

# A PROPÓSITO DE UMA EVENTUAL REVISÃO DA LEI DE SAÚDE MENTAL

FERNANDO VIEIRA  
ANA SOFIA CABRAL

**Resumo:** os autores, conscientes da importância de uma discussão abrangente sobre os pontos carecidos de alteração na Lei de Saúde Mental, procuraram auscultar a opinião de psiquiatras e de magistrados (judiciais e do Ministério Público) que contactam e aplicam regularmente aquele diploma. O artigo reflete as contribuições recebidas, debruçando-se, designadamente, sobre o conceito de anomalia psíquica, a passagem direta a tratamento ambulatorio compulsivo, os prazos procedimentais e a comunicação entre entidades judiciais e hospitalares. Sinaliza, ainda, alguns pontos em que o sistema pode ser aperfeiçoado sem alteração legislativa, como sejam a uniformização de procedimentos nos hospitais e do teor das avaliações clínico-psiquiátricas, interoperabilidade de plataformas e transmissão de elementos processuais relevantes aos hospitais. Aponta, também, a necessidade de algumas alterações pontuais de regime, incluindo a situação dos inimputáveis com perigosidade com internamento por longos períodos. Por fim, conclui com a apresentação, em articulado, de uma proposta de alteração da Lei de Saúde Mental oriunda de reflexões pessoais e institucionais.

**Palavras-chave:** Lei de Saúde Mental; LSM; reforma legislativa; anomalia psíquica; tratamento ambulatorio; tratamento compulsivo; psiquiatria forense; avaliação clínico-psiquiátrica; inimputabilidade; perigosidade; internamento.

## 1. INTRODUÇÃO

A atual Lei de Saúde Mental (doravante, LSM), publicada em Diário da República a 24 de julho de 1998, veio revogar a Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963, estabelecendo os princípios gerais da política de saúde mental e, simultaneamente, regulando o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental (artigo 1.º). São três os capítulos que constituem a LSM. Ao longo desta exposição, vamos-nos deter no capítulo II, que se debruça nas questões do internamento compulsivo.

Há que referir que esta Lei surge pouco tempo após a 4.ª revisão da Constituição da República Portuguesa (CRP), levada a cabo pela Assembleia da República em 1997, procurando prever eventuais incompatibilidades relativamente aos procedimentos inerentes ao internamento compulsivo com a

Constituição da República, em matéria de garantias e direitos dos portadores de anomalia psíquica. De facto, a exceção mencionada na alínea *h*) do direito à liberdade e segurança consagradas no artigo 27.º da CRP — “o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” — veio abrir caminho à preparação de uma lei que permitisse no quadro de um Estado de Direito o internamento de doentes portadores de doenças mentais, sem o seu consentimento<sup>1</sup>. Por outras palavras, o legislador assumiu a responsabilidade de admitir o internamento compulsivo em determinadas situações, rodeando estas possibilidades das garantias procedimentais necessárias e consagrando deveres de reapreciação das decisões<sup>2</sup>.

Esta Lei tem, contudo, quase vinte anos de vigência. Assim, e apesar de ser necessária e bastante ajustada às necessidades sentidas à época, houve desde há algum tempo a perceção da importância de ser discutida pelos vários profissionais envolvidos, com vista a uma futura revisão que reunisse o contributo destes mesmos profissionais depois de devidamente sinalizados os aspetos a melhorar. É, porém, de referir que têm faltado momentos próprios para esta mesma discussão. Vão-se organizado pontualmente algumas iniciativas, habitualmente de âmbito restrito, que procuram corresponder a tal desiderato, mas acabam sempre por falhar no encaminhamento, porquanto não nos é claro qual o canal comunicacional mais eficiente para que, de uma forma pragmática, se possam vir aplicar as conclusões alcançadas. Estando prevista uma tutela conjunta pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, a quem competirá a iniciativa? Qual o papel de outras entidades como a Direção Geral de Saúde, a Comissão de Acompanhamento da Execução do Internamento Compulsivo, o Conselho Nacional de Saúde Mental? A resposta a estas questões ultrapassa, porém, o âmbito deste trabalho.

Ao longo do tempo, e em vários contextos, tem sido solicitado a vários profissionais envolvidos na aplicação da Lei que se pronunciem a respeito de eventuais aspetos que gostassem de ver melhorados. De facto, muitos dos que contactam regularmente com a LSM comentam com frequência que, pelo menos em alguns dos seus pontos, seria importante proceder a uma revisão do texto legal, para que aquela Lei vá cada vez mais ao encontro das necessidades reais da Psiquiatria, do Direito e, acima de tudo, do doente portador de patologia psiquiátrica. Mas o que se tem verificado é que os resultados de alguns questionários efetuados se limitam a ser apresentados neste ou naquele congresso sem que haja benefício acrescido para uma eventual discussão futura em torno da LSM. Foi assim, com a intenção de ir para além da mera apresentação num congresso, que num passado mais ou menos recente, procurámos auscultar a opinião de psiquiatras e de magistrados (judiciais e do Ministério Público) que contactam e aplicam regularmente a

<sup>1</sup> Talina, A., 2004, pág. 47.

<sup>2</sup> Vieira, D. e Oliveira, G., 2000, *vide* Nota Introdutória.

LSM. E é esta mesma opinião que procuramos espelhar nas linhas que se seguem, sendo que, posteriormente e em síntese, concretizaremos com proposta oriunda de reflexões pessoais e institucionais. Como nota prévia, porém, gostaríamos de referir que pretendemos tão somente “levantar o véu”, já que naturalmente muito ficará por referir.

