fim, desenvolver no último capítulo o tema do tratamento involuntário, abordando os pressupostos da sua aplicação e o seu processo de implementação, de acordo com a nova LSM.

Capítulo I – O Contexto Histórico da Doença Mental e do Internamento Compulsivo

1. A Evolução Histórica da Saúde Mental

A história da doença mental é longa e complexa, a sua compreensão foi sujeita a vários entendimentos e os tratamentos muitas vezes peculiares, contudo, é uma história de muitos progressos e em constante evolução, que prossegue até aos dias de hoje. Ingrid G. Ferreras², evidencia três teorias sobre a etiologia da doença mental que foram surgindo ao longo da história da doença mental: as teorias do sobrenatural, as teorias somáticas e as teorias psicogénicas. As teorias sobrenaturais atribuem a doença mental à possessão pelo mal, ao descontentamento dos deuses, ao pecado, ... As teorias somáticas atribuem a doença mental a um desregulamento fisiológico. Já as teorias psicogénicas atribuem a doença mental ao trauma, ao stress ou a uma deficiência cognitiva.

² FERRERAS, Ingrid G. “History of mental illness”, <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

1. Pré-história: (> 4000 a.C.):

A pré-história foi marcada pelas teorias sobrenaturais, exemplo disso era a técnica designada trepanação que consistia na remoção de um pequeno fragmento ósseo para permitir a saída dos demónios aprisionados, que eram os causadores da *loucura*.

2. Antiguidade (4000 a.C.- 476 d.C.)

Na Antiguidade, em torno de 1900 a.C., uma perspectiva somática da doença mental foi avançada em Mesopotâmia e no Egito. Quem a defendia explicava a *loucura* nas mulheres pelo deslocamento do útero, propondo como tratamento a utilização de fortes odores que alegadamente atrairiam o útero para o seu lugar de origem.

Não obstante, as teorias sobrenaturais não foram de todo ultrapassadas, e muitas culturas acreditavam que as doenças mentais eram causadas por forças sobrenaturais, espíritos malignos ou o resultado de um castigo divino, tal conceção era corroborada pelo antigo testamento em que o *louco* e o *ímpio* (aquele que não tinha religião) eram um só, e a transgressão da ordem divina era castigada pela loucura. Para estes a cura frequentemente envolvia rituais religiosos, exorcismos e práticas místicas.

Mais tarde em torno de 400 a.C. Hipócrates refuta as origens divinas da loucura, e atribui a sua origem a um desequilíbrio dos humores (fluidos corporais), o sangue, a bÍlis amarela, a bÍlis negra, e a fleuma, em que o excesso de bÍlis negra era a causa da doença mental, e o tratamento passava ou por infusões de heléboro preto em vinho doce, com mingau de cevada, por uma mistura de mel, água e vinagre. Ou ainda quando o excesso de sangue causava, segundo este, um comportamento temperamental, deveria recorrer-se à sangria. Élio Galeno, relevante intérprete de Hipócrates, desenvolve a sua teoria somática, mas propõe também uma outra compreensão das doenças mentais, com fundamento no vivenciar de stress psicológico, todavia, esta breve abertura à teoria psicogenética, foi ignorada durante séculos.

3. Idade Média (V- XV):

Na idade média a representação somática da loucura foi muito divulgada, tendo Avicena distinguido no Cânone da Medicina, três tipos de doenças da cabeça, as inflamações de parte do cérebro, os *transtornos mentais* e as patologias das funções motoras. Conquanto, na Europa, as teorias sobrenaturais ainda prevaleciam, e a compreensão das doenças mentais continuou a ser muito influenciada por superstições e

crenças religiosas. É nesta época que se inicia a perseguição às bruxas, em que principalmente mulheres, consideradas possuídas pelo demônio, foram julgadas e executadas.

4. Renascimento (XV- XVI):

O século XVI marca o nascimento dos asilos e dos hospitais destinados ao confinamento dos indesejáveis, que eram apenas os doentes mentais, mas também, os pobres, os sem abrigo, os desempregados e os criminosos. Contrariamente ao que afirma Michel Foucault na sua obra “*História da loucura na idade clássica*” de 1961, o Hospital Geral de Paris criado em 1656 não foi a primeira instituição fundada com este fim, antes dela já existiam várias instituições em diversas cidades (Veneza, Milão, Roma, Lyon, Rouen, Paris), o objetivo destas instituições não era todavia de tratar os doentes mentais, mas sim afastá-los socialmente já que segundo a teoria animalista estes eram seres incapazes de razão, de controlar os seus impulsos violentos e que não sentiam dor, nem frio³. Além do mais, estes estabelecimentos eram dirigidos por homens que possuíam toda a autoridade diretiva, administrativa, comercial, policial, judicial, correcional e punitiva, homens estes desprovidos de qualquer humanidade e “*autorizados a aplicar aos seus presos inocentes um regime arbitrário de grande crueldade e violência*”⁴.

No período do Renascimento, houve um interesse crescente na medicina e na observação científica, no entanto, ainda não existia uma compreensão precisa das causas das doenças mentais, e as fontes históricas revelam uma intolerância da sociedade ocidental em relação aos loucos pela incapacidade de se integrarem na comunidade. É nesta época que surge a crença de que a causa da doença mental estaria na existência de pedras na cabeça “*a pedra da loucura*”, à imagem dos cálculos que se formavam nos restantes órgãos do corpo humano, esta crença levou a que charlatões procedessem a invasivas e perigosas cirurgias de excisão da tal “*pedra da loucura*”. O pintor Jérôme Bosch crítica na sua obra “*A extração da pedra da loucura*” (1475-1480) esta crença da existência de uma pedra que provoca a loucura. E como diz o Prof. Doutor Roberto Poma

³ G. FERRERAS, Ingrid, “History of mental illness, <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

⁴ CORREIA GONÇALVES, Pedro, O Estatuto Jurídico do doente mental: Com referência à jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem.

‘não haveria loucura maior que querer remover a pedra da loucura’, frisando o retrocesso que tal construção representa no desenvolvimento da história da doença mental.⁵

5. Séculos XVIII e XIX:

Progressivamente as teorias hipocráticas vão sendo abandonadas e intensificam-se as pesquisas sobre o sistema nervoso, e os transtornos mentais e do comportamento, são atribuídos tanto ao desregulamento orgânico quanto ao desregulamento nervoso que provoca tensões, relaxamentos e oclusões. Apesar disso, as doenças mentais continuaram a ser vistas através de um prisma somático, e o tratamento que lhes era aplicado assemelhava-se aos previstos para o tratamento das doenças físicas, nomeadamente, utilização da sangria, da expurgação, ou da administração de eméticos.

Quanto à questão dos estabelecimentos asilares, a crueldade e violência persiste, relata Foucault que no Hospital de Paris para as mulheres, estas eram “*acorrentadas como cães às portas das celas e isoladas dos funcionários e visitantes, por um longo corredor protegido com uma grade de ferro*” pela qual “*passa a comida e a palha em que dormem*”⁶, Esquirrol cita os escritos de Riel⁷ para retratar o que viu nas instituições que visitou pelas cidades de França, concluindo que tais condições expandem-se por quase todas as instituições da Europa, Esquirrol salienta ainda na sua obra “*Des établissements des aliénés en France e des moyens d’améliorer le sort de ces infortunés*”, que os “*infortunés*”⁸ por quem está a pedir melhores condições são os membros de relevo da sociedade, as vítimas do preconceito, da injustiça e da ingratidão dos seus semelhantes, são os pais de família, as esposas fieis, os comerciantes honestos, os artistas talentosos, os estimados guerreiros da pátria e os ilustres estudiosos, que lamentavelmente recebem pior tratamento que aqueles que cometeram crimes, criminosos que podem trabalhar e com o produto do seu trabalho melhorar as suas condições de vida nessas instituições.⁹

⁵ POMA Roberto, *La Folie et les Maladies Nerveuses, Histoire de la médecine à l’époque moderne*, UE7 Tome 2, Démarches épistémologique et histoire de la médecine, 2018

⁶ GONÇALVES, Pedro o “Estatuto jurídico do doente mental”, pag.28,

⁷ Sobre como eram tratados os indesejados na Alemanha. Esquirrol, *Des établissements des aliénés en France e des moyens d’améliorer le sort de ces infortunés*, mémoire présenté à Son excellence le ministre de l’Intérieur en septembre 1818, Paris, De l’imprimerie de Madame Huzard, Mars 1819. Pag.5 e 6

⁸ Infortunado: Infausto; que inspira tristeza; que foi marcado pela má sorte. Dicionário online de português, <https://www.dicio.com.br/infortunado/> visitado no dia 21/11/2023.

⁹ ESQUIROL *Des établissements des aliénés en France e des moyens d’améliorer le sort de ces infortunés*, mémoire présenté à Son excellence le ministre de l’Intérieur en septembre 1818, Paris, De l’imprimerie de Madame Huzard, Mars 1819. Pag.13 e 14

Na segunda metade do século XVIII, o Iluminismo trouxe avanços no pensamento científico e filosófico, incluindo a investigação mais sistemática das doenças mentais, e o ressurgimento das teorias psicogenéticas agora com uma nova força. Mas o que mais se destaca neste século são as reformas humanitárias introduzidas por Vincenzo Chiarugi na Itália (1785-1788), Philippe Pinel na França (1794), William Tuke na Inglaterra (1796) e Benjamin Rush nos Estados Unidos (1812), estes removeram as correntes e grilhões dos internados, deram-lhes uma nova dignidade, passando estes a serem vistos não como prisioneiros, mas antes como doentes mentais que necessitavam de tratamentos compassivos. Temos aqui um importante câmbio no objetivo do internamento, o doente mental passa a estar no epicentro do seu internamento, o objetivo é tratá-lo e tratá-lo com dignidade, e o afastamento social com foco na sociedade apenas é válido quando o doente se torna perigoso para ele e para a sociedade.

6. Século XIX:

O século XIX foi marcado pela divergência dos autores entre as teorias somáticas e psicogénicas que explicavam as doenças mentais. Os sintomas particulares da histeria foram um particular desafio, e tiveram explicações variadas, para Frank Mesmer estes resultavam de um desequilíbrio do fluxo magnético encontrado nos seres humanos, tratando-se através de mesmerismo, para James Braid, precursor da hipnose científica, Jean-Martin Charcot, Ambroise-Auguste Liébault e Hyppolyte Bernheim estes sintomas tratava-se através da hipnose. Foram Josef Breuer e Sigmund Freud que resolveram finalmente esta disputa em favor da teoria psicogénica e da hipnose o que resultou no método catártico, precursor da psicanálise.

Com o avanço da psicologia e da psiquiatria, surgiram outras teorias sobre as causas das doenças mentais, incluindo a teoria do trauma de Sigmund Freud e a teoria da hereditariedade de Emil Kraepelin.

7. Século XX:

A teoria psicogénica foi predominante durante a primeira metade do século XX, mas a segunda metade viu o desenvolvimento de abordagens mais científicas no tratamento das doenças mentais, incluindo a terapia electroconvulsiva (ECT), a hidroterapia e a terapia farmacológica. A terapia farmacológica muito praticada nos dias de hoje teve início nos finais dos anos 40, após o psiquiatra australiano John Cade

observar o efeito estabilizante do carbonato de lítio no comportamento dos portadores de doença mental mais agitados, posteriormente, em 1950, Paul Charpentier sintetiza a clorpromazina, na tentativa de criar um anti-histamínico, mas que revelou ter características reatoras com o sistema nervoso central, em 1951 Henri Laborit, em adição a outros princípios ativos, utilizou a função tranquilizante da clorpromazina enquanto anestésico, insistindo mais tarde pela utilização deste antipsicótico no domínio da psiquiatria.

Em paralelo à forte efervescência farmacológica aparece o movimento antipsiquiátrico¹⁰ que nega a existência da doença mental e o seu conceito. Para os defensores deste movimento a doença mental é apenas um desvio às normas sociais, e o seu conceito uma criação social que legitima uma intervenção de natureza repressiva desprovida de direitos e garantias, facto é que, mesmo não sendo discutível a existência de doenças mentais, independentemente da sua etiologia, até então reinava a desconsideração do doente mental enquanto pessoa humana digna de direitos e liberdades fundamentais, e suscetível de obrigações, tanto é que por muito tempo o estatuto jurídico e moral da pessoa portadora de doença mental, lhe foi negado, em nome de uma *suposta* perigosidade social e higiene social. O movimento de antipsiquiatria teve, portanto, o mérito de despertar o olhar sobre esta questão, nascendo na sequência em prol da defesa dos direitos humanos, o movimento de desinstitucionalização que visa desenvolver mecanismos legais de proteção dos doentes, diminuir o seu tempo de hospitalização permitindo-lhes regressar à comunidade e às suas famílias, dando primazia a um tratamento em ambulatório.

Conclusão: Nas últimas décadas, houve um progresso significativo na neurociência, psicofarmacologia e psicoterapia, sendo desenvolvidos novos tratamentos e medicamentos para uma variedade de condições psiquiátricas, nomeadamente, a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Houve também um foco crescente na compreensão das doenças mentais como condição médica, afastando-as de um juízo cultural, moral e religioso. Atualmente, a pesquisa na área das doenças mentais continua avançando, com um foco crescente na compreensão das bases neurobiológicas das doenças mentais e no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e personalizados.

¹⁰ Deste movimento destacam-se os nomes de Ronald Laing, David Cooper, e Thomas Szaz (com a ressalva autor rejeita, porém, a sua associação a este movimento)

Por outro lado, a sociedade tem empregado esforços na destigmatização atribuída às doenças mentais, promovendo informação, consciencialização e aceitação, tem igualmente participado na promoção da saúde mental, criando inúmeras campanhas de saúde mental e serviços de apoio à prevenção das doenças mentais e ao tratamento precoce.

