

## Operacionalização do Tratamento Involuntário em Meio Prisional: Uma Perspetiva à Luz da Nova Lei de Saúde Mental em Portugal

### Operationalization of Involuntary Treatment in a Prison Setting: A Perspective in Light of the New Mental Health Law in Portugal

Susana PINTO ALMEIDA✉\*,<sup>1</sup>, Sérgio M. MARTINHO\*,<sup>2</sup>

Acta Med Port 2025 Jun-Jul;38(6-7):366-368 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.22684>

**Palavras-chave:** Ética; Perturbações Mentais; Portugal; Tratamento Psiquiátrico Involuntário/ethics; Tratamento Psiquiátrico Involuntário/legislação e jurisprudência

**Keywords:** Ethics; Involuntary Treatment, Psychiatry/ethics; Involuntary Treatment, Psychiatry/legislation and jurisprudence; Mental Disorders; Portugal

#### TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO NA NOVA LEI DA SAÚDE MENTAL

Vigorando desde 2023, a nova Lei da Saúde Mental (*nLSM*)<sup>1</sup> substituiu o anterior diploma regulador dos tratamentos involuntários (TI). Esta mudança legislativa, impelida pela necessidade de conformar a lei portuguesa à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>2</sup> e enformada por recomendações europeias<sup>3</sup> — entre elas, o protocolo a acrescentar à Convenção de Oviedo<sup>4</sup> —, inclui-se num esforço de uniformizar a aplicação dos TI em psiquiatria nos estados-membros da União Europeia, para prevenir abusos aos direitos das pessoas com doença mental. Fundada sobre estes documentos, a *nLSM* pretende ser um instrumento legal de assistência clínico-psiquiátrica que garanta o maior respeito pela autonomia e dignidade das pessoas que, pela sua doença mental, observem a sua liberdade cerceada, promovendo, igualmente, a sua não-discriminação.

A *nLSM* produz alterações significativas que se traduzem no modo como os agentes envolvidos a poderão aplicar. Algumas destas mudanças poderão ser problemáticas, como a substituição do conceito médico-legal de ‘anomalia psíquica’ pelo de ‘doença mental’, estritamente diagnóstico, nem sempre imediatamente realizável. Acresce que a *nLSM* parece enfocar os pressupostos do TI na noção de perigo. Esta aproximação generalista a um perigo, pode fazer olvidar o escopo do TI, caso os psiquiatras, por receio de litigância, se rejam por interpretações rígidas sobre os bens jurídicos em perigo, nomeadamente se apenas considerarem a vida ou a integridade física, quando, efetivamente, a própria saúde constitui um bem jurídico merecedor de proteção (ilustre-se aquela interpretação restritiva com o caso reportado<sup>5</sup> de TI não pela agudização de doença mental, mas pela presença concomitante de uma anemia grave, encontrada posteriormente, considerando-se esta

última doença como perigo, numa aparente perversão do espírito da LSM e das recomendações europeias que a sustentam).<sup>3,4</sup> A *nLSM* poderá, pois, promover interpretações contrárias ao seu espírito, se não houver uma deliberação clínico-psiquiátrica multidimensional e responsável do ponto de vista técnico-científico, surgindo o risco de não haver lugar a TI, apenas por ausência de perigo para a vida ou integridade física, do próprio ou terceiros. Uma inibição deste tipo é particularmente relevante se pensarmos na comprovada incapacidade clínica para prever atos de violência, para o próprio doente e outros.<sup>6</sup>

Ainda na sua infância, a *nLSM* enfrenta os desafios da sua aplicabilidade e das hesitações que surgem da sua novidade. Interessa, então, manter um debate sobre como as alterações previstas serão efetivadas e que interpretações resultarão válidas. Nesta perspetiva, pretendemos começar esse debate pela aplicação da *nLSM* numa população vulnerável: os doentes mentais em reclusão.

#### UM NOVO ESPAÇO PARA O TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO: O SISTEMA PRISIONAL

Ter cuidados adequados de saúde mental no sistema prisional é um direito da população privada de liberdade e uma oportunidade para o Estado prestar assistência a pessoas que, geralmente, são negligenciadas e não têm acesso direto ao sistema público de saúde.<sup>7</sup> Como referimos, uma das alterações significativas produzidas pela *nLSM* respeita à clareza com que se aplica no meio prisional. Esta clareza é ilustrada pela referência explícita “[à]s pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental a quem seja aplicada pena, medida de segurança ou medida de coação” (n.º 2, art.º 7.º; n.º 2, art.º 8.º),<sup>1</sup> menção ausente na anterior LSM. Ademais, a *nLSM* (art.º 47.º)<sup>1</sup> altera o Código da Execução das Penas e Medidas Preventivas da Liberdade (CEPMPL), conferindo ao Tribunal de

\*Co-primeiros autores.

1. Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital Prisional de São João de Deus. Caxias. Portugal.

2. Investigador independente. Portugal.

✉ Autor correspondente: Susana Pinto Almeida. [susana.m.almeida@dgrsp.mj.pt](mailto:susana.m.almeida@dgrsp.mj.pt)

Recebido/Received: 02/12/2024 - Aceite/Accepted: 19/02/2025 - Publicado Online/Published Online: 04/04/2025 - Publicado/Publicated: 02/06/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



Execução das Penas (TEP) a competência de “decidir sobre o [TI] do condenado com necessidade de cuidados de saúde mental”. Por esta competência não estar atribuída ao TEP na anterior LSM, a população prisional com doença mental via-se discriminada, pelo que a nLSM traduz um evidente esforço pelo respeito pelo princípio da equivalência de cuidados entre as populações comunitária e prisional, esta última anteriormente, na prática, afastada da obtenção de um estatuto legal que possibilitasse quer o seu tratamento psiquiátrico involuntário quer a sua proteção durante esse tratamento.

Além da consagração formal do princípio da charneira dos cuidados prisionais — equivalência de cuidados —, qual a pertinência efetiva destas mudanças? Embora os dados de saúde mental prisional escasseiem em Portugal,<sup>8</sup> a verdade é que, internacionalmente, a evidência aponta para que a prevalência da maior parte das doenças mentais na população prisional seja mais do dobro do que a da comunidade, com particular nota para as perturbações psicóticas (4%) ou para a depressão (11%).<sup>9</sup> Face à elevada prevalência destas perturbações, com potencial de prejuízo do discernimento e juízo crítico, afigura-se clara a pertinência da entrada da nLSM no meio prisional, assim como a insuficiência e inadequação das medidas coercivas de tratamento previstas no CEPML (art.º 35.º),<sup>10</sup> cuja aplicação não parece ser sustentável fora de um contexto pontual e puramente contentor. Estas medidas são por isso incompatíveis com um tratamento apropriado de acordo com as *leges artis* psiquiátricas. A nLSM vem garantir aos reclusos com doença mental acesso a um estatuto legal assistencial psiquiátrico com os contrapesos imprescindíveis de recurso legal, diminuindo o espaço para abusos na aplicação de cuidados de saúde impostos de forma coerciva, conforme previsto no CEPML (art.º 35.º).<sup>10</sup>

Perante as mudanças operadas pela nLSM e justificada a sua pertinência, atendendo à prevalência de doença mental nos reclusos, torna-se imperioso que os psiquiatras possam atuar de modo a responder, de forma legal e ética, às novas exigências impostas no tratamento de doentes, com estados patológicos, umas vezes inaugurais, outras vezes crónicos, tendencialmente recrudescentes, num ambiente especialmente perturbador.

## DO ESPÍRITO À OPERACIONALIZAÇÃO PRISIONAL: PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Embora existam discordâncias interpretativas da nLSM,<sup>11</sup> afirmariamos que, na comunidade, o procedimento se afigura claro. Relativamente ao meio prisional, contudo, torna-se necessário averiguar a sua operacionalidade e debater o procedimento dos médicos em exercício nos estabelecimentos prisionais (EP). Acreditamos que deverão encarar esta nLSM não como um problema, mas