## 2. RESULTADOS DE UM INQUÉRITO

Em finais de 2014, desenvolvemos um questionário intitulado *Perspetiva dos Psiquiatras e Magistrados sobre a Lei de Saúde Mental*<sup>3</sup>, que inquiria relativamente ao grau de conhecimento/frequência do uso da LSM, utilidade/viabilidade e principais aspetos a rever numa eventual revisão. O referido questionário foi enviado por e-mail e dirigido a profissionais quer da psiquiatria, quer da magistratura. Pretendendo-se chegar ao maior número possível daqueles que no dia-a-dia lidam com a LSM, procedeu-se à divulgação através das Direções de Serviço de Psiquiatria, por um lado, e, por outro, através dos Conselhos Superiores da Magistratura e do Ministério Público.

Obtivemos a colaboração de um total de 157 profissionais, 104 psiquiatras e 53 magistrados. Da análise dos resultados constata-se que 83% dos psiquiatras e 70% dos magistrados consideram fazer uso frequente da LSM. Uma das perguntas efetuadas e cuja resposta aparenta ser sintomática da necessidade de mudança foi “*Considera que a LSM dá resposta às necessidades dos respetivos profissionais na sua prática clínica?*”, à qual 61% dos psiquiatras e 40% dos magistrados responderam “habitualmente”, 28% e 24%, respetivamente, “na maior parte dos casos” e os restantes 11% e 36% “nunca ou numa pequena parte dos casos”. Não nos surpreende, portanto, a consensualidade encontrada na resposta à pergunta “*Considera útil rever a LSM?*”. Efetivamente, 90% dos psiquiatras e 92% dos magistrados responderam afirmativamente a esta questão, o que é, só por si, mais uma vez revelador da pertinência da discussão sobre a qual nos focamos no presente artigo.

Em relação aos aspetos a mudar, ao ser questionado “*Se tivesse oportunidade de mudar algo por onde começaria?*”, a maioria dos participantes referiu como ordem de prioridades “uma melhor definição dos quadros”, “a possibilidade de passagem direta a tratamento ambulatorio compulsivo” e, por último, “aumento do período de revisão”. Tais respostas não nos espantam.

De facto, algo que é frequentemente apontado como dificuldade na aplicação desta Lei é o uso da expressão “anomalia psíquica” no texto do artigo 12.º, artigo este que será dos mais importantes, se não o mais importante, na referida Lei, e em que são expostos os pressupostos para o internamento compulsivo. A designação “anomalia psíquica”, cara aos juristas e presente de forma transversal em vários documentos do ordenamento jurídico portu-

<sup>3</sup> Cabral, A., Vieira, F. e Mendes, E., 2015.

guês, é para os psiquiatras geradora de controvérsia pois, por um lado, não se trata de uma expressão de origem médica ou com claro equivalente clínico e, por outro, cria algumas indefinições no que respeita às situações que nela se podem enquadrar. Pese embora o afirmado, em contrapartida, os juristas argumentam que o termo igualmente não é jurídico, porquanto em seu entender apenas os psiquiatras saberão a que situações se referem ou quais os quadros que se enquadrarão nestas ditas “anomalias”<sup>4</sup>. Reconhecemos que as alternativas não são necessariamente melhores e que, caso se optasse por uma melhor discriminação dos quadros, tal opção também não seria pacífica. Efetivamente, e admitindo esta última possibilidade, haverá sempre situações que ficarão de fora (e que poderiam reunir pressupostos para um internamento compulsivo), sendo que em outras só excepcionalmente se justifica o internamento compulsivo. Parece-nos, assim, que, qualquer que seja o rumo desta expressão, imperará sempre uma cuidada análise da anomalia psíquica — uma análise necessariamente clínica e não apenas comportamental, factual ou jurídica. Pressuposto fundamental e decisivo parece ser o da gravidade da anomalia psíquica, que deverá conter em si o risco da perda de liberdade, resultante da incapacidade gerada e da falta de *insight* do sujeito. O internamento compulsivo — não é demais repeti-lo — não visa evitar um desfecho fatal, mas promover o tratamento da pessoa fortemente perturbada e, em razão disso, privada da sua liberdade psíquica. Ao invés, se a anomalia psíquica não for grave, não haverá lugar a internamento compulsivo mesmo que se configure uma situação de perigo.

Como previamente apontado, um outro aspeto a rever diz respeito à passagem direta a tratamento ambulatorio compulsivo. Se, no caso do internamento compulsivo por via comum, ainda é de admitir que a atual Lei o permita (apesar de não haver referência explícita), já no internamento compulsivo de urgência a forma como o processo está regulamentado não se coaduna com uma “Substituição de internamento por consultas (compulsivas)” (artigo 33.º) antes da habitualmente designada avaliação clínico psiquiátrica do 5.º dia por outros dois psiquiatras que não o da urgência, que efetivou o internamento. A este respeito, se compreendemos que nas situações de perigo iminente se coloque a necessidade de um período em regime de internamento, na presença de perigo sem ser iminente, ou tratando-se de um internamento pelo n.º 2 do artigo 12.º (habitualmente, designado tutelar), é de admitir, do ponto de vista estritamente médico, que perante uma fundamentação clínica consistente se possa optar pela passagem direta a tratamento ambulatorio compulsivo. É que em algumas situações pode não haver benefício acrescido na permanência hospitalar, podendo até ser contraproducente a separação ou o corte com o meio envolvente. Não surpreende, pois, que a larga maioria dos clínicos pondere uma eventual autonomização do tratamento compulsivo ambulatorio, propondo a clarificação no texto legal da possibilidade do seu

---

<sup>4</sup> A este propósito, veja-se Latas, A. e Vieira, F., 2004, págs. 80-81.

início sem internamento prévio, aliás, também, de acordo com os princípios da necessidade, da adequação, da subsidiariedade e até da proporcionalidade. As sugestões recolhidas apontam para a utilidade da criação de duas modalidades ou regimes distintos de tratamento compulsivo, a saber, por internamento e por ambulatório, sobre as quais nos deteremos mais à frente quando apresentarmos uma proposta concreta.