2. A Evolução Histórica da Saúde Mental em Portugal

Em comparação com os países vizinhos, Portugal teve uma evolução lenta no que toca à ciência psiquiátrica, as “sucessivas revoluções” na expressão de Thomas Kuhn¹¹, que foram evoluindo a psiquiatria e as instituições psiquiátricas pelo mundo, em Portugal foram proteladas de meio século considerando-se o seu nascimento em 1848 com a fundação do Hospital Rilhafoles em Lisboa (mais tarde batizado Hospital Miguel Bombarda), o que não significa que o internamento dos *alienados*, aí tenha tido início.

Antes da criação deste Hospital os *alienados* eram internados em instituições assistenciais ou encarcerados em estabelecimentos prisionais, existindo registo de que em 1539 os alienados eram internados no hospital Real de todos os Santos que estava ao cuidado do Padre Pedro Fernando de Gouveia (por provisão régia de 8 de Fevereiro de 1539). Após a sua destruição pelo terramoto de 1755, os alienados que vagueavam pelas ruas de Lisboa foram abrigados na Enfermaria São João de Deus, e posteriormente transferidos para o Hospital de São José, as mulheres nas enfermarias de Santa Eufémia, e os homens na enfermaria de Santo Teotónio.

2.1 O Início da Psiquiatria em Portugal

Bernardino António Gomes, médico psiquiatra, descreve em 1843 as condições miseráveis das mulheres enfermas da enfermaria de Santa Eufémia, nas suas palavras, “*doidas nuas e desgrenhadas, entregues a todos os seus desvarios, gritando e gesticulando, encerrado às vezes em hum cubículo escuro e infecto, onde mal podem obter hum feixe de palha em que possam revolver-se*”¹², Caetano Beirão foi outro

¹¹ FERNANDES Barahona, O nascimento da psiquiatria em Portugal, em História e desenvolvimento da ciência Portuguesa Volume I, Lisboa, 1986. pag.578

¹² Candeias, A., Macedo, E., Esteves, A. & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20103. Pag 1-6. 2021. <http://doi.org/10.12707/RV20103>

importante nome que escreveu em 1847 sobre as condições desumanas do Hospital São José, e que razão destas “*dificulta se não impossibilita a cura dos poucos que ali chegam no estado de curabilidade*” segundo este, dois defeitos destas enfermarias afetavam especialmente os alienados, “*o aspecto de prisão que ainda conservão estas enfermarias contra todos os preceitos da Sciencia, o segundo a limitação do encanhado horizonte de suas janelas, impossibilitando a expansão mental do alienado por meio de sensações agradáveis n’uma paizagam alegre e risonha, e fazendo pelo contrario concentra-lo no objeto especial da sua loucura e desvario*”¹³. É de lembrar que no fim do século XVIII pela Europa já se tinha revolucionado as condições a que os alienados eram sujeitos, a grande ‘libertação dos loucos’¹⁴ atribuída a Philippe Pinel, que de facto teve um papel fundamental na França, mas que não foi o único protagonista do nascimento da psiquiatria¹⁵ teve lugar em 1794 e deu início ao entendimento dos *alienados* enquanto doentes e a tratamentos humanitários e mais compassivos. Os frutos desta revolução chegam mais tarde a Portugal, após a intervenção essencial do Marechal duque de Saldanha, a Rainha D^a Maria II ordena a transferência gradual dos pacientes internados no Hospital São José para o Hospital Rilhafoles, o primeiro Hospital psiquiátrico do país, e que providenciava condições mais adequadas ao ser humano que para ali iria residir contra ou conforme a sua vontade.

À semelhança do que sucedeu no Hospital de São José, o Hospital de Santo António era o destino dos doentes mentais da zona do Norte, os *alienados* eram mantidos, consoante o género, em dois sótãos que se encontravam em miseras condições, e aos quais era dada a designação de ‘porão’. Após o falecimento de Joaquim Ferreira dos Santos (Conde de Ferreira) que lega parte de sua fortuna pessoal para a construção de um edifício para a assistência dos alienados no Porto, nasce o Hospital de alienados do Conde de Ferreira, inaugurado em 1883, tendo como seu diretor clínico desde 1881 (ainda em

¹³ BEIRÃO, Caetano Maria Ferreira da Silva “apontamentos para a História dos Alienados em Portugal”, jornal da sociedade das Sciencias Medicas, Lisboa, segunda serie, tomo, segundo semestre de 1847, p.31 e ss. Mantém-se a Grafia da época. Em I Jornadas de História da psiquiatria e Saúde mental, Ana Leonor Pereira, Estar/Ficar Doente em Portugal Há cerca de 150 anos: Os primeiros hospitais de Alienados, 2010.

¹⁴ MORGADO PEREIRA, José, “história da Psiquiatria. Considerações Historiográfico-clínicas.” I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, p. 9-10.

¹⁵ Esta revolução iluminista é tida como o momento do nascimento da psiquiatria em que temos de um lado a sociedade vista como o objeto principal da internação dos indesejados e do outro, o alienado a ter maior protagonismo na sua internação e passando a ser visto como doente merecedor de cuidados.

construção) António Maria de Sena, e para o qual foram transferidos os doentes do Hospital de Santo António.

2.2 A Lei Sena

Apesar das efetivas melhorias que estes dois hospitais trouxeram à vida dos alienados, nomeadamente camas para se deitarem, as suas condições foram rapidamente deteriorando devido à sobrelotação dos hospitais¹⁶ e o número reduzido de funcionários (em 1862 o Hospital de Rilhafoles tinha internados 516 doentes quando fora planeado para 300 e recebera logo de início 322), mesmo que as boas intenções reinassem, e os seus diretores ambicionassem efetivas condições que permitissem a melhora dos seus *alienados* curáveis, e a estabilidade dos incuráveis.

Testemunhando a deterioração progressiva da psiquiatria em Portugal e inspirado pelas inúmeras novidades assimiladas na sua expedição pelos Estados da Europa, António Maria de Sena elaborou a que podemos considerar ser a primeira lei em prol da saúde mental, a Lei de Sena, que visava a organização dos serviços de saúde dirigidos aos alienados.

A lei foi aprovada a 4 de julho de 1889 e publicada no Diário do Governo n.º 155 a 15 de julho do mesmo ano, esta preconizava, entre outros, a construção e a reabilitação de diversos edifícios com a finalidade de abrigar os alienados espalhados pelo país numa altura em que a assistência aos alienados estava concentrada no Hospital Rilhafoles e no Hospital de Alienados do Conde Ferreira, que se encontravam a norte e no centro do país, e que conseqüentemente afetava os doentes geograficamente distantes dessas zonas que viam-se obrigados a deslocar-se ou para o Porto ou para Lisboa se quisessem receber os cuidados adequados à sua doença, caso contrário eram abrigados em espaços não especializados às suas especificidades, nomeadamente confinados em enfermarias de Hospitais gerais, em casas de saúde, casas de particulares e em prisões.

Estabelecida há muito tempo a afinidade entre a alienação e a criminalidade, António Maria de Sena previa nesta lei a realização de um exame médico-legal quando houvesse suspeita de alienação, esta medida tem a sua relevância quando pensamos no

¹⁶ A sobrelotação dos hospitais dava-se pelo maior número de doentes que de vagas existentes nestes hospitais, mas também pelo internamento involuntário de pessoas com fundamento em questões de ordem social e moral, que não aspiravam o tratamento, mas sim a sua exclusão da sociedade. Tese de Doutoramento da Doutora Sónia Azevedo, p. 35.

código penal de 1886 que previa nos seus artigos 42º e 43º a não imputabilidade criminal dos alienados sem intervalos lúcidos, e dos que mesmo tendo intervalos lúcidos praticassem o facto no estado de loucura¹⁷ e preconizava ainda a construção de enfermarias anexas às penitenciarias para os condenados, indiciados ou pronunciados a penas maiores, sendo os restantes acolhidos em duas enfermarias anexas ao hospital a construir em Lisboa.

A lei previa também o financiamento para as suas medidas através de um fundo de beneficência pública alimentado pela cobrança de impostos especiais (sobre as dispensas para casamentos entre consanguíneos, sobre licenças para casas de penhoras, sobre lotarias estrangeiras arrecadadas pelo Tesouro português, etc.), pelos valores arrecadados em casas de jogo proibidas, pela metade dos bens dos conventos que se extinguissem após promulgação da lei e por uma terça parte do produto do trabalho dos reclusos.

Porém, a construção dos hospitais (Lisboa, Porto, Coimbra, e Ilha de São Miguel) e enfermarias (anexas ao hospital de Lisboa e às penitenciárias) proposta pela lei de 1889 nunca chegou a ser concretizada, ainda assim os fundos foram recolhidos, mas destinados a outros fins.¹⁸

É apenas em 1942 que se inaugura o próximo hospital para alienados, o Hospital Júlio de Matos, seguido pela criação do Hospital Sobral Cid em 1946, do Hospital do Lorvão em 1960 e do Hospital Magalhães de Lemos em 1962, após a aprovação da lei de 1911 elaborada por Júlio de Matos. No intervalo entre a lei de Sena e a criação do Hospital Júlio de Matos, acabou por surgir em 1893 e 1894 a Casa do sagrado Coração de Jesus e a casa de saúde da Idanha, asseguradas respetivamente pelas casas religiosas da Ordem Hospitaleira dos Irmãos de S. João de Deus e da Consagração das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, destinadas à assistência dos doentes alienados.

2.3 A Lobotomia de Egas Moniz

¹⁷ Artigos 42º e 43º do Código Penal Português de 1886, consultado no site <https://www.fd.unl.pt/Anexos/Investigacao/1274.pdf>

¹⁸ Candeias, A., Macedo, E., Esteves, A. & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20103.

É relevante mencionar ainda o contributo de Egas Moniz para a história da psiquiatria portuguesa e mundial. Egas Moniz, foi um neurocirurgião vencedor do prémio nobel de fisiologia ou medicina em 1949 pela invenção da primeira técnica de psicocirurgia em associação com o cirurgião Almeida Lima, a leucotomia (ou lobotomia) pré-frontal. Esta técnica nascida em 1935 foi bastante realizada nas casas de saúde do Telhal e da Idanha respetivamente por Egas Moniz e Diogo Furtado, e pelo prof. Almeida Lima. Apesar do entusiasmo dos seus praticantes em perpetuar esta prática em 1950 foi banida devido aos seus efeitos secundários severos e à sua baixa percentagem de sucesso.

Difundindo-se igualmente a nível internacional, ela teve particular sucesso nos Estados Unidos, onde o cirurgião Walter Freeman veemente a divulgou e adulterou, utilizando no lugar dos típicos instrumentos cirúrgicos, um picador de gelo e um martelo – espetando o crânio logo acima do canal lacrimal.

Esta técnica, especialmente a variante criada por Freeman, lembra muito a técnica da trepanação praticada na pré-história com o intuito de libertar os demónios, ou ainda, as cirurgias realizadas por charlatões para retirar a “pedra da loucura” no Renascimento. O que me leva a questionar se este percurso cíclico que tem definido a história da psiquiatria, nos levará um dia, tendo em conta os progressos científicos, a desenvolver um procedimento cirúrgico eficiente e não prejudicial ao tratamento de algumas doenças mentais, ou se por outro lado, este é representativo de uma sociedade que evolui cientificamente, mas que por vezes não é capaz de aprender com os seus erros.¹⁹

2.4 A Lei Júlio de Matos

Dito isto, voltemos a abordar o percurso legislativo português no que toca a área da saúde mental. Como já mencionado, após o fracasso da lei de Sena, Júlio de Matos elaborou o Decreto-Lei de 11 de Maio de 1911 que foi o alicerce para a criação dos hospitais que lhe sucederam, e tinha por fim estabelecer as bases da assistência aos alienados. Esta lei previa a criação de consultas externas, regulava o processo de admissão e de alta dos doentes e dividia as instituições manicomialis em categorias, a saber, as clínicas psiquiátricas para doentes agudos, os asilos para doentes crónicos, as colónias

¹⁹ Aires Gameiro, Augusto Moutinho Borges, Egas Moniz e as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha: Facetas desconhecidas de um Nobel, I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra, 2010.

agrícolas para os doentes que podiam viver quase em liberdade e os manicómios criminais para os doentes delinquentes em que o internamento se fazia em função da sua perigosidade. Os “*alienados-criminosos*” (“*de criminalidade accidental ou fortuita, verdadeiros doentes na acepção restrita deste termo*”²⁰) eram internados nos manicómios comuns e os “*criminosos-alienados*” (“*de especial temibilidade, cujos crimes constituem, não um acidente, não um episódio casual, mas uma manifestação indeclinável da sua própria organização constitucionalmente anómala*”²¹) nos manicómios criminais.

Dificuldades financeiras e administrativas levaram esta lei ao insucesso, não sendo completamente executada à semelhança da sua precursora, a Lei Sena.^{22 23}

3. O Percurso Legislativo em Portugal

3.1 Lei n.º 2006

Segue-se a lei n.º 2006 de 11 de abril de 1945 que tem por autores Barahona Fernandes e António Flores, e que foi considerada em 1954 pelo perito da OMS, o psiquiatra Paul Sivadon, uma das leis mais progressivas e compreensivas.

