

## Internar Involuntariamente ou Não Internar? A Dúvida na Ideação Suicida

### To Admit Involuntarily or Not? The Dilemma in Suicidal Ideation

**Palavras-chave:** Ideação Suicida; Internamento Involuntário; Internamento de Pessoas com Perturbações Psiquiátricas; Prevenção do Suicídio; Saúde Mental/legislação e jurisprudência

**Keywords:** Commitment of Persons with Psychiatric Disorders; Involuntary Commitment; Mental Health/legislation & jurisprudence; Suicidal Ideation; Suicide Prevention

O suicídio é definido como “o ato deliberado e intencional levado a cabo para pôr termo à própria vida”.<sup>1</sup> Apesar de ser considerado raro,<sup>1</sup> é comum deparamo-nos com ideação suicida (IS) na atividade profissional. E, se a aplicação da Lei de Saúde Mental (LSM) é inequívoca perante psicoses e episódios maníacos, o mesmo não se verifica nos quadros clínicos com IS.<sup>2</sup>

Desde a criminalização à condenação moral, as abordagens legais e políticas relativas ao suicídio têm evoluído, focando-se atualmente na consciencialização, prevenção e apoio. Exemplos deste progresso são os manuais *Preventing Suicide: A Global Imperative*<sup>3</sup> e o *Manual de Prevenção de Suicídio para Profissionais de Saúde*,<sup>1</sup> que destacam a importância da intervenção precoce e da capacitação profissional. Contudo, estes manuais não mencionam o papel do internamento involuntário (II) no doente com IS, remetendo esta decisão para cada país.<sup>4,5</sup>

Em Portugal, o II é um instrumento jurídico e clínico disponível para situações de doença mental.<sup>2</sup> A nova LSM revê o regime do II, prevendo que este apenas possa ocorrer mediante decisão judicial, nas situações contempladas na Fig. 1.<sup>2</sup>

Coloca-se então o dilema: será a IS estruturada, per-

sistente e resistente à intervenção, suficiente para justificar um II?

Suponha-se o caso de um paciente com IS estruturada, sem rede de suporte e com acesso a meios letais; apesar da nossa intervenção em crise, o doente não consegue visualizar outra alternativa de vida, recusando o tratamento/internamento. Neste momento confrontamo-nos com um conflito clínico, ético e legal, que emerge da tensão entre a manutenção da autonomia e o dever de proteção: internar involuntariamente ou não internar? Terá este doente o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do seu consentimento?

De facto, como medida preventiva do suicídio, o II é plausível em muitos países, como a Inglaterra e o País de Gales, sendo até considerada negligência médica ou indilgência aos direitos humanos quando não cumprida.<sup>5</sup> Em Portugal, embora a nova LSM modernize e reforce os direitos, a sua aplicação às doenças com IS continua ambígua, pela subjetividade dos critérios realçados na Fig. 1, conduzindo a decisões díspares entre profissionais.

Esta indefinição legal e a ausência de normas específicas para a atuação em casos de IS deixam os profissionais de saúde mental numa zona cinzenta, onde o julgamento clínico individual é determinante, mas vulnerável. Torna-se necessária uma clarificação adicional – quer jurídica, quer clínica – que permita uniformizar critérios, proteger os doentes em risco e apoiar os profissionais na sua atuação.

#### ACKNOWLEDGMENTS

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

JC: Pesquisa bibliográfica e elaboração do manuscrito.

#### Artigo 15.º

##### Pressupostos e princípios gerais

1 – São pressupostos cumulativos do tratamento involuntário:

- a) A existência de doença mental;
- b) A recusa do tratamento medicamente prescrito, necessário para prevenir ou eliminar o perigo previsto na alínea seguinte;
- c) A existência de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais:
  - i) De terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento; ou
  - ii) Do próprio, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento;
- d) A finalidade do tratamento, conforme previsto no artigo anterior.

2 – O tratamento involuntário só pode ter lugar se for:

- a) A única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito;
- b) Adequado para prevenir ou eliminar uma das situações de perigo previstas na alínea c) do número anterior; e
- c) Proporcional à gravidade da doença mental, ao grau de perigo e à relevância do bem jurídico.

3 – O tratamento involuntário tem lugar em ambulatório, assegurado por equipas comunitárias de saúde mental, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, cessando logo que o tratamento possa ser retomado em ambulatório.

4 – As restrições aos direitos, vontade e preferências das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental decorrentes do tratamento involuntário são estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento, à segurança e à normalidade do funcionamento da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental, nos termos do respetivo regulamento interno.

Figura 1 – Pressupostos e princípios gerais na LSM<sup>2</sup>

MC, SM, RC: Revisão crítica do manuscrito.  
Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

JC recebeu apoio para participação em reuniões e/ou viagens de Rovi, Angelini Pharma, Bial, Alter Médica e Jaba Recordatti.

MC recebeu apoio para participação em reuniões e/ou viagens de Janssen, Tecnifar, Jaba Recordati e Bial.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa P, Silva SF, Madeira N, Pires AM, Valadas MT, Freitas RM, et al. Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde. Moura: ARIS da Planície; 2021.
2. Portugal. Lei n.º 35/2023. Diário da República, I Série, n.º 141 (2023/07/21). p. 2-23.
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
4. Wang DW, Colucci E. Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? *BJPsych Bull*. 2017;41:169-71.
5. Wasserman D, Aptek G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C, et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020;63:e82.

Joana CARDÃO <sup>1</sup>, Cláudia Marina CRUZ <sup>2</sup>, Salomé MOUTA <sup>3</sup>, Rafael SILVA CARVALHO <sup>4</sup>

1. Serviço de Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo. Portalegre. Portugal.

2. Serviço de Psiquiatria. Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada. Ponta Del. Portugal.

3. Serviço de Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Unidade Local de Saúde da Guarda. Guarda. Portugal.

4. Serviço de Psiquiatria de Agudos e de Apoio à Urgência Metropolitana. Departamento de Saúde Mental. Hospital de Magalhães Lemos. Unidade Local de Saúde de Santo António. Porto. Portugal.

 Autor correspondente: Joana Cardão. [joanacardao17@gmail.com](mailto:joanacardao17@gmail.com)

Revisto por/Reviewed by: Carolina Rocha Almeida.

Recebido/Received: 22/07/2025 - Aceite/Accepted: 26/11/2025 - Publicado/Published: 02/01/2026

Copyright © Ordem dos Médicos 2026

<https://doi.org/10.20344/amp.23717>