Uma terceira questão que nos foi sinalizada como uma necessidade de mudança urgente diz respeito aos prazos contemplados na Lei. Se as 48 horas a que se refere o n.º 2 do artigo 26.º são necessariamente curtas por força da CRP, já a revisão obrigatória de 2 em 2 meses, determinada pelo n.º 2 do artigo 35.º, surge algo inusitada e requer habitualmente um esforço acrescido, que foi por alguns dos inquiridos tido como inútil. Esforço este não só para os profissionais, como até para o próprio doente, que, por vezes, acaba por ter de se deslocar ao hospital com maior regularidade do que aquela que seria clinicamente indicada. Pensamos assim que, pelo menos em algumas situações, desde que devidamente fundamentadas do ponto de vista médico e jurídico, este prazo poderia ser dilatado de uma forma menos rígida, especialmente para o tratamento ambulatório compulsivo que não comporta em si uma restrição de direitos tão gravosos como, por exemplo, os inerentes aos da prisão preventiva.

A necessidade de agilizar a comunicação entre os “hospitais” e os “tribunais” tem sido também um outro aspeto referido como algo a atualizar de acordo com as tecnologias atualmente ao dispor. Se há uns anos a forma mais fácil de receber e enviar comunicações era por via postal (ou, eventualmente, por *fax*), atualmente pensamos que nada obsta a que esta comunicação seja feita por *e-mail*. Ainda referente à questão da comunicação, um outro elemento que importa sinalizar prende-se com a dificuldade que, por vezes, surge na identificação do tribunal para onde enviar a documentação, nomeadamente nas situações de internamento compulsivo de urgência. De facto, já houve algumas situações em que esta dúvida, e o incorreto envio da documentação, trouxe consequências gravosas, na medida em que atrasou o tempo de espera para a confirmação judicial, que, como já referido, não poderá ultrapassar as 48 horas.

No questionário efetuado, houve ainda espaço para resposta livre à questão “*Se na Lei de Saúde Mental fosse chamado a mudar algo, quais seriam as sugestões?*”.

Transcreve-se, por súmula, algumas das ideias expostas pelos psiquiatras que responderam ao nosso inquérito, ainda que não concordemos necessariamente com todas:

- ficar mais claramente definido se os psiquiatras a que a Lei se refere podem ser médicos psiquiatras em formação e em que fase;
- definição clara da intervenção dos agentes da autoridade no acompanhamento até ao efetivo internamento dos doentes;
- rever a necessidade da avaliação clínico-psiquiátrica ser assinada por dois psiquiatras;

- definição de quem deve assegurar os custos do tratamento ambulatorio compulsivo; e
- referência explícita à possibilidade e moldes em que se pode realizar o tratamento ambulatorio compulsivo a nível particular.

No caso dos magistrados, obtiveram-se respostas como:

- equacionar a desnecessidade de revisão de 2 em 2 meses da situação, quando do tratamento ambulatorio compulsivo, excetuando-se na circunstância de requerimento do próprio;
- dilatar os prazos referentes à tramitação do processo de internamento compulsivo, que são, por exemplo, em matéria de reexame, mais exíguos do que os referentes à prisão preventiva; e
- avaliar a possibilidade de, depois de findo o processo — em função da aceitação do internamento — ainda assim o mesmo poder ser reaberto, sem necessidade da instauração de um outro processo (evitando repetição de atos processuais e maximizando-se o princípio de economia processual).

### **3. ALGUMAS PROPOSTAS CONCRETAS PARA A MUDANÇA**

Após a realização e ponderação sobre os resultados do inquérito, importará agora — aproveitando, inclusivamente, a experiência que possuímos enquanto membros da Comissão de Acompanhamento para a Execução do Regime de Internamento Compulsivo e discussões com os colegas que forneceram ideias fundamentais para este projeto — comprometermo-nos com algumas propostas concretas, que se acredita de fácil operacionalização.

Se, por um lado, efetivamente, é nossa opinião que esta Lei se mantém, no essencial, válida e de alicerces ainda estruturados e atuais, também é certo que pertence a um outro tempo, necessitando assim de ser reescrita, considerando os avanços da psiquiatria do século XXI, sejam eles farmacológicos, sociais e até epistémicos. Acontece que, porém, muito do que pode ser feito é, quanto a nós, independente da mudança da letra da lei. De facto, importa trabalhar para uma maior uniformização de critérios e tendo em conta uma prática hospitalar norteada pela ética médica e mantendo o foco no doente. Também constatamos que as principais mudanças serão cirúrgicas, visando sobretudo uma clarificação face a diferentes interpretações mais restritivas ou mais extensivas, que não raras vezes geram alguma entropia nos serviços, para desnorteio dos clínicos. Finalmente, abordaremos uma mudança significativa em dois dos artigos, mudança essa, sim, talvez paradigmática e paradoxalmente podendo contrastar com o restante espírito da Lei. Assumimos, naturalmente, um pendor mais securitário, fruto dos tempos modernos e daqueles que se avizinham.