A emergente lei de assistência psiquiátrica aspira a uma ação profilática e de defesa contra as doenças mentais, delimita o país em três zonas – norte, centro e sul – criando centros de assistência psiquiátrica que dispõem de dispensários centrais e regionais, de clínicas psiquiátricas e de estabelecimentos asilares, promove ainda várias formas de assistência psiquiátrica, nomeadamente, o regime de tratamento ambulatório, o regime de socorro domiciliário ou de colocação em família, o regime aberto ou hospitalar e o regime fechado ou asilar, cria cursos e estágios para formação ou aperfeiçoamento dos funcionários (médicos e enfermeiros), regula o regime administrativo dos centros, as regras de nomeação, das funções e a remuneração dos funcionários, e regulamenta a admissão e alta dos pacientes.

²⁰ Coleção Oficial de Legislação Portuguesa 1911, p. 834-5. (retirado do artigo de Luís Quintais, A perigosidade do agente e emergência da psiquiatria forense portuguesa.)

²¹ (ibidem)

²² QUINTAIS, Luís, A Perigosidade do Agente e a Emergência da Psiquiatria Forense Portuguesa, I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra, 2010.

²³ SOARES, Maria Isabel, A reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica, Pensar Enfermagem, Vol.12, N.º2, 2008.

Apesar do entusiasmo com que foi acolhida, esta lei enfrentou várias limitações na sua implementação, os recursos escassos tanto financeiros quanto humanos atrasaram a construção dos estabelecimentos previstos o que intensificou o problema de superlotação das instituições, os objetivos de higiene mental individual e coletiva não tiveram a expressão desejada assim como os regimes de socorro domiciliário ou colocação familiar considerados prematuros para o país desde a discussão da proposta da lei na assembleia Nacional.²⁴

Embora a lei n.º 2006 tenha tido fraca concretização, o seu autor anteviu algumas inovações que mais tarde vieram a ser alcançadas por outros documentos legais.

3.2 Lei n.º 2118

A lei de saúde mental n.º 2118 de 3 de abril de 1963 revoga a então lei de 1945, e dá início à inevitável *Reforma Psiquiátrica*. Tendo sido evidente o fracasso do modelo tradicional de institucionalização, esta lei vem estabelecer os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos implementando Centros de Saúde Mental que descentralizam os serviços e permitem o aumento dos cuidados ambulatoriais, resultando na diminuição da necessidade do internamento hospitalar. Esta estratégia pretende efetivar o movimento de desinstitucionalização que se manifesta na segunda metade do século XX. A este movimento deve ser associado o movimento comunitário que responsabiliza a comunidade para além dos profissionais de saúde e do próprio paciente, pelo tratamento da saúde mental dos seus membros doentes (atribuindo-lhe um papel importante nas iniciativas de integração da pessoa com transtorno mental).

O Capítulo III desta lei dispõe ainda quanto ao tratamento e internamento propriamente ditos, distinguindo entre internamento em regime aberto e fechado “*conforme sejam ou não reconhecidas ao internado as garantias normais dos admitidos em hospitais comuns, em especial o direito de saída*” (BASE XXII-1).

Esta lei surge sobre a vigência da Constituição Política da República de 1933 a qual conferia o direito a não ser privado da liberdade pessoal salvo, entre outros, a detenção em estabelecimento de alienados mediante ordem por escrito de autoridade competente (artigo 8.º, n.º 8, § 4.º), atribuindo ao legislador ordinário amplos poderes

²⁴ (ibidem)

para definir os pressupostos da restrição. Após a revolução de Abril de 1974 entra em vigor a Constituição da República de 1976 que prevê que *“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”*, e que não excepciona a possibilidade de limitar a liberdade através do internamento por anomalia psíquica, o que torna a lei n.º 2118 inconstitucional²⁵. Para que a lei lograsse a ser aplicada contornou-se a sua inconstitucionalidade aplicando-lha o regime das medidas de segurança através da circular informativa n.º 2144 de Julho de 1977 da procuradoria da República do Porto, subscrita pelo Tribunal da Relação do Porto num acórdão de 28 de fevereiro de 1984 do qual consta 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”*²⁶ e confirmada pela Procuradoria-Geral da República num parecer de 24 de Agosto de 1987. Esta lacuna constitucional levantou ainda outros problemas quanto à legitimidade para agir e à competência dos tribunais.

A reforma psiquiátrica pretendida pela lei n.º 2118, só foi efetivamente prosseguida em 1984 com o decreto-lei n.º 74, criando-se a rede de serviços, reestruturando-se os Centros de Saúde Mental, e estabelecendo a cooperação com as instituições privadas. Porém, a tentativa de integração do serviço de saúde mental nos serviços de saúde primários só se deu com o Decreto-Lei n.º 127 de 3 de Julho de 1992 que extinguiu os Centros de Saúde Mental e criou unidades de psiquiatria nos hospitais gerais. Contudo, o Decreto-Lei de 1992 foi muito contestado pelos especialistas que argumentaram o retrocesso do modelo comunitário, o que culminou numa Conferência sobre a Saúde Mental em Maio de 1995 que fundamentou o despacho Ministerial do qual

²⁵ A exceção da alínea h) do artigo 27º prevista na nossa CRP apenas foi aditada pela revisão constitucional de 1997.

²⁶ O sumário relativo a este acórdão pode ser consultado na hiperligação: <https://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/-/E097FECDF2AE43EB8025686B0066C812>

constava a necessidade de reformulação da política e do modelo organizacional da saúde mental e a reformulação da Lei de Saúde Mental.^{27 28}

Em paralelo vários diplomas relevantes para a temática da saúde mental foram aprovados no plano internacional, o que influenciou diretamente o Estado português, até pela sua abertura constitucional consagrada no artigo 16.º/1²⁹, nomeadamente no que toca aos direitos fundamentais, além de pertencer ao Conselho da Europa e à União Europeia.

Refiro brevemente e não extensivamente, no plano internacional: a aprovação dos *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para o Melhoramento da Atenção à Saúde Mental* a 17 de dezembro de 1991, a *Declaração e o Programa de Ação de Viena de 1993*, a resolução da Assembleia-Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) do mesmo ano intitulada *Regras Gerais sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência*, que mesmo não tendo força vinculativa revela-se influente e a *Declaração de Madrid sobre Padrões Éticos para a Prática da Psiquiatria* de 1996. No plano europeu: a *Convenção Europeia dos Direitos do Homem de 1950*, a *Carta Social Europeia Revista* de 1996 e a *Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina* de 1998³⁰.

A evidente necessidade de atualização da nossa legislação passou primeiramente pela revisão constitucional de 1997 que veio aditar a alínea h) do n.º 3 do artigo 27.º que passou a prever a restrição ao direito à liberdade em virtude de “*Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*”. Sucede-se a revogação da lei n.º 2118 que mesmo com a superação da inconstitucionalidade estava desconforme com os

²⁷ António José de Almeida Filho, Fabíola Lisboa Silveira Fortes, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Angélica de Almeida Peres, Telma Sofia dos Santos Vidinha e Manuel Alves Rodrigues; *Trajatória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil*, Revista de enfermagem portuguesa, IV, n.º 4, 2015

²⁸ DE CARVALHO, Álvaro “Saúde Mental: A Efetiva Integração no Serviço Nacional de Saúde e os Internamentos Compulsivos”, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

²⁹ Artigo 16º/1 “*Os direitos fundamentais consagrados na Constituição não excluem quaisquer outros constantes das leis e das regras aplicáveis de direito internacional.*”

³⁰ FIGUEIREDO, Eduardo António Silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021

pensamentos científicos, jurídicos e morais da época, e aprova-se a sua substituta, a LSM n.º 36/98.^{31 32}

3.3 Lei n.º 36/98

O texto legal que até pouco tempo vigorava (LSM n.º 36/98) resultou da contribuição de dois grupos de trabalho, o primeiro, nomeado pelo despacho conjunto n.º 7/96 a 23 de Agosto de 1996 dos Ministros da justiça e da Saúde, integrou profissionais do setor da justiça e do setor da saúde especializados na área da saúde mental que em colaboração elaboraram o Capítulo II da lei que tratava “*Do internamento compulsivo*”. O segundo grupo de trabalho foi nomeado pela Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira a 8 de Outubro de 1996, constituído por profissionais de saúde mental que elaboraram o Capítulo I referente às “*Disposições gerais*” da LSM de 98 e o Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro que “*estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental*” (Artigo 1.º).³³

Aprovada em 1998, a LSM n.º 36/98 sofreu duas alterações, a primeira em 1999 que incidiu sobre o artigo 30.º e a segunda em 2018 que incidiu sobre os artigos 5.º/3, 13.º/1 e 46º, todavia ambas as alterações não tiveram impacto na essência da lei vigorando por cerca de 24 anos praticamente inalterada.

O diploma, que já não é atual, mas ainda muito recente estabelecia “*os princípios gerais da política de saúde mental*” e regulava “*o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente, das pessoas com doença mental*” (Artigo 1.º “*Objectivos*”). Do seu Capítulo I, designado “*disposições gerais*”, podemos retirar que o segundo grupo de trabalho que o elaborou adotou o modelo da psiquiatria comunitária e social, determinando no artigo 2.º que “*a proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social*”

³¹ RODRIGUES, Cunha, “Sobre o Estatuto Jurídico das Pessoas Afectadas de Anomalia Psíquica”, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

³² FERREIRA DOS REIS, Cidália Sofia, “Internamento Compulsivo: Sua contextualização”, Dissertação Para a obtenção do Grau de Mestre, Universidade Lusíada do Porto, Porto, 2014

³³ DE CARVALHO, Álvaro, “Saúde Mental: A Efetiva Integração no Serviço Nacional de Saúde e os Internamentos Compulsivos”, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

em que vive”, as medidas a que legislador se refere são as de prevenção primária, secundária e terciária³⁴ e de promoção da saúde mental das populações. No mesmo sentido a Lei de Bases da Saúde prevê (Base 13, nº1 e 2 e Base 34, nº 2) que “*o Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados*”, que “*as pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado*” e que “*para defesa da saúde pública, cabe, em especial, à autoridade de saúde (...) b) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a pessoas que, de outro modo, constituam perigo para a saúde pública*”.

A LSM de 1998 estabelece os “*princípios gerais de política de saúde mental*” no seu artigo 3º, que faz de antemão a remissão ao disposto na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 revogada pela Lei n.º 95/2019), que na sua versão mais recente consagra na Base 13 n.º 2, o *princípio da permanente centralidade da pessoa*, dispondo que “*os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade*” o que diverge da conceção tradicional que primava a hospitalização do doente como meio de proteção social e de higiene social. Este princípio vê-se refletido em diversas disposições do texto legal, note-se quanto à formulação das medidas de internamento compulsivo, nomeadamente no artigo 8.º/4 que nos diz 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 interno*” ou ainda, quando prevê que “*o internamento só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa*”. O artigo 3º consagra ainda um *princípio de promoção*

³⁴ Recorrendo à sistematização Eduardo Figueiredo: A prevenção primária ou proteção específica, destina-se a remover as causas e fatores de risco de doenças mentais, evitando o seu aparecimento; a prevenção secundária, tem como objetivo de diagnosticar a doença mental numa fase ainda precoce e inicial, facilitando o seu tratamento e diminuindo as sequelas ou consequências dela decorrentes; e a prevenção terciária, inclui um conjunto de procedimentos clínicos e destina-se a reduzir o impacto e as consequências da doença mental na vida das pessoas, através de reabilitação ou aconselhamento de cuidados necessários.

da desinstitucionalização, prevendo que a prestação prioritária de cuidados de saúde mental seja feita ao nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social; um *princípio de proporcionalidade*, exigindo que os cuidados de saúde mental sejam prestados no meio menos restritivo possível, proporcionados ao perigo e ao bem jurídico em causa; um *princípio profilático do agravamento da estigmatização*, prevendo que o internamento de doentes mentais ocorra tendencialmente em hospitais gerais; um *princípio de desenvolvimento de estruturas de reabilitação psicossocial* estando os encargos financeiros ao encargo dos membros do governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego; e por fim um *princípio de multidisciplinariedade dos cuidados de saúde mental*, para assegurar uma melhor resposta às necessidades dos doentes.

Neste primeiro capítulo também estão consagrados no artigo 5º, os “*direitos e deveres do utente*”, o direito a ser informado dos seus direitos, como do diagnóstico proposto, dos procedimentos terapêuticos disponíveis e do prognóstico previsível; o direito a receber o tratamento e proteção no respeito da sua individualidade e dignidade; o direito de prévio consentimento para intervenções diagnósticas e terapêuticas; o direito de prévio consentimento para ser submetido a tratamento por eletroconvulsivoterapia; o direito de prévio consentimento para participar em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação; o direito de usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade; o direito de comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais; o direito de receber justa remuneração pelas atividades e serviços por ele prestados; e o direito de receber apoio no exercício dos seus direitos de reclamação e queixa.

Ressalva-se, no entanto, que o direito de prévio consentimento pode sofrer algumas limitações tendo em conta as necessidades do portador de doença mental, porém, como evidência o Doutor António Rodrigues, “*o direito de consentimento, já estará porventura prejudicado nos casos em que esse doente confirmadamente esteja privado das faculdades necessárias a que esse “prévio consentimento” seja exercido de forma esclarecida por força do embotamento das suas capacidades. E se a intervenção terapêutica vai no sentido da devolução de maiores níveis de funcionalidade,*

*independência e bem-estar, estamos seguramente a defender um direito constitucional: o Direito à Saúde*³⁵.

Este capítulo prevê ainda a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental para o qual a composição, competência e funcionamento deve ser regulamentado por Decreto-lei.