como um instrumento promotor dos cuidados psiquiátricos, respeitando a ética e os direitos desta população, carente de cuidados de saúde mental e exposta a estigmas e crenças, entre os quais o de que os reclusos são menos merecedores de cuidados de saúde mental.<sup>10</sup> Efetivamente, na comunidade, “[o] médico que, no exercício das suas funções, conclua pela verificação de uma das situações de perigo previstas [...], pode comunicá-la à autoridade de saúde competente” (n.º 2, art.º 16.º).<sup>1</sup> Verificada a situação, “as autoridades de saúde competentes devem requerer o [TI] sempre que tomem conhecimento de uma das situações de perigo”. Na comunidade, portanto, o legislador tem em conta o segredo médico, fazendo articular entre clínicos a informação do doente. No sistema prisional, porém, a autoridade de saúde não se apresenta operacionalmente viável, pelo que a sinalização médica deverá chegar ao Ministério Público (MP), cujo conhecimento de uma situação de perigo também fará requerer o TI. Dado o MP não ser diretamente acessível ao médico sinalizador, o envolvimento do diretor do EP surge analogamente ao previsto no n.º 5 do art.º 35.º do CEPML<sup>10</sup> no que respeita aos cuidados de saúde coativamente impostos, sendo que, aqui, as intervenções e os tratamentos médico-cirúrgicos coativos são ordenados por despacho fundamentado (em informação médica) do diretor do EP e executados ou ministrados sob direção médica. Assim, caberá ao diretor do EP, após sinalização do médico, a remissão desta ao MP, que requererá a abertura do processo de TI junto do TEP competente. Um problema nesta atuação residiria numa violação do segredo médico, por transmissão de informação a terceiros — o diretor do EP e o MP. No entanto, e à semelhança do legislador no art.º 35.º do CEPML,<sup>10</sup> numa situação de perigo, com prejuízo do juízo crítico do doente e do alcance da recusa, não parece eticamente justificado suspender o envio de informação a entidades não-clínicas — respeitando, formalmente, o sigilo médico, mas limitando, efetivamente, o acesso do doente a tratamento —, uma vez que a própria autonomia do doente estará diminuída pela doença. Contudo, os dados veiculados devem conter apenas a informação estritamente necessária para indicar a presença do perigo e do nexo deste com a doença mental, prevenindo-se, assim, a divulgação de informação jurídico-penal relevante, que poderia trair os interesses do doente neste âmbito. É também fundamental entender que não cabe ao médico sinalizador provar a existência dos pressupostos para TI. Deverá haver tão-só uma forte suspeita clínica para que o TI possa ser requerido e o doente seja sujeito a avaliação clínico-psiquiátrica (art.º 20.º da nLSM). Esta hipótese de procedimento parece suster-se eticamente, mas também deontologicamente, uma vez que o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que, além de impedir o tratamento de presos ou detidos capazes de autonomia, no caso de

perigo para a vida ou grave perigo para a saúde, explica que o tratamento coercivo deverá ser confirmado por médico estranho à instituição (art.º 83.º).<sup>12</sup> O mesmo código ressalva que o médico deve denunciar à Ordem qualquer ato lesivo da saúde física ou psíquica dos detidos (art.º 81.º),<sup>12</sup> onde seria admissível incluir uma omissão do diretor que inibisse uma avaliação clínico-psiquiátrica, após sinalização médica.

### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Os autores contribuíram igualmente para o manuscrito e aprovaram a versão final a ser publicada.

### REFERÊNCIAS

1. Portugal. Lei n.º 35/2023. Diário da República, I Série, n.º 141 (2023/07/21). p.2-23.
2. Vieira F, Cabral A, Trancas B, Almeida F, Barreto H, Robalo I, et al. Novos tempos, novas realidades, novas leis: a continuidade, a mudança e os novos-velhos desafios em psiquiatria e saúde mental em Portugal. Acta Med Port. 2023;36:773-5.
3. Committee of Ministers. Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder (Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies). Estrasburgo: Comité de Ministros do Conselho da Europa; 2004 [consultado 2024 nov 15]. Disponível em: <https://search.coe.int/cm?i=09000016805dc0c1>.
4. Committee of Ministers. Draft Additional Protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning the protection of human rights and dignity of persons with regard to involuntary placement and involuntary treatment within mental healthcare services. Estrasburgo: Conselho da Europa; 2022 [consultado 2024 nov 15]. Disponível em: <https://search.coe.int/cm?i=0900001680a54b30>.
5. Pereira AC. Tratamento involuntário. Lei mudou, mas ainda "há um

### CONFLITOS DE INTERESSE

SPA recebeu honorários pelo desempenho de funções de perita médica no Instituto de Medicina Legal e Ciências Forense, I.P.

SMM declara não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

### FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

- caminho a fazer". Público. 2024 [consultado 2024 nov 15]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2024/08/20/sociedade/noticia/tratamento-involuntario-lei-mudou-ha-caminho-2101244>.
6. Martinho SM, Santa-Rosa B, Silvestre M. Where the public health principles meet the individual: a framework for the ethics of compulsory outpatient treatment in psychiatry. BMC Med Ethics. 2022;23:77.
7. Pinto Almeida S, Jesus SB. A psiquiatria e a psicologia em meio prisional: aspectos gerais. In: Vieira F, Cabral AS, Saraiva CB, editores. Manual de Psiquiatria Forense. Lisboa: Lidel; 2017. p. 491-506.
8. Martinho SM. Prison mental health in Portugal: letter to the editor about the WHO status report on prison health. Acta Med Port. 2023;36:529.
9. Favril L, Rich JD, Hard J, Fazel S. Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2024;9:e250-60.
10. Portugal. Lei n.º 115/2009. Diário da República, I Série, n.º 197 (2009/10/12). p.7422-64.
11. Martinho SM, Pinto Almeida S. two ethical criticisms of the new mental health law. Acta Med Port. 2024;37:487-8.
12. Portugal. Regulamento n.º 707/2016. Diário da República, II Série, n.º 139 (2016/07/21). p. 22575-88.