### 3.1. Resolver sem mexer na lei

#### 3.1.1. *Uniformização de procedimentos nos hospitais e do teor das avaliações clínico-psiquiátricas*

Pese embora os esforços da então Direção de Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria da Direção Geral de Saúde, que publicitou em janeiro de 1999 um guião para auxiliar os psiquiatras a lidar com a LSM, o certo é que em todo o país e na atualidade existem procedimentos médicos diversos, bem como distintos entendimentos que merecem nítido consenso. Propomos, assim, que seja realizado e editado um Manual de Boas Práticas, a ser efetuado conjuntamente pela Direção Geral da Saúde e Direção do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, em colaboração com a Comissão de Acompanhamento para a Execução do Regime do Internamento Compulsivo. Como metodologia, já foi sugerida pela Comissão de Acompanhamento para a Execução do Regime do Internamento Compulsivo a realização de reuniões de *brainstorming* em Lisboa, Porto e Coimbra, que incluam todos os psiquiatras que desejem estar presentes, que em pequenos grupos façam anotações a todos os artigos da Lei, posteriormente a serem compilados e ajustados para um adequado cumprimento. Seria dada especial atenção à padronização da realização das avaliações clínico-psiquiátricas, contornando três tendências que cremos prejudiciais, a saber: a falta de conteúdo descritivo em termos simples para compreensão dos magistrados, a desfocagem dos factos concretos (com ausência de exemplos concretos naquele doente, demonstrativos da existência de um perigo real) e o abuso ao recurso de elaboração de escrita por mera sinalização em cruz de textos pré-formatados com conteúdos conclusivos.

Importaria, ainda, neste Manual de Boas Práticas, enfrentar e clarificar o apoio dos Serviços à condução do internando prevista no artigo 21.º, porquanto ao fim destes anos, e tanto quanto tenhamos conhecimento, não foi uma única vez viabilizado esse auxílio. É frequente ouvirmos dos hospitais o falso argumento de que “não somos polícias”, que tem tanta validade como o de que “não somos médicos, nem enfermeiros” verbalizado pelos agentes policiais.

Também o Manual de Boas Práticas a elaborar deverá endereçar a questão do envio do “expediente” ao Ministério Público, a que se refere o artigo 25.º. É que, muitas vezes, na urgência e na sequência de condução, quando não existem pressupostos para internamento compulsivo, os médicos apenas “assinam” o mandado da entidade policial e não entregam o teor da avaliação clínico-psiquiátrica, argumentando com o sigilo profissional, nem o enviam eles próprios por *fax* ou *e-mail* para os Serviços do Ministério Público. Esta realidade — isto é, a não elaboração do relatório de avaliação clínico-psiquiátrica e/ou não envio do expediente para o Ministério Público — não pode mais ser tolerada.

### **3.1.2. Plataforma compatível com o sistema CITIUS**

Perante as novas tecnologias, importaria que houvesse conexão entre os hospitais e os tribunais, enviando-se em tempo real a avaliação clínico-psi-quiatrica ao tribunal competente ou aos Serviços do Ministério Público, caso inexistassem pressupostos para internamento. Resolvidos que fossem problemas de ordem prática e de segurança informática, acredita-se que não seria complicado introduzir aplicações nos servidores dos hospitais que permitissem a conexão.

### **3.1.3. Envio ao hospital da fundamentação da decisão judicial**

Sendo que a Lei prevê que sejam emitidos “Mandados de Condução para avaliação e eventual internamento compulsivo” (vejam-se os artigos 23.º e 24.º), chegam, porém, à urgência frequentemente “Mandados de Internamento”, por lapso assim mencionados, emitidos sem que tenha sido realizada qualquer avaliação médica. Acontece que, na ausência de mais elementos, o médico desconhece se já foi ou não realizada a competente avaliação clínico-psi-quiatrica, sendo pressionado pelos agentes para internar mesmo sem avaliar, porquanto, no entender da polícia, o mandado será “para internamento” e não “para avaliação”, confundindo-se os mandados previstos no n.º 1 do artigo 23.º com os do n.º 1 do artigo 21.º e n.º 5 do artigo 33.º. Desta forma, sem avaliação clínico-psi-quiatrica e sem que existam os pressupostos do artigo 22.º, ainda que ordenado incorretamente e contrariando o espírito e a letra da lei, dificilmente pode não haver internamento. Tal poderá apenas ser contornado se houvesse a obrigatoriedade de que, sempre que tivesse ocorrido uma avaliação clínico-psi-quiatrica, esta acompanhasse o mandado. Assim, o médico da urgência ficaria automaticamente esclarecido se está perante um legítimo mandado de condução para avaliação e eventual internamento ou um mandado de internamento ponderada que foi uma avaliação clínico-psi-quiatrica. Cremos que esta problemática poderá ser resolvida, por um lado, com esclarecimento das autoridades policiais de que existem diferentes tipos de mandados e, por outro, oficiando ao Conselho Superior de Magistratura e ao Conselho Superior do Ministério Público para que divulguem desta imperiosa necessidade do envio do expediente junto com os mandados.

Pretender-se-ia, assim, que, aquando da emissão de mandados, fossem estes sempre acompanhados de todo o expediente e da fundamentação exarada em despacho, para poderem ser consultados pelos médicos no serviço de urgência que recebam aqueles cidadãos.