Previamente à sua entrada em vigor, alguns autores levantaram algumas críticas à nova legislação, entre elas, o excesso de judicialização erigida nomeadamente pelo médico psiquiatra Dr. Afonso de Albuquerque, e à qual o Doutor Cunha Rodrigues pronuncia-se constatando que esta lei *“tem confessadamente uma economia diferenciada de objetivos: se quanto à política de saúde mental, se limita a enunciar princípios gerais, relativamente ao internamento compulsivo vai mais longe, desenvolvendo uma lógica marcadamente regulamentar”* acrescentando que *“esta dualidade presta-se certamente a crítica, desde logo a que viu na intenção do legislador uma forma expeditiva de tirar da rua os “anormais”, sem os custos de implantação de uma verdadeira política de saúde mental”*, questiona, no entanto, a denominação da lei como *‘Lei de saúde Mental’*, considerando mais apropriado a denominação *‘Lei do internamento compulsivo’*, *“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”*³⁶.

Já em sentido oposto, Vieira de Andrade defende que a lei *“é suscetível de uma interpretação positiva, como expressão da ideia de subsidiariedade no quadro político: a lei pretende ser a lei de 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 porque é assim, apenas através de princípios, que o legislador deve intervir normativamente no plano da definição política”*, conclui por dizer que *“não se tratará então de uma regulação deficiente da política da saúde mental, mas da assunção pelo legislador de uma ideia de*

³⁵ RODRIGUES, António, “Lei sintónica com a evolução do pensamento e da cultura democrática”, p. 95, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

³⁶ RODRIGUES, Cunha “Sobre o Estatuto Jurídico das Pessoas Afectadas de Anomalia Psíquica”, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

*autocontenção normativa, pelo que esta será uma “lei da saúde mental”, tanto quanto é uma “lei do internamento compulsivo”*³⁷.

3.4 A atual Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) ³⁸

A nova Lei da Saúde Mental publicada a 23 de Julho de 2023 e que entrou em vigor nos 30 dias subsequentes à sua publicação resulta da proposta de lei 24/XV/1 elaborada pelo grupo de trabalho multidisciplinar nomeado pelo despacho conjunto n.º 6324/2020 de 15 de julho dos Ministros da justiça e da Saúde, e que teve como coordenadora a nossa ilustre prof.^a Doutora Maria João Antunes que também integrou o primeiro grupo de trabalho que elaborou o capítulo II da revogada lei n.º 36/98. Esta nova lei vem revogar a Lei n.º 36/98, de 24 de julho e alterar a legislação conexas, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil.

No despacho conjunto que constitui o grupo de trabalho para apresentar uma proposta para a revisão da LSM de 1998 está contextualizado algumas razões que motivaram tal iniciativa, primeiramente *“constata-se que surgiram vários desenvolvimentos a nível tanto da prestação de cuidados, por um lado, como das novas exigências jurídicas na proteção dos direitos fundamentais (...). Por outro lado, tem vindo a afirmar-se cada vez mais um modelo de intervenção médica que garanta a liberdade plena do cidadão em geral e do portador de anomalia psíquica em particular, importando abandonar um modelo paternalisticamente protetor”*, por fim, *“ao ratificar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, (...), Portugal comprometeu-se, em matéria de direitos humanos, a cumprir e a passar para a legislação nacional as disposições previstas naquela Convenção”*³⁹.

³⁷ VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos “O internamento Compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais”, A Lei da saúde mental e o internamento compulsivo, Centro de Direito Biomédico: Coimbra Editora, 2000, pp. 71-91.

³⁸ ANTUNES, Maria João, “Lei de Saúde Mental – um olhar sobre a proposta em discussão”, A nova Lei de Saúde Mental, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Centro de Estudos Judiciários, 2023.

³⁹ Despacho 6324/2020, de 15 de Junho, <https://dre.tretas.org/dre/4142213/despacho-6324-2020-de-15-de-junho>

a) Direitos e deveres das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental⁴⁰

Desta revisão resultou algumas alterações terminológicas, desde logo no art.1º quanto ao destinatário da LSM onde antes se lia “portadores de anomalia psíquica” ou “pessoas com doença mental”, agora lê-se “pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”, revelando o entendimento de que a necessidade de cuidados de saúde mental não significa necessariamente a existência de doença mental. Fez-se também a substituição do conceito “internamento compulsivo” para “tratamento involuntário” que abrange tanto o tratamento em internamento quanto em ambulatório, sendo a regra o tratamento em ambulatório – desde que cumpridos todos os pressupostos para aplicação do tratamento involuntário – e apenas podendo se recorrer ao internamento quando este for a única forma de garantir o tratamento (art.15º/1). Substitui-se também a nível dos pressupostos para o tratamento involuntário a expressão “anomalia psíquica” por “doença mental”. O conceito de anomalia psíquica muito presente no Capítulo II da LSM de 1998 foi desde a sua entrada em vigor muito contestado, os juristas diziam ser um conceito clínico os médicos diziam ser um conceito jurídico. Independentemente da sua origem trata-se de um conceito amplo, talvez até excessivamente abrangente que inclui toda e qualquer alteração (emocional, psicológica ou psiquiátrica) que nasça de uma perturbação do funcionamento psíquico, ou que requeira tratamento ou suporte especializado, incluindo também perturbações que não são doenças mentais. O legislador optou, portanto, na nova LSM por uma terminologia mais médico-psiquiátrica que jurídica.

A nova LSM quanto aos princípios gerais remete para o Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de Dezembro que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental elaborado pelo mesmo grupo de trabalho que elaborou esta LSM, e quanto aos direitos e deveres anteriormente previstos nos arts.5.º, 10.º e 11.º prevê-os de forma mais clara e garantística em concordância com o previsto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) nos arts.7.º e 8.º da nova LSM, a estes acrescentando:

- o respeito “*pela sua vontade e preferências, expressas no momento ou antecipadamente sob a forma de diretivas antecipadas de vontade ou*

⁴⁰ ANTUNES, Maria João, “Lei de Saúde Mental – um olhar sobre a proposta em discussão”, A nova Lei de Saúde Mental, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Centro de Estudos Judiciários, 2023.

através de procurador de cuidados de saúde ou de mandatário com vista a acompanhamento, salvo nos casos previstos na presente lei” (alínea d) do art.7.º/1) – prevendo inovadoramente no art.10º a possibilidade de na matéria de cuidados de saúde mental as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental expressarem a sua vontade através de diretivas antecipadas de vontade ou de procurador de cuidados de saúde;

- a impossibilidade de ter medidas privativas ou restritivas da liberdade com duração ilimitada ou indefinida (alínea j) do art.7.º/1) – esta inovação revoga o art.92.º/3 do Código de Penal (CP) não podendo o internamento ser prorrogado sucessivamente e exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime cometido⁴¹;
- a garantia dos direitos previstos nesta lei para quem, com necessidades de cuidados de saúde mental, seja aplicada pena, medida de segurança ou medida de coação (art.7.º/1/c/d e art.8.º/2) – citando a Doutora Maria João Antunes, *“o regime do tratamento involuntário também vale para os que estão em cumprimento de pena de prisão ou medida de segurança privativa da liberdade ou sujeitos a prisão preventiva em hospital psiquiátrico ou outro estabelecimento psiquiátrico análogo adequado ao abrigo do artigo 202.º, n.º 2, do Código de Processo Penal. Todas as pessoas são titulares do direito de decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos e do direito de ver respeitadas a sua vontade*

⁴¹ A Doutora Maria João Antunes elenca 6 razões para esta revogação: “1) A recomendação nesse sentido do Comité de Tortura na última visita que fez a Portugal e que ficou escandalizada com a duração dos internamentos em Portugal. 2) O entendimento do TEDH que ao fim de determinado tempo já não é possível associar a privação de liberdade à decisão judicial que condenou a pessoa em medida de segurança, tal não é compatível com o art.5º da CEDH e o art.27º da CRP. 3) Estaríamos a tratar diferentemente o inimputável com necessidades de cuidados de saúde mental do imputável com as mesmas necessidades, o que é incompatível com o princípio de não discriminação. 4) Não queremos mais psiquiatrizar e judicializar as situações que a subsistência de “perigosidade criminal” assenta apenas na falta de condições socioeconómicas que devem ser garantidas a todos os cidadãos num Estado de Direitos Social e não num estabelecimento de inimputáveis. 5) Quando cessa a medida de segurança a libertação dos condenados ocorre num modelo de serviços de saúde mental em que os cuidados são assegurados por equipas comunitárias multidisciplinares, havendo sempre a possibilidade de tratamento involuntário que não é comparável a uma privação de liberdade de natureza penal. 6) Por fim, se após um longo período de tempo, que pode ir até 16 anos em caso de homicídios, subsistir perigosidade baseada em grave anomalia psíquica, com impossibilidade de terapêutica em meio aberto. Tal poderá ser sinal de que a medida de segurança privativa de liberdade não foi executada de forma a cumprir a finalidade de reintegração do agente na sociedade. Poderá ser sinal de que a intervenção não foi a que é hoje possível do ponto de vista psicofarmacológico, psicoterapêutico e psicossocial.”

*e preferências, expressas no momento ou antecipadamente, salvo se for caso de tratamento involuntário legalmente previsto, a decidir pelo tribunal de execução de penas*⁴²;

- a garantia de participar em todos os atos processuais por meio de equipamento tecnológico, na impossibilidade de o fazer presencialmente (art.8.º/3/b);
- o acompanhamento por intérprete idóneo, por si escolhido ou nomeado, sempre que não conhecer ou dominar a língua, quando seja surdo ou deficiente auditivo, ou quando seja mudo, assim como a possibilidade de, neste último caso, responder por escrito a perguntas formuladas oralmente (art.8.º/3/f/g/h);
- E a possibilidade de indicar uma pessoa de confiança (art.8.º/3/i/4 e art.9.º/4) – esta figura intencionalmente informal da pessoa de confiança é, de acordo com a Doutra Maria João Antunes, a *“expressão acabada da autonomia da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental que a escolhe e indica”*⁴³, no entanto, há quem levante algumas apreensões, nomeadamente o Médico Psiquiatra Fernando Vieira e o Conselho Superior da Magistratura que na sua proposta diz : *“A especial vulnerabilidade das pessoas necessitadas de tratamento impõe especiais cautelas na nomeação da “pessoa de confiança” e, bem assim, exige a sindicância de tal nomeação pelo tribunal, por forma a obviar a eventuais casos de manipulação ou outros que possam agora não estar a antecipar-se”*⁴⁴

Uma outra inovação acrescentada a esta LSM é a colmatação da lacuna quanto ao regime da gestão do património da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental que se encontre nas circunstâncias previstas no art.138º do Código Civil (CC) mas que não lhe tenha sido decretada medida de acompanhamento. Dispõe o art.13.º que nestas situações aplica-se o regime, com as devidas adaptações, da gestão de negócios

⁴² ANTUNES, Maria João, Lei da Saúde mental – um olhar sobre a Proposta em discussão p.134, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Supremo Tribunal de Justiça e Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁴³ ANTUNES, Maria João, Lei da Saúde mental – um olhar sobre a Proposta em discussão p.130, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁴⁴ Parecer do Conselho Superior da Magistratura, p.32, 28/02/2023, Proc. 2023/GAVPM/0135

regulado nos arts.464.º e ss. do CC, tendo neste âmbito o Ministério Público (MP) um relevante papel, devendo este ser informado assim que se der a assunção da gestão pelo gestor, bastando esta notificação para dar cumprimento ao disposto no art.465.º/b do CC. Do ponto de vista da Procuradora da República, Assessora do Gabinete da Procuradoria-Geral da República, Inês Robalo, e do parecer emitido pelo Conselho Superior do Ministério Público quanto à Proposta de Lei Nº 24/XV/1, neste n.º 2 do art.13.º devia-se prever também, tendo em conta a possível transitoriedade da necessidade de cuidados de saúde mental, a comunicação da gestão e das contas por parte do gestor de negócios ao dono do negócio, assim que este tivesse condições de a receber. A lei estabelece apenas a possibilidade, e não a obrigatoriedade, de o MP requerer que tal informação seja fornecida ao dono do negócio. Concluindo com as palavras da Doutora Inês Robalo, informalmente *“ao Ministério Público caberá, (...) salvaguardar que o dono do negócio tenha conhecimento dos termos da gestão e das respetivas contas, com respeito aos já aludidos princípios e direitos de respeito pela sua participação e exercício de direitos em iguais condições”*⁴⁵.

b) Tratamento Involuntário ⁴⁶

Outra alteração que suscitou alguma contestação foi a omissão intencional do adjetivo “grave” no art.15.º que versa sobre os pressupostos para o tratamento involuntário. Esta intencional omissão não vai além de uma mera técnica legislativa, não significando uma alteração de fundo do pressuposto previsto no art.12.º/1 da antiga LSM, apenas visa melhor concretizar o modelo misto de decisão característico do processo de tratamento involuntário introduzido na Lei 36/98. O pressuposto da existência de doença mental previsto no art.15.º/1/a continua a ter a componente ‘grave’ necessária para a fundamentação do tratamento involuntário, no entanto, esta gravidade está prevista no art.2.º/a que define a doença mental enquanto *“condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde”* quando expressa que tem

⁴⁵ ROBALO, Inês, Novo paradigma e o que muda na atuação funcional do Ministério Público, p.194, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁴⁶ ANTUNES, Maria João, “Lei de Saúde Mental – um olhar sobre a proposta em discussão”, A nova Lei de Saúde Mental, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Centro de Estudos Judiciários, 2023.

de se tratar de uma “*perturbação significativa*”, e ainda no n.º2, alínea c) do art.15.º quando determina que “*o tratamento involuntário só pode ter lugar se for: c) proporcional à gravidade da doença mental*”. Acredito que este tenha sido um dos pontos que mais suscitou questionamentos, a doutora Inês Robalo considera que a falta de associação do adjetivo “grave” ao pressuposto da doença mental possa ser interpretada no sentido de “*poder justificar o tratamento voluntário a existência de doença mental (e de perigo), cujas consequências e circunstâncias concretamente verificadas, porque graves, determinam que aquele tratamento se revele proporcional, necessário e adequado*”⁴⁷, o parecer do Conselho Superior da Magistratura entende que tal omissão ultrapassa os limites impostos pelo art.18º da CRP argumentando em consenso com o parecer da Ordem dos Médicos que “*não é a existência de doença mental por si que torna uma patologia candidata ao tratamento involuntário, mas sim a sua gravidade a nível de psicopatologia apresentada*”⁴⁸.