## 3.2. Mudanças Pontuais

### 3.2.1. *Optar por um único tribunal competente para o internado de urgência, conciliando o artigo 25.º com o artigo 30.º*

Ainda que se compreenda que o legislador tenha optado por *a finale* considerar que o tribunal competente deveria ser o da área de residência do internado — porquanto assim se beneficiaria da proximidade familiar e comunitária visando a integração social<sup>5</sup> —, o certo é que esta solução se torna algo confusa, quando o internamento é feito pela urgência nos termos do artigo 22.º, circunstância que acontece em mais de 90% dos casos. De facto, fazer intervir dois tribunais num único internamento de um mesmo cidadão, obrigando a que o tribunal competente da área do estabelecimento hospitalar onde ocorre a entrada na urgência posteriormente transfira o processo, não nos parece uma solução ágil ou pragmática. Por outro lado, não faz sentido prescindir da intervenção do tribunal da área do estabelecimento, face à proximidade *de facto* do internado e importando, em caso de necessidade, a visita ao mesmo pelo juiz como forma de garante da legalidade e porquanto também dessa forma se facilita a presença do doente — logo que para isso esteja clinicamente capaz — na sessão conjunta para poder ser ouvido. Propomos, assim, que se remova do processo a intervenção do juiz da área da residência mencionado no artigo 30.º, unificando o tribunal competente. Idêntica proposta foi aliás já feita em 2004 por Latas e Vieira<sup>6</sup>, valorando nessa altura a diminuição do estigma e o princípio de economia processual (evitar atos dispensáveis, duplicação de processado, porventura, nomeação de dois defensores, perda de informação na comunicação entre tribunais, etc.).

### 3.2.2. *Clarificar no n.º 3 do artigo 19.º as designadas “razões para duvidar” da aceitação do internamento compulsivo*

Não raramente, e enquanto psiquiatras, somos confrontados com a questão por parte dos tribunais, relativamente à dificuldade em fundamentar a decisão judicial de iniciar ou de manter um internamento compulsivo, quando em audiência o doente diz frontalmente e de forma fácil e imediatista que aceita um qualquer tratamento psiquiátrico que lhe é proposto... De facto, nestas circunstâncias, importa que seja ouvido em audiência ou sessão conjunta um psiquiatra, de forma a este esclarecer o tribunal do(s) motivo(s) que indicia(m) fortemente que o doente não vai cumprir o tratamento proposto. Veja-se um caso em que foi arquivado o processo, sem ter sido ouvida a psiquiatra assistente e em que, mediante recurso do Ministério Público, foi,

<sup>5</sup> Albergaria, Pedro Soares, 2003, pág. 73.

<sup>6</sup> Latas, A. e Vieira, F., 2004, págs. 173-174.

nos termos de um acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa<sup>7</sup>, alterada a decisão da 1.ª instância.

Propomos, assim, que seja alterado o articulado, de forma a que se explicita obrigatoriamente as referidas “razões para duvidar”, através de audição de psiquiatras que melhor possam esclarecer o tribunal relativamente à falta de *insight*, característica de algumas doenças psiquiátricas e, porventura, de antecedentes clínicos naquele indivíduo em particular.

### **3.2.3. Clarificar e atender à aparente contradição entre o n.º 2 do artigo 13.º e o n.º 3 do artigo 25.º, relativamente à legitimidade e competência do psiquiatra nas consultas para promover o internamento**

A existência e a identificação de pressupostos para internamento compulsivo urgente não escolhem, efetivamente, local, sendo assaz presentes na consulta psiquiátrica. Se, quando estes pressupostos ocorrem no internamento voluntário ou no serviço de urgência, está salvaguardada e legitimada a possibilidade de imediatamente acionar o internamento compulsivo pelo artigo 25.º, n.º 3, quando acontece na consulta de psiquiatria — e tal é uma realidade factual que nos é relatada como frequente — o artigo 13.º, pelo seu n.º 2, remete o médico psiquiatra para a autoridade de saúde, que, por sua vez, é a entidade competente para requerer, existindo assim claro perigo pela demora. É claro que se fizermos uma interpretação extensiva, sempre se poderá argumentar que o artigo 25.º, n.º 3, não se reporta à infraestrutura “urgência psiquiátrica” (ou seja o serviço de urgência) mas, sim, a uma situação de urgência psiquiátrica. Mas tal deve ficar claro e impeditivo de qualquer interpretação restritiva que proíba a atuação urgente quando ela é necessariamente emergente, porventura até *life saving*. Assim, propomos uma modificação da letra da lei, de forma a ficar explícita a possibilidade de internar sempre que estejam presentes os pressupostos mencionados no artigo 22.º, independentemente do *setting* clínico onde tal seja verificado.

### **3.2.4. Autonomizar o tratamento compulsivo ambulatorio e clarificar o seu início**

A assim chamada “substituição de internamento por consultas” prevista no artigo 33.º da LSM, ou, como habitualmente os médicos designam, o “tratamento ambulatorio compulsivo”, configura-se uma das normas e aspetos que cremos mais importantes deste ordenamento jurídico. Contudo, e tal como já referido no inquérito acima discutido, importa rever este artigo da Lei que

<sup>7</sup> Paz, Margarida, 2016, págs.165-166.

visa “resolver um dos dilemas que se põe à Psiquiatria e ao Direito, nomeadamente o tratamento no meio menos restritivo possível, ou seja, tratar sem necessidade de internar, e do mesmo modo prevenir os riscos inerentes à descompensação clínica, nomeadamente a prática de atos agressivos”<sup>8</sup>. Sem prejuízo do atrás afirmado, dúvidas existem na interpretação do artigo 33.º, nomeadamente saber se tal decisão médica — porque é disso que estamos a falar, de uma decisão estritamente psiquiátrica e insindicável pelo aplicador do direito — pode ou não ser aplicável a doentes que aguardam ainda a decisão final judicial de internamento, quando no decurso do internamento urgente. Dito de outro modo, não é claro se o tratamento ambulatorio compulsivo pode ser acionado diretamente sem um internamento compulsivo prévio, já que aceitar isso exige uma interpretação extensiva, em conformidade com o artigo 8.º. Igualmente, importa que o doente a sujeitar a tratamento ambulatorio compulsivo esteja capaz de aceitar as condições em que o mesmo decorrerá.

Compreende-se, nos tempos em que a Lei foi desenhada, a posição cautelosa do legislador, porquanto, e segundo a lógica então vigente do Direito, se o «perigo» não é suficientemente grave para obrigar a uma privação física da liberdade internando, nada poderá justificar a restrição de direitos fundamentais do cidadão, compelindo-o a apresentar-se em consultas e a tomar medicamentos para si indesejáveis e geradores de efeitos secundários. Mas desde aquela data muito se avançou em termos de dados e de certezas científicas quanto à eficácia e operacionalização do *out-patient commitment*, assim chamado pela literatura internacional. cremos consolidado definitivamente que o doente mental nem sempre necessita de internamento, que este pode mesmo estar contraindicado e que a proximidade à comunidade deve sempre ser procurada. O objetivo do tratamento ambulatorio compulsivo será o de manter o necessário tratamento psicofarmacológico, partindo-se do princípio de que tal condicionará um melhor prognóstico e evitará situações de perigo para o próprio, ou para terceiros, nas fases de descompensação da patologia. Os apoiantes desta modalidade ou regime advogam que é menos restritivo tratar alguém de forma compulsiva na comunidade do que a submissão a internamentos repetido, e que esta medida pode trazer estabilidade acrescida aos doentes mentais graves. Por outro lado, os opositores consideram-no demasiado coercivo e receiam que o tratamento e apoio de que estes doentes necessitam sejam substituídos por uma maior ênfase no controlo, limitação e até na ameaça dos mesmos, argumentando que o chamado modelo de gestão de caso intensivo ou comunitário assertivo (que implica um menor número de doentes ao cuidado de cada técnico) pode ser suficiente<sup>9</sup>.

Volvidos que estão quase 20 anos desde a publicação da LSM, consideramos importante que uma revisão da legislação sobre tratamento compul-

<sup>8</sup> Latas, A. e Vieira, F., 2004, pág. 183.

<sup>9</sup> Cabral, Ana, Brissos, Sofia e Costa, Francisco Santos, 2017.

sivo tenha em consideração as duas modalidades ou regimes do mesmo, a serem acionadas em conformidade com os princípios fundamentais que sempre presidiram e devem continuar a presidir a esta restrição da liberdade por motivos médico-psiquiátricos. A saber, o princípio da adequação: deve ser sempre ponderado qual o regime (internamento ou ambulatorio) que medicamente mais se adequa à situação clínica daquele doente; princípio da necessidade: deve ser estritamente necessária clinicamente a aplicação daquele regime ou modalidade de tratamento (internamento ou ambulatorio); princípio da subsidiariedade: só se deve aplicar o tratamento compulsivo, seja em internamento, seja em ambulatorio, se não for possível de algum modo possível tratar voluntariamente; e, finalmente, razão fundamental para autonomizar — e desde o início — o tratamento ambulatorio compulsivo numa revisão da LSM será a obediência ao princípio da utilização do meio menos restritivo possível.

Uma última palavra sobre a revisão da situação de compulsividade de tratamento. Perante as agora duas modalidades ou regimes propostos de tratamento compulsivo — internamento ou tratamento ambulatorio —, importará acautelar a ponderação proporcional que deverá ocorrer nos respetivos tempos de revisão judicial da medida. Não concordamos com algumas vozes que se levantam, que alegam a desnecessidade de revisão aquando do tratamento ambulatorio, porquanto este não deixa de ser uma restrição da liberdade importante, que, necessariamente, não pode, num Estado de Direito, deixar de lado o poder judicial e a decisão insindicável de um tribunal, sob pena de, aí sim, ferirmos de inconstitucionalidade o diploma legal, para já não falar do afastamento das recomendações europeias, à luz das decisões do Tribunal Europeu do Direitos Humanos, no que respeita ao estatuto jurídico do doente mental<sup>10</sup>. Porém, não se nos afigura proporcional que para o ambulatorio compulsivo se mantenha a mesma necessidade de revisão de 2 em 2 meses prevista para um contexto de internamento «fechado» com privação efetiva de liberdade; igualmente, se compararmos com a prisão preventiva que nos remete para uma revisão da situação de 3 em 3 meses, podemos considerar que a restrição da liberdade no internamento compulsivo será superior, já que este obriga à privação de liberdade acrescida de obrigatoriedade de toma de medicamentos, pelo que se justifica o intervalo mais curto de 2 meses; já quanto ao ambulatorio compulsivo, e ainda que mantendo-se a obrigatoriedade de comparência em consultas e toma de psicofármacos, não há um tão significativo cercear da liberdade física, pelo que se propõe que a revisão passe para o intervalo temporal de 4 meses, obrigando a uma alteração, que diríamos cirúrgica, no artigo 35.º. Acresce que a revisão obrigatória de 2 em 2 meses para doentes em ambulatorio também do ponto de vista estritamente médico pode ser excessiva, obrigando a deslocações desnecessárias por parte de um doente já por si em sofrimento, para já não falar

<sup>10</sup> Gonçalves, Pedro Correia, 2009, págs. 153-173.

da sobrecarga que acarreta para o sistema de saúde, com prejuízo de atendimento de outros doentes.