Outras alterações importantes devem ser ressaltadas no art.15.º/1, por um lado quanto ao pressuposto do perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio acrescenta-se para além donexo causal e da recusa de tratamento, que “*a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento*” (art.15.º/1/c/ii). Este pressuposto na antiga lei apenas era exigido quando em causa estava o internamento tutelar que dispensava o pressuposto do perigo, atualmente o internamento tutelar não está consagrado o que é contestado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental que destaca que “*o preceito do internamento voluntário é o valor benéfico do tratamento – valor que, paradoxalmente, existe mesmo antes de existir perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais*”⁴⁹. Por outro lado, este artigo condiciona o tratamento involuntário a uma finalidade terapêutica orientada para a recuperação integral da pessoa mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial (art.14.º e 15.º/1/d), que nas palavras da Doutora Maria João Antunes, “*faz do tratamento involuntário algo que vai além da prevenção e eliminação do perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais*”⁵⁰.

⁴⁷ ROBALO, Inês, Novo paradigma e o que muda na atuação funcional do Ministério Público, p.189, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁴⁸ Parecer da Ordem dos Médicos, p. 3, 30/01/2023, CAD/S2023-3440cn/P31554cn

⁴⁹ Parecer da Sociedade Portuguesa da Psiquiatria e Saúde Mental, p.5,

⁵⁰ ANTUNES, Maria João, Lei da Saúde mental – um olhar sobre a Proposta em discussão p.131, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2023.

Ainda quanto ao art.15º, temos no seu n.º 2 a densificação do princípio da proporcionalidade nas suas três vertentes, necessidade (alínea a), adequação (alínea b) e proporcionalidade em sentido estrito (alínea c), prevendo-se, quanto a esta última vertente, que o tratamento involuntário só pode ter lugar se for proporcional ao grau de perigo, à relevância do bem jurídico, e inovadoramente, à gravidade da doença mental. Temos ainda no n.º 3 deste artigo, previsto um sentido diferente da vertente da necessidade, prescrevendo que em regra o tratamento involuntário deve ser feito em ambulatório, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito. Tal não estava explícito na vigência da lei de 1998, da qual podemos interpretar do seu art.8.º/3 e 33.º que o tratamento em ambulatório era uma medida de substituição, apenas aplicável após haver uma decisão de internamento. Hoje prevê-se a subsidiariedade do internamento porque devemos poder contar com equipas comunitárias de saúde mental multidisciplinares habilitadas a responder de forma adequada e coordenada às diferentes necessidades das pessoas, reguladas no Decreto-Lei n.º 113/2021. No entanto, tal não será concretizável, se não se priorizar a alocação de recursos (financeiros e humanos) para o desenvolvimento desta medida.

Referente a este ponto gostava ainda de evidenciar o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) do qual partilho o raciocínio, deste consta, que *“o internamento é uma medida que merece um entendimento não subsidiário, mas concorrendo como estratégia criteriosa em diferentes fases da doença mental grave, podendo, aliás, ser o recurso mais razoável se aplicada precocemente. Também, notar que o tratamento involuntário, por se tratar de pessoa incapaz de exercer a sua autonomia (não podendo este decidir ser tratado de outra forma ou noutra local) convoca uma especial responsabilidade por parte de quem decide e de quem executa essa decisão, bem como um especial dever de cuidado, proporcional à vulnerabilidade da pessoa que carece de cuidados, sendo relevante garantir sua a dignidade da pessoa e, ademais, a segurança das instalações onde se vai processar este tratamento. (...) De facto, e paradoxalmente, o risco de abuso das medidas de tratamento involuntário em ambulatório é superior, uma vez que o controlo da qualidade da intervenção em internamento é feito por vários elementos, nomeadamente pelos profissionais ou mesmo por outras pessoas internadas, o que não se verifica em ambulatório”*⁵¹. Este parecer,

⁵¹ Parecer 121/CECV/2023, sobre a proposta de lei n.º 24/XV/1.ª Aprova a lei de saúde mental e altera legislação conexas”, Março 2023 p.15.

segue o mesmo sentido do anterior parecer emitido pelo CNECV em 2019 sobre o tratamento compulsivo e direitos das pessoas com doença mental, do qual constava o entendimento que o princípio de autonomia não é absoluto, e que para o exercício da autonomia, nomeadamente quanto às decisões de saúde, é pressuposto que a pessoa disponha “*de capacidade para compreender, ponderar e decidir*” ora, algumas pessoas com doença mental têm essa competência comprometida, cabendo ao Estado velar pelo direito ao tratamento destes doentes, e portanto, “*considera-se que não há objeção ética em aceitar, em nome do melhor interesse da pessoa doente e da salvaguarda de terceiros, prescrição de tratamentos e de medidas que, no limite, podem considerar a sua contenção, sob controlo judicial, reconhecendo-se-lhes valor ético benéfico*”⁵².

Não discordando da importância que a desinstitucionalização tem nos cuidados de saúde mental e que esta deva ser efetivada através de tratamentos em ambulatório visando sempre salvaguardar o máximo de direitos e liberdades inerentes ao ser humano, tenho receio, no entanto, que esta subsidiariedade cada vez mais emergente do internamento involuntário, venha provocar uma reticência por parte dos psiquiatras e dos tribunais em considerarem este regime, que por vezes pode é a melhor opção para uma doença que pode ser perigosa tanto para o doente quanto para terceiros.

Quanto à avaliação clínico-psiquiátrica, esta foi deferida ao serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência do requerido, podendo ser também realizada no domicílio do requerido – alguns psiquiatras contestam esta medida devido à perigosidade que lhe pode estar inerente. Tendo sempre de ser realizada por dois psiquiatras e, já não eventualmente, por outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental, devendo o juízo técnico-científico ser fundamentado (art.20.º/1/2/4).

Consagra-se ainda a obrigatoriedade de fundamentação da decisão judicial de tratamento involuntário, da decisão que o revê, da decisão que retoma o internamento e da que confirma o internamento involuntário sob pena de nulidade (art.23.º/1/2, art.25.º/6, art.27.º/4, art.32.º/2/3 e art.33.º/3). Esta obrigatoriedade de fundamentação diz respeito às razões do tratamento, por referência aos pressupostos e princípios do art.15º, às razões que levaram o tribunal, caso opte pelo internamento, à escolha desta modalidade.

⁵² Parecer 105/CECV/2019, sobre tratamento compulsivo e direitos das pessoas com doença mental, julho 2019, p.2-3.

Atualmente o MP e as autoridades de saúde, para além de terem legitimidade para requerer o tratamento involuntário ao tribunal competente, têm o dever de o fazer “*sempre que tomem conhecimento de uma das situações de perigo previstas na alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º*” (art.17.º/2) no intuito de diminuir as situações de internamento de urgência que aumentam a estigmatização dos cuidados psiquiátricos.

c) Internamento de Urgência ⁵³

Quanto à condução do internando prevê-se agora a competência da Guarda Nacional Republicana (GNR), da Polícia de Segurança Pública (PSP) e das autoridades de saúde. Quanto a esta norma a Doutora Inês Robalo crítica a restrição da competência para determinar oficiosamente ou emitir mandado de condução a estes órgãos, considerando que esta competência devia ser estendida a todos os Órgãos de Polícia Criminal e Forças de Segurança, e ao MP, exemplificando, que no caso da Polícia Marítima, na sua área de jurisdição deve recorrer à GNR ou à PSP para que determinem a condução de uma pessoa, cumpridos os requisitos do art.28.º, ao serviço de urgência hospitalar com valência de psiquiatria.

Uma outra novidade consta do art.31.º/2/b que impõe ao serviço de urgência hospitalar que, no caso da não necessidade de internamento, remeta ao MP a avaliação clínico-psiquiátrica, o que garante a obrigatoriedade de realização de avaliação clínico-psiquiátrica sempre que uma pessoa é conduzida à urgência psiquiátrica, e permite a fiscalização da legalidade da condução e do não internamento pelo MP.

d) Disposições processuais comuns

O art.34.º atribui competência para o processo de tratamento involuntário ao tribunal de execução das penas (TEP) quando o requerido estiver em prisão ou internamento preventivos ou em cumprimento de pena ou medida de segurança – este alargamento de competência do TEP levantou algumas contestações⁵⁴.

⁵³ ANTUNES, Maria João, “Lei de Saúde Mental – um olhar sobre a proposta em discussão”, A nova Lei de Saúde Mental, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁵⁴ Para mais aprofundamento sobre esta matéria ver o parecer do Conselho Superior da Magistratura sobre a proposta de lei n.º 24/XV/1.ª, proc. 2023/GAVPM/0135 de 28/02/2023, e a posição do Juiz de Execução das Penas Manuel Ramos da Fonseca, Reenquadramento de competência do Tribunal de Execução das

Por fim, altera-se a natureza secreta do processo, art.36.º o que não significa que passe a ser público, apenas visa dar maior garantia aos direitos da pessoa visada, previstos no artigo 9.º.

4. Além da Lei de Saúde Mental

Apesar de apenas estarem positivados alguns direitos e deveres das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, é de frisar, que esta lei deve ser aplicada em consonância com outros dispositivos legais, tanto nacionais quanto internacionais e europeus.

4.1 No plano nacional^{55 56}

No plano nacional, destaca a constituição no seu artigo 71º/1 que “*Os cidadãos portadores de deficiência física ou 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 encontrem incapacitados*”, efetivando os princípios da universalidade, da igualdade e da não discriminação e a tutela dos direitos, liberdades e garantias genericamente atribuídos, designadamente, o respeito pela dignidade humana, o direito à integridade pessoal, o direito à liberdade e à segurança, os direitos de personalidade, o direito de voto, etc. A estes princípios e direitos protegidos constitucionalmente, somam-se aqueles previstos em outros documentos legais, como os constantes na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), aos quais a LSM remete no seu artigo 7º, os previstos na Lei de Bases que define o regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, (Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto) e os previstos no Decreto-Lei que estabelece os princípios gerais e regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental (Decreto-Lei n.º 113/2021).

Penas à luz da nova Lei de Saúde Mental, Doença Mental: Da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Supremo Tribunal de Justiça e Centro de Estudos Judiciários, 2023.

⁵⁵ AZENHA, Sónia, “Internamento Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental, Estudos das Atitudes Éticas”, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2021

⁵⁶ FIGUEIREDO, Eduardo António Silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021

Note-se por outro lado que, apesar de se tratar de uma medida administrativa revestida de um princípio de judicialidade, segundo o artigo 37º da LSM, ao internamento compulsivo, nos casos omissos, deve-se aplicar com as devidas adaptações o disposto no Código de Processo Penal, inferindo-se que as medidas garantísticas aí previstas, aplicam-se também às pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente, no que diz respeito aos direitos processuais previstos no artigo 61.º

4.2 No plano internacional e europeu ^{57 58}

Atendendo ao disposto nos artigos 8º/2/3/4 ⁵⁹ e 16.º ⁶⁰ da CRP e na Base 36⁶¹ da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) o ordenamento jurídico nacional acolhe o direito internacional e europeu.

Primeiramente temos a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH) proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de Dezembro de 1948 e ratificada por Portugal a 9 de Março de 1978, que prevê que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”* e que *“todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”*.

⁵⁷ FIGUEIREDO, Eduardo António Silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021

⁵⁸ AZENHA, Sónia, “Internamento Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental, Estudos das Atitudes Éticas”, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2021

⁵⁹ “Artigo. 8º “Direito Internacional”: 2. As normas constantes de convenções internacionais regularmente ratificadas ou aprovadas vigoram na ordem interna após a sua publicação oficial e enquanto vincularem internacionalmente o Estado Português. 3. As normas emanadas dos órgãos competentes das organizações internacionais de que Portugal seja parte vigoram diretamente na ordem interna, desde que tal se encontre estabelecido nos respetivos tratados constitutivos. 4. As disposições dos tratados que regem a União Europeia e as normas emanadas das suas instituições, no exercício das respetivas competências, são aplicáveis na ordem interna, nos termos definidos pelo direito da União, com respeito pelos princípios fundamentais do Estado de direito democrático.”

⁶⁰ “Artigo 16.º “Âmbito e sentido dos direitos fundamentais”: 1. Os direitos fundamentais consagrados na Constituição não excluem quaisquer outros constantes das leis e das regras aplicáveis de direito internacional. 2. Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.”

⁶¹ “Base 36 “Relações internacionais e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa”: 1. O Estado apoia as organizações internacionais com intervenção na área da saúde e garante o cumprimento dos compromissos internacionais a que está vinculado. 2. O Estado garante a cooperação na vigilância, alerta rápido e resposta a ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, nomeadamente no quadro do Regulamento Sanitário Internacional. 3. O Estado desenvolve uma política de cooperação que incide na melhoria sustentável da saúde e do bem-estar humanos, numa perspetiva de saúde global, promovendo a cooperação bilateral, em particular com os Estados-Membros da União Europeia e com os Estados que integram a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 4. É incentivada a cooperação com os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa no âmbito da prestação de cuidados de saúde, do ensino, da formação e da investigação em saúde.”