### **3.3. Talvez valha a pena pensar nisso: a Lei de Saúde Mental e o internamento de inimputáveis**

Segundo Pedro Soares Albergaria, em razão do princípio da economia processual<sup>11</sup>, a atual LSM prevê, no seu artigo 29.º, que, aquando da decisão sobre a culpabilidade no curso de um julgamento pela prática de um ilícito típico, o tribunal que não aplicar uma medida de segurança — ou seja, não decidir por um internamento do arguido como inimputável com perigosidade — pode decidir o internamento compulsivo daquele agente. Para aplicar, então, o internamento compulsivo num arguido em processo-crime, bastará, assim, que haja comprovadamente doença mental que beneficie de tratamento psiquiátrico, não seja declarada perigosidade criminal, diríamos suficiente, num inimputável ou, porventura, mesmo num agente no qual não se tenha provado sequer em julgamento que tenha cometido um ilícito típico. Poder-se-á dar, também, o caso de num agente inimputável ser provado que não há fundado receio para a prática de ilícitos típicos da mesma espécie, mas em que, porventura, exista perigo para bens jurídicos próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, mas de distinta natureza daquele que está em causa naquele julgamento<sup>12</sup>.

Pensamos que passados que estão quase 20 anos após a publicação da LSM o legislador pode ir um pouco mais longe e pensar numa forma de resolver — ou de minimizar — a problemática dos inimputáveis com perigosidade, internados por tempo superior ao máximo legalmente previsto para o tipo legal de crime cometido. Estamos em crer que nestas situações o tempo decorrido destrói ele próprio as conexões lógicas de sentido entre o agente e o facto, pressuposto da aplicação da medida de segurança. Pode, ainda, dar-se o caso de que, com o tempo decorrido, o nível de perigosidade (necessariamente ligado ao facto) se tenha atenuado para um perigo que, não sendo em abstrato, poderá ser para ilícitos de espécie diferente da do facto ilícito típico praticado, mas, ainda assim, para um perigo como aquele que a LSM define. Não estamos a querer introduzir medidas de segurança pré-delituais na LSM, nem por jogo semântico a substituir um «internamento de inimputável» por um «internamento compulsivo», mas, sim, pensamos que importa promover algumas medidas preventivas, que judicialmente (leia-se, decididas por tribunal competente, no caso o Tribunal de Execução de Penas) sejam tidas como necessárias e, naturalmente, menos restritivas da liberdade. Estamos a falar da possibilidade de se equacionar a substituição de um interna-

<sup>11</sup> Albergaria, Pedro Soares, 2003, pág. 71.

<sup>12</sup> Latas, A. e Vieira, F., 2005, págs. 165-166.

mento de inimputáveis não clinicamente justificável por um tratamento ambulatorio compulsivo em “liberdade vigiada”, naqueles que, não estando curados (e que permanecem clinicamente estabilizados há vários anos), ainda assim persiste um perigo. Defendendo solução próxima, já Taipa de Carvalho em 2008 escrevia: “[o]bjetar-se-á, porventura, perguntando: mas, quando terminar o período «normal» da medida de segurança, se se mantiver a perigosidade criminal, hão-de a sociedade e os bens jurídicos ficar expostos à perigosidade criminal do inimputável? A resposta é a que — apesar da relatividade ou falibilidade do juízo de prognose psiquiátrica sobre a probabilidade de o inimputável vir a reincidir em ilícitos criminais graves, e apesar de hoje haver variados fármacos com potencialidades neutralizadoras dessa perigosidade — pode haver necessidade, em nome da defesa social, de manter o internamento do inimputável; só que já não através da prorrogação sucessiva da medida de segurança, que é uma consequência jurídica da prática de um ilícito criminal, mas sim através de um internamento compulsivo com base na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho)”<sup>13</sup>.

Tal solução teria, ainda, a virtualidade de resolver algumas dúvidas e questões — por alguns levantadas<sup>14</sup> — de eventual inconstitucionalidade, seja quanto à própria LSM, seja relativamente ao teor do artigo 93.º do Código Penal.

Defendemos, assim, uma solução que permita não só que um tribunal de 1.ª instância opte por um «internamento compulsivo» em alternativa a um «internamento de inimputável», mas, também, que permita que o Tribunal de Execução de Penas possa posteriormente optar por, em vez de um «internamento de inimputável» com um regime totalmente restritivo de liberdade, substituir por «tratamento compulsivo em regime ambulatorio», se psiquiatricamente isso estiver indicado e um juiz assim o determinar. De facto, e se considerarmos que o inimputável em análise está há vários anos internado, fácil é de admitir que em abstrato na grande maioria dos casos, não estando curado, sempre possa transitar para um tratamento ambulatorio, só que compulsivo, considerando o meio menos restritivo [cf. alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 3.º e n.º 3 do artigo 8.º, conjugado com o artigo 33.º]. Por outro lado, fácil é também de perceber que, face à existência de uma anomalia psíquica, será evidentemente *adequado* a aplicação do regime de tratamento médico psiquiátrico, visto, além do mais, como *necessário*, porquanto se está perante patologias crónicas cuja estabilização exige manutenção da terapêutica prescrita, e *proporcional*, pois a proposta será a passagem de um internamento amplamente restritivo da liberdade para um ambulatorio compulsivo, medida prevista no artigo 33.º desta Lei.

Naturalmente, esta medida de tratamento ambulatorio compulsivo num inimputável — de filosofia diferente daquela que subjaz ao tratamento com-

<sup>13</sup> Carvalho, Américo Taipa de, 2008, pág. 86.