Em 1945 surge a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH) adotada pelo Conselho da Europa a 4 de Novembro de 1950 e que vincula os países membros (ratificada por Portugal a 9 de Novembro de 1978), prevendo essencialmente os mesmos direitos fundamentais que a DUDH e a criação do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) para assegurar o respeito pelos compromissos adotados nesta convenção. Este documento está dividido em três partes, a primeira dedica-se aos Direitos e Liberdades, entre estes podemos distinguir os direitos absolutos, que são o direito à vida, o direito a não ser tratado de forma cruel, desumana ou degradante, a proibição da escravatura e o princípio da legalidade – estes direitos não podem em hipótese alguma ser limitados – temos também os direitos limitados – que podem sofrer algumas interferências se previstas pela convenção – são estes, o direito à liberdade e à segurança e o direito a um processo equitativo, e por fim temos, os direitos ditos qualificados – que têm uma margem de interferência mais abrangente atendendo à sua natureza – são estes, o direito à vida privada e familiar, a liberdade de pensamento, consciência e religião, a liberdade de expressão, de reunião e associação.

Segue-se o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP) adotado pela resolução 2200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, a 16 de Dezembro de 1966, e ratificado por Portugal a 7 de Outubro de 1978, que desenvolve e aprofunda os direitos mais relevantes da DUDH, e reafirma os direitos cívicos e políticos das pessoas assumindo maior relevância quanto às situações de maior vulnerabilidade que são as de internamento e tratamento involuntário.

Segue-se a declaração dos direitos das pessoas deficientes mentais proclamada pela resolução 2856 (XXVI) da Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de dezembro de 1971 que faz referência a outros diplomas que, mesmo de forma indireta, são relevantes para este tema⁶², e que estabelece que “*a pessoa deficiente mental tem, na máxima medida possível, os mesmos direitos que os demais seres humanos*” assim como a proteção de outros direitos a ela destinados, e que “*caso se torne necessário restringir ou negar alguns destes direitos ou todos eles, o procedimento utilizado para tal restrição*

⁶² “Recordando os princípios (...) da Declaração dos Direitos da Criança, bem como as normas já estabelecidas em prol do progresso social nas constituições, convenções, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, da Organização Mundial de Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância e de outras organizações competentes, sublinhando que a Declaração sobre Progresso e Desenvolvimento Social proclamou a necessidade de proteger os direitos e de garantir o bem-estar e a reabilitação das pessoas em situação de desvantagem física ou mental”

ou negação de direitos deverá conter salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso”.

Segue-se a proclamação da Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência pela resolução 3447 (XXX) da Assembleia Geral das Nações Unidas a 9 de dezembro de 1975, que abrange *“a necessidade de prevenir as deficiências físicas e mentais e de ajudar as pessoas deficientes a desenvolver as suas potencialidades nas mais variadas áreas de atividade e de promover a sua integração, tanto quanto possível, na vida normal”.*

Em Outubro 1977, é elaborada a Declaração do Havai pela Assembleia Geral da Associação Mundial da Psiquiatria (AMP), revisada pelo VII Congresso realizado em Viena, em julho de 1983, e estabelece em dez pontos os guias éticos pelos quais os psiquiatras devem orientar a sua relação com os pacientes, começando por estabelecer os objetivos da psiquiatria, reiterando princípios fundamentais já previamente previstos na DUDH, na CEDH e no PIDCP e complementando com outros princípios e normas de atuação para os psiquiatras, designadamente, que *“não se deve realizar nenhum procedimento nem administrar-se nenhum tratamento contra ou à margem da vontade do paciente, a menos que devido à sua doença mental este não possa formar um juízo sobre o que é melhor aos seus interesses pessoais, ou quando sem esse tratamento possa dar lugar a prejuízos importantes para o paciente ou para outras pessoas”* completando no ponto seguinte que *“no momento em que as condições para levar a cabo um tratamento involuntário deixem de existir, o psiquiatra suspenderá a obrigatoriedade do tratamento e se for necessário continuar com ele deverá ter um consentimento informado”.*

A Assembleia parlamentar do conselho de Europa aprova a 8 de outubro de 1977 a recomendação 818 sobre a situação das pessoas com doença mental. E o Comité de Ministros do Conselho da Europa adota a Recomendação R n.º (83) 2 a 22 de Fevereiro de 1983 relativa à proteção jurídica das pessoas que sofrem de doença mental no internamento involuntário, orientando os Estados Membros a adaptar as suas legislações em conformidade com as regras da recomendação ou tê-las em consideração ao desenvolverem nova legislação. Esta recomendação conta com 11 artigos que se destinam a regular o internamento involuntário dos doentes mentais, definindo o internamento involuntário como a admissão e detenção para tratamento de uma pessoa com doença

mental num hospital ou outro estabelecimento apropriado, sem que tenha havido solicitação do mesmo pelo doente⁶³.

Em síntese, todos os diplomas internacionais até agora citados têm por escopo a garantia da dignidade humana e o respeito pelas liberdades e direitos fundamentais, no entanto podemos concluir que a proteção da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental foi cada vez mais pormenorizado com a Declaração de Hawaii, a recomendação 818 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, e com a recomendação n.º R (82) 2 do Comité de Ministros que serviu de apoio à Carta de Direitos dos Doentes Mentais aprovada no VIII Congresso Mundial da psiquiatria que decorreu em 1989 em Atenas.

Na década de 80 a comissão de Direitos Humanos da ONU encarregou-se de investigar os abusos psiquiátricos realizados pelo mundo, destaca-se o relatório redigido pela Dr^a Erica-Irene Daes, que assinala vários abusos na psiquiatria⁶⁴, nomeadamente, a hospitalização involuntária por motivos políticos, a hospitalização involuntária com o objetivo de subverter garantias legais e políticas dos indivíduos, atingindo-os diretamente nos seus direitos enquanto seres humanos, a hospitalização involuntária para experimentos científicos, e ainda, as deficiências existentes na provisão de cuidados da saúde mental. O relatório então elaborado, findava pela elaboração de recomendações acatadas pela resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de dezembro de 1991, que aprova os Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental, os MI Principles. Esta resolução de importância crucial é composta por 25 princípios que abordam assuntos chaves da matéria, como os direitos fundamentais, civis e políticos, a proteção dos

⁶³ Recommendation No. (83) 2, consultada no site internet <https://rm.coe.int/native/09000016804fe027>, a 23 de janeiro de 2024.

⁶⁴ (a) Psychiatry in some States of the international community is often used to subvert political and legal guarantees of the freedom of the individual and to violate seriously his human and legal rights
(b) Psychiatric hospitalization and treatment is forced on the individual who does not support the existing political regime of the State in which he *lives*;
(c) In other States persons are detained involuntarily and are used as guinea pigs for new scientific experiments; and
(d) Many patients in a great number of countries who should be in the proper care of a mental institution because they are a danger to themselves, or to others, or to the public are living freely and without any supervision.

menores, os tratamentos dos doentes, o papel da comunidade, a questão do consentimento informado, a regularidade das instituições para o internamento involuntário e os seus recursos, as garantias processuais dos pacientes, entre outros, e como podemos constatar estes princípios estão plasmados na nossa legislação.

Segue-se a Recomendação sobre a Psiquiatria e Direitos Humanos aprovada pela Assembleia Parlamentar do Conselho de Europa em 1994, que surge também pela constatação dos abusos psiquiátricos averiguados nos países europeus, e prevê medidas de garantia dos Direitos Humanos dos doentes psiquiátricos num espectro mais alargado.

A 3 de Maio de 1996 é assinada a Carta Social Europeia Revista (CSER), ratificada por Portugal a 30 de Maio de 2002, complementa a CEDH e estabelece os princípios estruturantes da política social europeia que mais tarde foram integrados na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE) de 2000 que se tornou vinculativa com o Tratado de Lisboa de 2007.

A 25 de Agosto de 1996 é aprovada pela Assembleia Geral da associação Mundial de Psiquiatria a Declaração de Madrid, esta está dividida em três partes, e assim como as suas predecessoras, define um núcleo essencial de padrões que os psiquiatras devem seguir, e desenvolve ainda alguns assuntos mais específicos que ainda não tinham sido abordados.

Ainda em 1996, a OMS apresenta o documento, Direitos dos Cuidados de Saúde Mental: 10 Princípios Básicos, que prevê então dez princípios que visam proteger os direitos e liberdades das pessoas com necessidades de cuidados mentais orientando-nos cada vez mais pelo respeito das vontades destes cidadãos, e limitando as hipóteses de internamento, superando uma visão demasiado paternalista.

A 4 de Abril de 1997 tem lugar a Convenção sobre os Direitos Humanos e Biomedicina (Convenção de Oviedo) ratificada em Portugal a 13 de Agosto de 2001, visa a proteção de todo o ser humano face às aplicações da biologia e da medicina, destinando especial proteção nos arts.6.º e 7.º às “*peçoas que careçam de capacidade para prestar consentimento*” e às “*peçoas que sofram de perturbação mental*”.

O Comité de Ministros do Conselho da Europa aprova a 22 de Setembro de 2004 a Recomendação sobre a proteção dos Direitos Humanos e Dignidades das Pessoas com Perturbação Mental: Rec(2004)10, dando ênfase aos deveres dos profissionais de saúde, e orientando os Estados a adotarem as suas recomendações.

Segue-se a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) aprovada pela Assembleia-Geral da ONU a 13 de Dezembro de 2006 ratificada por Portugal a 23 de Setembro de 2009, e que tem como finalidade, proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência. Esta importante Convenção internacional foi impulsionadora do novo texto legal da LSM, após ratificar a CDPD em 2009 a desconformidade da antiga LSM com os princípios e direitos previstos nesta convenção não podia subsistir por mais tempo.

4. Conclusão

Atualmente almejamos um novo modelo de intervenção médica e psiquiátrica, passando pela psicofarmacologia, psicoterapia mas essencialmente pela prevenção e educação social da doença mental, o objetivo é: reduzir ao máximo o internamento involuntário, optando sempre que possível pelo tratamento ambulatorio, mas previamente, incentivando o tratamento voluntário desestigmatizando a sua necessidade, e prevenindo a necessidade de recurso a estes tratamentos, intervindo em idades mais ternas, onde boa parte das doenças mentais têm a sua origem.

Capítulo II: Conceito de saúde mental/ doença mental/ Deficiência mental:

A Organização Mundial da Saúde⁶⁵ (OMS) define ‘saúde’ como "um estado de completo bem-estar físico, *mental* e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", retiramos desta definição ampla, talvez mesmo utópica como refere Eduardo Figueiredo⁶⁶, a ideia de que a saúde é um estado de equilíbrio de todas as áreas da vida. No âmbito do nosso estudo dedicamo-nos à área da ‘saúde mental’, que a OMS define como um estado de bem-estar que permite que cada indivíduo seja capaz de usar as suas próprias habilidades, consiga lidar com o stress normal da vida, possa trabalhar produtiva e proveitosamente e seja capaz de dar o seu contributo à sua comunidade. No mesmo sentido António Fernandes da Fonseca define a ‘saúde mental’ como o “sistema

⁶⁵ A OMS é uma agência especializada na saúde das Nações Unidas que tem por objetivo a aquisição por todos os povos do nível de saúde mais elevado possível, e foi constituída em Nova Iorque a 22 de Julho de 1946 entrando em vigor a 7 de abril de 1948.

⁶⁶ FIGUEIREDO, Eduardo António Silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021, p.6

de equilíbrio funcional do organismo capaz de permitir ao indivíduo uma boa adaptação social”⁶⁷.

Como tivemos a oportunidade de ver, ao longo das épocas, houve diversos entendimentos sobre as causas da doença mental, para uns era o resultado de possessão demoníaca, para outros consistia numa instabilidade dos humores, até aos dias de hoje não existe um consenso perfeito quanto à definição de doença mental, mesmo com todos os avanços que se foram observando na ciência, e por causa destes, definir exatamente o que é a saúde mental e a doença mental é desafiante, isto porque a percepção do que é a saúde mental e a doença mental é intrínseca a cada sociedade, até mesmo, à pessoa que a define, citando António Carlos do Carmo “*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 elaboradas, bem como à época em que surgiram*”.⁶⁸

Certo é que, para falarmos de saúde mental pressupõe-se a ausência de doença mental, o que levanta, portanto, a necessidade de explicitação do que é a doença mental, e distingui-la da deficiência mental.

1. Distinção entre Doença Mental e Deficiência Mental

Em primeiro lugar torna-se relevante fazer uma breve distinção entre doença e deficiência num modo geral. Como explica o professor Romeu Kazumi Sassaki a “*doença não é deficiência, assim como deficiência não é doença, mas algumas deficiências são causadas por doenças, assim como poderiam ser causadas por acidentes de qualquer tipo, violência urbana, maus-tratos em casa, tiros e explosões em tempos de guerra, etc. Outras deficiências são congênicas*”⁶⁹. Tem deficiência a pessoa que “*por motivo de perda ou anomalia, congênita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em*

⁶⁷ CORREIA GONÇALVES, Pedro, O Estatuto jurídico do doente mental, 2009, p.26 (A. Fernandes da Fonseca Psiquiatria e psicopatologia de 1997)

⁶⁸ FERREIRA DOS REIS, Cidália Sofia, “Internamento Compulsivo: Sua Contextualização”, Dissertação de mestrado, p.17

⁶⁹ <https://www.estadao.com.br/brasil/vencer-limites/deficiencia-nao-e-doenca/> consultado dia 19/12/2023

conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”⁷⁰. A deficiência não tem cura. Já a doença, consiste numa alteração do estado ‘normal’ (físico ou mental) da saúde de um indivíduo, e esta já é suscetível de cura ou tratamento.

Apesar das várias necessidades que têm em comum, a mesma distinção deve ser feita entre a deficiência mental e a doença mental.

A deficiência mental, sendo uma deficiência, não tem cura. Esta, quando congénita, manifesta-se, regra geral, na infância “*sob a forma de dificuldades na adaptação às exigências da vida quotidiana, na compreensão e utilização da linguagem e na assimilação de significados gerais ou abstractos*”⁷¹, e compõe-se de duas características essenciais, isto é, de uma função intelectual seriamente afetada e de uma capacidade adaptativa diminuída, em comparação com a dita ‘normalidade’ da sociedade. A deficiência mental, tal como a deficiência em geral, pode ser congénita ou adquirida.

A doença mental “*caracteriza-se por reacções emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação*”⁷², é passível de controle ou cura por meio de remédios e terapias, que visam geralmente a reabilitação dos seus portadores permitindo que retomem o seu estilo de vida.

A intervenção perante os portadores de deficiência mental tem o intuito de ajudá-los a desenvolver as suas competências para conseguirem integrarem-se na comunidade diminuindo a sua dependência.

⁷⁰ Artigo nº2 da lei 38/2004 de 18 de agosto, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

⁷¹ V. COBB, Henry, MITTLER, Peter, Diferenças significativas entre deficiência e doença mental: Uma tomada de posição. Folhetos SNR Nº 54, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, secretariado Nacional das pessoas com deficiência.

⁷² V. COBB, Henry, MITTLER, Peter, Diferenças significativas entre deficiência e doença mental: Uma tomada de posição. Folhetos SNR Nº 54, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, secretariado Nacional das pessoas com deficiência. Pag.6.

2. Doente Mental: Animal irracional

Ao caracterizar o que é a deficiência e doença fazemos referência ao conceito de ‘normalidade’ e é aqui que, no contexto da saúde mental, este conceito ‘do que é normal’ acaba por gerar alguma complexidade, afinal, como bem salienta Vieira de Andrade, é ténue “*a fronteira entre doença mental ou anomalia psíquica e idiosincrasia, diferença, originalidade, peculiaridade, extravagância excentricidade, bizarria, extraordinariedade e até genialidade*”⁷³. É esta fronteira ténue entre o que é ‘normal’ e ‘o que do normal se afasta’ que contribuiu de forma colossal para as atrocidades de que a história das perturbações do foro psíquico (deficiência e doença mental) foi testemunha, rejeitando a diferença, afastando-a da sociedade, muitas das vezes por razões supersticiosas e preconceituosas. A vista disto é que no século XIX se entendia que o doente mental (aqui incluindo também o deficiente mental) era desprovido de razão e essa “ausência de razão” determinava a “*impossibilidade para o sujeito alienado permanecer senhor de si mesmo, sobretudo enquanto elemento da sociedade, cujos valores e normas dominantes ele não podia compreender nem respeitar*”⁷⁴. O próprio “contrato social” de Thomas Hobbes, John Locke e Jean Rousseau tinha por contraentes os Homens livres, senhores de si mesmo, e iguais entre si, e todos os que se afastavam desta representação do Homem racional, não eram entendidos enquanto sujeitos da sociedade, eram excluídos, tanto num plano moral quanto num plano jurídico, e destinados à soberania do Homem racional.

Este juízo do doente mental mais próximo do animal que do ser humano, e o entendimento deste como um ser irracional, não deve ser entendido como um retrocesso dos avanços sucedidos na época das luzes, como evidencia Ana Leonor Pereira, o tratamento moral que aí surgiu “*fundamentava-se na ideia de que o louco era um sujeito que detinha um resto de razão, ou seja, de liberdade-responsabilidade através do qual podia comunicar, ter medo, respeitar e obedecer e nesta medida interiorizar os valores*

⁷³ VIEIRA DE ANDRADE, J.C., “O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspetiva dos direitos fundamentais”, Coleção Formação Inicial: Internamento Compulsivo, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2016, p.48

⁷⁴ PEREIRA, Ana Leonor “A institucionalização da Loucura em Portugal”, Revista Crítica da Ciências Sociais Nº 21, novembro 1986, p.86.

*da época*⁷⁵, tal não se confundia com o entendimento que corretamente temos hoje em dia.

O Direito Penal nascido no “século das luzes” foi exemplo desta aproximação do doente mental ao animal, tendo como destinatário exclusivo o cidadão livre e senhor dos seus atos representado na Declaração dos Direitos do Homem de 1789, e “o louco”, aquele que no momento da infração não goza das luzes da razão, não entrava nas fronteiras do direito penal.

É apenas com o nascimento da escola positivista que as fronteiras do Direito penal se abriram aos agentes declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica por via da imposição de medidas de segurança de internamento, o que suscitou a discussão doutrinal sobre a natureza jurídica da medida de segurança: para os positivistas, esta era uma medida penal, para os clássicos tratava-se de uma medida administrativa.

O que não gerava dúvidas era a perigosidade penal ou pelo menos social, do portador da anomalia psíquica, que por definição, era penalmente irresponsável. E esta associação entre anomalia psíquica e crime autorizava que o facto praticado pelo agente fosse tido como indício da perigosidade, ao mesmo tempo que o modelo médico paternalistas, então reinante, permitia que não se fosse muito exigente com o internamento que seria sempre no interesse e para o bem do autor do comportamento positivado, num tempo em que os portadores de doença mental, em geral, não eram vistos como titulares de direitos fundamentais.

Ultrapassada a discussão doutrinal sobre a natureza jurídica da medida de internamento, os sistemas sancionatórios passaram a reconhecer a medida de segurança enquanto sanção penal distinguindo-se da pena pelo seu pressuposto da perigosidade atual do agente que era necessário em associação com o pressuposto da prática de um facto ilícito típico. *“Uma evolução marcada pelo objetivo de submeter a imposição das medidas de segurança ao regime de garantias político-criminais, formais e materiais que rodeia a aplicação das penas. Passando a tornar-se recorrente o apelo aos princípios e garantias do Estado de Direito”*⁷⁶.

⁷⁵ PEREIRA, Ana Leonor “A institucionalização da Loucura em Portugal”, Revista Crítica da Ciências Sociais Nº 21, novembro 1986, p.97.

⁷⁶ ANTUNES, Maria João, “o passado, o presente e o futuro do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica” Revista portuguesa de ciência criminal, Coimbra, a.13 n.º3(Jul.-Set.2003), p.347-363

3. Pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental

Hoje em dia não existem dúvidas sobre as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental serem verdadeiramente pessoas titulares de direitos e deveres como todos os integrantes da sociedade. São seres humanos dignos, titulares de direitos fundamentais, que os protegem de decisões arbitrárias sobre a sua condição e de um Estado abusivamente paternalista, no entanto, o Estado tem o dever perante estes, de cuidado, que devido à suas necessidades de cuidados de saúde mental encontram-se em situação mais vulnerável.⁷⁷

Capítulo III: O tratamento involuntário

O Tratamento involuntário encontra-se previsto no Capítulo IV da atual LSM (Lei n.º 35/2023), nos arts.14.º e ss. O mesmo texto legal, no art.2.º/b, define o Tratamento Involuntário como “*o tratamento decretado ou confirmado por autoridade judicial, em ambulatório ou em internamento*”. Deste conceito retiramos por um lado, que o tratamento involuntário pode revestir duas formas, em ambulatório e em internamento, e por outro lado que este tratamento, sendo involuntário, contende com Direitos Fundamentais do ser humano – são direitos fundamentais aqueles que, sem os quais, a dignidade da pessoa humana seria afetada.

1. Direitos Fundamentais

Como já tivemos a oportunidade de estudar, a DUDH prevê no seu art.3.º que “*Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*”, no seu art.5.º que “*Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes*”, no seu art.9.º que “*Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado*” e no seu art.12.º que “*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. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei*”. Por seu turno a CEDH prevê no seu art.5.º/1/e que “*Toda a pessoa tem*

⁷⁷ FIGUEIREDO, Eduardo António silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021

*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”.*⁷⁸

A nossa constituição, que acolhe estes preceitos por aplicação dos arts.8.º e 16.º, prevê no seu art.1.º o respeito pela dignidade da pessoa humana e no seu Capítulo I do Título II dedicado aos Direitos, Liberdades e Garantias, o direito fundamental à liberdade e à segurança (art.27.º) que segundo o art.18.º/2 “*A lei só pode restringir (...) nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos*”. O preceito do art.27.º prevê que “*1. Todos têm direito à liberdade e à segurança. 3. Excetua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes: h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*”.⁷⁹

Num Estado de Direito democrático como o nosso, seria inimaginável a não conformação com os direitos fundamentais, direitos estes que são universais e que protegem os indivíduos perante os abusos de poder, nomeadamente, do Estado. Consequentemente, qualquer restrição ilegal destes direitos é suscetível de desencadear mecanismos processuais, tanto nacionais quanto internacionais, que visam salvaguardar os direitos fundamentais das pessoas, e como já mencionando, o TEDH foi criado precisamente para defender estes direitos fundamentais previstos na CEDH.⁸⁰

2. Distinção entre Internamento Involuntário, Medida de Segurança e Internamento Preventivo

Feito esta breve abordagem sobre os direitos fundamentais que podem contender com o instrumento estudado neste capítulo, considero relevante fazer uma, também breve,

⁷⁸ ARAÚJO MARTINS, Ana Teresa, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p.11-41

⁷⁹ (ibidem)

⁸⁰ (ibidem)

distinção entre o tratamento involuntário em internamento previsto na LSM, a medida de segurança criminal prevista no Código Penal (CP) e o internamento preventivo no Código de Processo Penal (CPP).

O Internamento involuntário previsto nos arts.14.º e ss. da LSM aplica-se às pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental que tenham uma doença mental, em razão da qual criem uma situação de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiros e que recusem tratamento.⁸¹

A medida de segurança criminal está prevista nos arts.91.º a 99.º do CP, aplica-se aos inimputáveis, que nos termos do art.20.º/1/2 “*é inimputável 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*” e “*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 deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída*”, e tem como pressupostos de aplicação a prática de um facto típico ilícito e o “*fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie*” (art.91.º/1/parte final).⁸²

O internamento preventivo está previsto no art.202.º/2 do CPP que nos diz que “*mostrando-se que o arguido a sujeitar a prisão preventiva sofre de anomalia psíquica, o juiz pode impor, ouvido o defensor e, sempre que possível, um familiar, que, enquanto a anomalia persistir, em vez da prisão tenha lugar internamento preventivo em hospital psiquiátrico ou outro estabelecimento análogo adequado, adaptando as cautelas necessárias para prevenir os perigos de fuga e de cometimento de novos crimes*” trata-se de uma medida de coação, e enquanto tal está sujeita aos princípios de necessidade, adequação e proporcionalidade previstos no art.193.º, só é admissível se houver fortes indícios da prática do crime doloso conforme previsto no art.202.º/1 ou se “*se tratar de pessoa que tiver penetrado ou permaneça irregularmente em território nacional, ou contra a qual estiver em curso processo de extradição ou de expulsão*”, e se houver perigo

⁸¹ TENEZINHA, Filipa Ligeiro, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p.45-75; GARRIDO, Sara, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p. 111-137

⁸² (ibidem)

de fuga, perigo de perturbação do processo ou perigo de que continue a atividade criminosa ou perturbe gravemente a ordem e a tranquilidade públicas (art.204.º/1).⁸³

Tendo em conta a divergência de pressupostos para aplicação de cada um destes regimes, o modo como estes cessam também é distinto, o internamento involuntário cessa logo que cessem os pressupostos que o justifiquem, a medida de segurança finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem, nunca podendo exceder limite máximo da pena correspondente ao tipo legal do crime cometido pelo inimputável, e o internamento preventivo cessa se tiver sido aplicado irregularmente, ou quando deixarem de subsistir as circunstâncias que o determinaram.⁸⁴

3. Processo para Tratamento Involuntário

Como já mencionado o tratamento involuntário previsto pela nossa LSM pode ser realizado em ambulatório ou em internamento, sendo o tratamento em internamento subsidiário ao tratamento em ambulatório. O processo que leva à aplicação de um tratamento involuntário, seja ele em ambulatório ou em internamento é o mesmo, no entanto, determinadas circunstâncias podem levar à necessidade de um internamento de urgência que se processa de forma diferente.

3.1 Processo comum⁸⁵

Pressupostos do Tratamento Involuntário: Para poder haver tratamento involuntário é necessário estarem preenchidos cumulativamente os pressupostos do art.15.º da LSM, que são:

- A existência de doença mental;
- A recusa do tratamento medicamente prescrito necessário para prevenir ou eliminar o perigo;

⁸³ (ibidem)

⁸⁴ GARRIDO, Sara, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p. 111-137

⁸⁵ Lei de Saúde Mental Lei. N.º 35/2023

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

- A existência de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais, de terceiros ou do próprio;
- No caso de se tratar de perigo para bens jurídicos de terceiros, exige-se o nexo de causalidade entre a doença mental e o perigo, e a recusa de tratamento;
- No caso de se tratar de perigo para bens jurídicos próprios, para além do nexo de causalidade e da recusa do tratamento, exige-se ainda, que a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento;
- O tratamento involuntário tem de ser orientado para a recuperação integral da pessoa;
- O Tratamento involuntário tem de ser a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito.
- O Tratamento involuntário tem de ser adequado a prevenir ou eliminar uma das situações de perigo mencionadas no art.15.º/1/c.
- O tratamento involuntário tem de ser proporcional tanto à gravidade da doença mental, quanto ao grau de perigo e à relevância do bem jurídico.

O processo para tratamento involuntário inicia-se através de requerimento formulado por escrito por quem tem legitimidade (art.16.º) dirigido ao tribunal competente (art.34.º). Do requerimento deve constar a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente, e sempre que possível, ser instruído em elementos que possam contribuir para a decisão do juiz.

Subsequentemente, após receção do requerimento, o juiz notifica o requerido e nomeia-lhe um defensor, notifica também o defensor ou o mandatário, caso o requerido constitua mandatário, e o familiar mais próximo do requerido, para requerem o que acharem conveniente, no prazo de cinco dias. Nesse mesmo prazo é notificado o MP.

Posto isto, o juiz, oficiosamente ou a requerimento determina a realização das diligências necessárias e, obrigatoriamente, determina a avaliação clínico-psiquiátrica do requerido, esta deve ser realizada no prazo de 15 dias por dois psiquiatras em colaboração com outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço de saúde mental. Da avaliação clínico-psiquiátrica resulta um relatório do qual deve constar o juízo técnico-científico sobre a existência ou não de doença mental, a sua gravidade, os factos que

originaram tal interpretação, e que, para prevenir ou eliminar uma das situações de perigo previstas no art.15.º/c, fundamentam a recusa do tratamento necessário, a necessidade de tratamento e a insuficiência do tratamento involuntário em ambulatório, se for o caso. O relatório é remetido ao tribunal no prazo de sete dias, que após receção designa uma data para a sessão conjunta e notifica quem de direito (art.21.º da LSM).

Na sessão conjunta, após a audição das pessoas notificadas e convocadas, e das alegações finais do defensor ou mandatário, o juiz profere a sua decisão de imediato ou no prazo de cinco dias (art.22.º). A decisão proferida pelo juiz deve ser fundamentada sob pena de nulidade. Desta deve constar a identidade da pessoa a submeter a tratamento, as razões do tratamento involuntário por referência aos pressupostos do art.15.º, o regime do tratamento involuntário, e no caso de optar pelo internamento involuntário, as razões que justificam a não eficácia do tratamento em ambulatório. Se o juiz proferir a decisão de imediato na sessão conjunta dão-se por notificados os presentes, caso contrário deve notificar o MP, o requerido, o defensor ou mandatário, o requerente, o serviço local ou regional de saúde mental responsável pela área de residência do requerido.

Findo processo, o juiz emite o mandado de condução a ser cumprido de acordo com o previsto no art.24.º da LSM.

A revisão da decisão deve ser efetuada de dois em dois meses sobre o início do tratamento ou da decisão que o tiver mantido, mas pode também ser requerida por quem tem legitimidade (art.25.º/3).

Cessa o tratamento involuntário ou por decisão do diretor clínico do serviço de saúde mental após avaliação clínico-psiquiátrica (comunicada ao tribunal) ou por decisão judicial assim que cessem os pressupostos que o justificaram, art.26.º.

Em caso de internamento involuntário, este pode ser substituído por tratamento ambulatório logo que aquele deixe de ser a única forma de garantir o tratamento, se necessário pode ser retomado, sempre que haja uma alteração esta deve ser comunicada ao tribunal.

3.2 Processo de Internamento de Urgência⁸⁶

Pressupostos para o internamento de urgência:

- Pressupostos do art.15º da LSM para o tratamento involuntário.
- No entanto, o perigo para os bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiro tem de ser iminente, nomeadamente por deterioração aguda do estado da pessoa com doença mental (art.28.º).

No caso de internamento de urgência, verificados os pressupostos, a GNR ou PSP determinam oficiosamente ou por mandado que a pessoa seja conduzida a serviço de urgência hospitalar com valência de psiquiatria. A condução do internando deve ser comunicada imediatamente ao MP. Quando pela situação de urgência e de perigo de demora, não seja possível a emissão de mandado, qualquer elemento de uma força de segurança pode conduzir o internando ao serviço de urgência hospitalar com valência de psiquiatria devendo lavrar um auto contendo os factos.

O internando apresentado ao serviço de urgência hospitalar é submetido a uma avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico, se daquela decorrer a necessidade de internamento e o internando se opuser, o serviço de urgência hospitalar comunica de imediato a admissão ao tribunal judicial competente e remete-lhe a cópia do mandado e do relatório da avaliação.

Se a avaliação não confirmar a necessidade de internamento então a entidade que conduziu a pessoa restitui-a imediatamente à liberdade, remetendo o expediente ao MP e o serviço de urgência hospitalar remete-lhe a avaliação clínico-psiquiátrica.

No caso de a avaliação confirmar a necessidade de internamento, recebida a comunicação por parte do serviço hospitalar o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao MP para prenuncia sobre os pressupostos do internamento de urgência.

O juiz realiza as diligências que considera necessárias e profere a sua decisão de manutenção ou não do internamento fundamentando-a sob pena de nulidade, no prazo de 48 horas. Se a decisão for de manutenção do internamento, esta é comunicada com todos

⁸⁶ Lei de Saúde Mental Lei. N.º 35/2023

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

os seus elementos ao tribunal competente que ordenando que se faça nova avaliação clínico-psiquiátrica no prazo de cinco dias, por dois psiquiatras distintos dos que fizeram a primeira avaliação clínico-psiquiátrica e em colaboração com a equipe multidisciplinar do serviço de saúde mental, e dá início ao processo de tratamento involuntário segundo os trâmites do processo comum, mas com as necessárias adaptações.

3.3 Conclusão

Como podemos constatar o processo que leva ao tratamento involuntário seja ele ambulatorio, de internamento, ou de internamento de urgência é um processo que qualificamos de modelo misto de decisão médica e judicial⁸⁷, por um lado temos a decisão médica especializada que elabora o relatório clínico-psiquiátrico que está subtraído à livre apreciação do juiz, e, portanto, vinculante, mas por outro lado temos o juízo judicial⁸⁸ que deve avaliar a proporcionalidade na sua triple vertente, do tratamento com a restrição dos direitos fundamentais que lhe está inerente, decidindo, conforme os pressupostos legais. E por fim, cito o Médico Psiquiatra, Doutor Fernando Vieira *“A função do tribunal não é, assim, substituir-se aos médicos para ajuizar da necessidade de tratamento dos doentes, mas antes legitimar a privação de liberdade e o tratamento sem consentimento”*

⁸⁷ PELERIGO, Vanessa, em “Direito Penal da Loucura: o internamento Compulsivo no Ordenamento Jurídico Português, à Luz da Saúde Mental”, Anatomia do Crime, n.º 8, 2018, p.130-148.

⁸⁸ DIAS PEREIRA, André, em “Sida, toxicod dependência e esquizofrenia: Estudo jurídico sobre o Internamento Compulsivo, Lex Medicinæ, n.º 14, 2010, p.63-79

CONCLUSÃO:

Ao longo desta dissertação fomos expondo os vários obstáculos a que as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental foram enfrentando ao longo da história, obstáculos estes, que foram muito além da própria doença mental, que em si já é um grande obstáculo.

Com o passar dos anos, e principalmente nas últimas décadas vários avanços, científicos, jurídicos e mesmo sociais foram-se realizando. Do ponto de vista científico, podemos hoje contar com vários tratamentos que ajudam estas pessoas a terem uma vida um pouco mais facilitada. Do ponto de vista jurídico, várias diplomas internacionais, nacionais foram surgindo devolvendo a dignidade a estes seres humanos, respeitando-os e restituindo-lhes a sua autonomia, o seu poder de decisão, a sua liberdade, e todos os seus direitos fundamentais, desde que compatíveis com a sua condição. E do ponto de vista da sociedade, podemos dizer que já vários progressos foram feitos quanto à destigmatização destas pessoas, e principalmente quanto à destigmatização dos cuidados de saúde mental, o que permite que haja uma maior percentagem da população que procure ajuda nos serviços de cuidados de saúde mental, antes mesmo de ser necessária uma intervenção mais opressiva.

No entanto todos estes progressos ainda não são suficientes, e existe muito caminho pela frente, e muitos obstáculos ainda por superar, nomeadamente no que toca aos recursos financeiros que são atribuídos a esta área, por mais bondosa que seja a legislação, e relevantes os objetivos que esta visa atingir, é impossível alcançá-los se não houver recursos humanos e financeiros que os suportem. Devemos, portanto, neste processo de desinstitucionalização ser cautelosos com os parâmetros que colocamos, para que não sejam as pessoas que mais necessitam de ajuda a terem as consequências.

Outro ponto de extrema relevância e que se deve dar mais enfoque, é o da promoção e prevenção da saúde mental, nomeadamente, nas escolas, altura em que maior parte das doenças mentais se desenvolvem.

BIBLIOGRAFIA:

FERRERAS, Ingrid G. “History of mental illness”

<https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

CORREIA GONÇALVES, Pedro, O Estatuto Jurídico do doente mental: Com referência à jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem.

POMA Roberto, La Folie et les Maladies Nerveuses, Histoire de la médecine à l'époque moderne, UE7 Tome 2, Démarches épistémologique et histoire de la médecine, 2018

GONÇALVES, Pedro o “Estatuto jurídico do doente mental”, pag.28,

ESQUIROL Des établissements des aliénés en France e des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à Son excellence le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, Paris, De l'imprimerie de Madame Huzard, Mars 1819. Pag.13 e 14

FERNANDES Barahona, O nascimento da psiquiatria em Portugal, em História e desenvolvimento da ciência Portuguesa Volume I, Lisboa, 1986. pag.578

BEIRÃO, Caetano Maria Ferreira da Silva “apontamentos para a História dos Alienados em Portugal”, jornal da sociedade das Sciencias Medicas, Lisboa, segunda serie, tomol, segundo semestre de 1847, p.31 e ss. Mantém-se a Grafia da época. Em I Jornadas de História da psiquiatria e Saúde mental, Ana Leonor Pereira, Estar/Ficar Doente em Portugal Há cerca de 150 anos: Os primeiros hospitais de Alienados, 2010.

MORGADO PEREIRA, José, “história da Psiquiatria. Considerações Historiográfico-clínicas.” I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, p. 9-10.

Candeias, A., Macedo, E., Esteves, A. & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20103.

Aires Gameiro, Augusto Moutinho Borges, Egas Moniz e as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha: Facetas desconhecidas de um Nobel, I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra, 2010.

QUINTAIS, Luís, A Perigosidade do Agente e a Emergência da Psiquiatria Forense Portuguesa, I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra, 2010.

SOARES, Maria Isabel, A reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica, *Pensar Enfermagem*, Vol.12, N. °2, 2008.

António José de Almeida Filho, Fabíola Lisboa Silveira Fortes, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Angélica de Almeida Peres, Telma Sofia dos Santos Vidinha e Manuel Alves Rodrigues; Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil, *Revista de enfermagem portuguesa*, IV, n. °4, 2015

DE CARVALHO, Álvaro “Saúde Mental: A Efetiva Integração no Serviço Nacional de Saúde e os Internamentos Compulsivos”, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

FIGUEIREDO, Eduardo António silva, “(R)evolução da Legislação de Saúde Mental à Luz da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, Coimbra, Setembro 2021

FERREIRA DOS REIS, Cidália Sofia, “Internamento Compulsivo: Sua contextualização”, Dissertação Para a obtenção do Grau de Mestre, Universidade Lusíada do Porto, Porto, 2014

RODRIGUES, António, “Lei sintónica com a evolução do pensamento e da cultura democrática”, p. 95, A lei da saúde Mental e o Internamento Compulsivo, Coimbra, 2000.

VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos “O internamento Compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspetiva dos direitos fundamentais”, A Lei da saúde mental e o internamento compulsivo, Centro de Direito Biomédico: Coimbra Editora, 2000, pp. 71-91.

ANTUNES, Maria João, “Lei de Saúde Mental – um olhar sobre a proposta em discussão”, A nova Lei de Saúde Mental, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Centro de Estudos Judiciários, 2023.

ROBALO, Inês, Novo paradigma e o que muda na atuação funcional do Ministério Público, p.189, Doença mental: da imputabilidade à ressocialização, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2023.

AZENHA, Sónia, “Internamento Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental, Estudos das Atitudes Éticas”, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2021

CORREIA GONÇALVES, Pedro, O Estatuto jurídico do doente mental, 2009, p.26 (A. Fernandes da Fonseca Psiquiatria e psicopatologia de 1997)

V. COBB, Henry, MITTLER, Peter, Diferenças significativas entre deficiência e doença mental: Uma tomada de posição. Folhetos SNR N° 54, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, secretariado Nacional das pessoas com deficiência. Pag.6.

PEREIRA, Ana Leonor “A institucionalização da Loucura em Portugal”, Revista Crítica da Ciências Sociais N° 21, novembro 1986, p.86.

ANTUNES, Maria João, “o passado, o presente e o futuro do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica” Revista portuguesa de ciência criminal, Coimbra, a.13 n.º3(Jul.-Set.2003), p.347-363

ARAÚJO MARTINS, Ana Teresa, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão

TENEZINHA, Filipa Ligeiro, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p.45-75;

GARRIDO, Sara, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p. 111-137

GARRIDO, Sara, em “O Internamento Compulsivo. A actuação (possível), do Ministério Público face ao regime da lei n.º 36/98 de 24-07. Enquadramento Jurídico, Prática e Gestão processual, Formação Ministério Público: Internamento Compulsivo, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2020, p. 111-137

DIAS PEREIRA, André, em “Sida, toxicodependência e esquizofrenia: Estudo jurídico sobre o Internamento Compulsivo, Lex Medicinæ, n.º 14, 2010, p.63-79

PELERIGO, Vanessa, em “Direito Penal da Loucura: o internamento Compulsivo no Ordenamento Jurídico Português, à Luz da Saúde Mental”, Anatomia do Crime, n.º 8, 2018, p.130-148.