<sup>14</sup> Gonçalves, Pedro Correia, 2009, págs. 168-172.

pulsivo que chamaríamos regular — apenas poderá ser decretada pelo Tribunal de Execução de Penas, no âmbito de medida preventiva de natureza penal, após ponderação dos elementos disponíveis, mormente, a natureza dos factos ilícitos em concreto cometidos no passado (que motivaram a medida de segurança), atualizados pelas informações recebidas dos serviços clínicos do internamento e pelos competentes relatórios sociais da DGRSP. E, mesmo que assim não se entendesse, como entendemos, isto é, que se deva sempre aferir a perigosidade aos factos concretos que determinaram a prévia medida de segurança e os elementos também concretos que resultem do comportamento recente do recluso durante aquela mesma medida, sempre se encontraria fundamento para a aplicação de internamento/tratamento ambulatorio compulsivo, por duas ordens de motivos:

- primeiro: o facto de para a aplicação da medida de internamento ou do tratamento compulsivo não ser necessária a ocorrência de qualquer ilícito típico, bastando tão-somente existir uma anomalia psíquica — o que é claro face à evidência no passado de decisão transitada em julgado relativamente a tal, com factual internamento médico hospitalar — e concomitantemente existir um perigo que também se encontra documentado e validado perante o comportamento em concreto apurado e descrito (que motivou, além do mais, a impossibilidade de ser ordenada, como seria regra, a libertação imediata da unidade onde teve lugar o cumprimento da medida de segurança);
- segundo: em razão do internamento/tratamento ambulatorio compulsivo estar autorizado, mesmo quando o perigo se reporta a outros factos que não os da mesma espécie que fundamentaram o internamento do inimputável<sup>15</sup>. Basta que exista “*perigo para (outros) bens jurídicos, relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial*”, o que facilmente se verificará face ao seu passado histórico-clínico e histórico-judicial.

#### 4. CONCLUSÕES

Após quase 20 anos de vigência da LSM, parece-nos ser tempo de realizar uma reflexão sobre aquilo que constitui grande parte do corpo desta Lei: a regulamentação do internamento compulsivo. De facto, se a sua utilidade é inquestionável, colocam-se atualmente algumas questões no que toca a aspetos práticos da sua aplicabilidade que importa analisar e eventualmente reformular. Foi assim, neste contexto, e fruto de vários anos de experiência na aplicação e discussão desta mesma Lei, que os autores avançaram com uma breve reflexão e ousaram sugerir algumas propostas de possíveis alte-

---

<sup>15</sup> Na mesma linha de pensamento, veja-se Latas, A. e Vieira, F., 2004, pág. 168.

rações. Bem sabemos que o caminho é ainda longo, mas é passo a passo que cada percurso é feito. Acreditamos, assim, que este possa ser um primeiro passo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERGARIA**, Pedro Soares, *A Lei de Saúde Mental anotada*, Coimbra: Almedina, 2003.
- CABRAL**, Ana, **BRISSOS**, Sofia e **COSTA**, Francisco Santos; *in Manual de Psiquiatria Forense*, a aguardar publicação, Pactor/Lidel.
- CABRAL A.**, **VIEIRA F.** e **MENDES, E.**, *Será útil rever a Lei n.º 36/98 de 24 de Julho?* — Comunicação ao X Congresso Nacional de Psiquiatria — Qual o futuro da Psiquiatria? — 13 a 15 de novembro, 2015.
- CARVALHO**, Américo Taipa de, *Direito Penal — parte geral: questões fundamentais, teoria geral do crime*, 2.ª edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2008.
- GONÇALVES**, Pedro Correia, *O Estatuto Jurídico do Doente Mental com referência à jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem*, Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora, 2009.
- LATAS A.** e **VIEIRA, F.**, *Notas e comentários à Lei de Saúde Mental*, org. Centro de Estudos Judiciários, Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- PAZ**, Margarida (coord.), e-book CEJ, acessível através do endereço: “[http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb\\_Internamento\\_Compulsivo.pdf?id=9&username=guest](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb_Internamento_Compulsivo.pdf?id=9&username=guest)”, referenciando o acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 23/04/2015, relatora Margarida Vieira de Almeida, proferido no processo n.º 1/14.1T1LSB.L1-9.
- TALINA, A.**, *Internamento Compulsivo em Psiquiatria — Estudo Comparativo de Doentes com Internamento Compulsivo Versus Voluntário na Grande Lisboa* (dissertação de Mestrado inédita), Lisboa: Universidade Nova de Lisboa — Faculdade de Ciências Médicas, 2004.
- VIEIRA, D.** e **OLIVEIRA, G.**, *O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais*, in Carvalho, Álvaro de. et al. (org.), *A lei de saúde mental e o internamento compulsivo*, Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

## ANEXO

### Revisão da Lei de Saúde Mental (novo articulado proposto — *alterações em itálico*)

#### ARTIGO 12.º

##### Pressupostos e regimes do tratamento compulsivo

1 — *[Pressupostos do tratamento compulsivo:]*

- a) O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser *tratado compulsivamente* em estabelecimento adequado.
- b) Pode, ainda, ser *tratado compulsivamente* o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

2 — *[Regimes do Tratamento Compulsivo:] Em conformidade com o juízo médico-científico resultante da avaliação clínico-psiquiátrica, o cidadão em tratamento compulsivo é colocado no regime que melhor se adequar ao seu estado de saúde e que psiquiatricamente seja tido como necessário e proporcional em função da patologia ou anomalia psíquica de que sofra. São dois os regimes do tratamento compulsivo:*

- a) *Tratamento compulsivo em regime de internamento*
- b) *Tratamento compulsivo em regime de ambulatório*

#### ARTIGO 13.º

##### Legitimidade

1 — Tem legitimidade para requerer o *tratamento* compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

2 — Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 — Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário *ou numa consulta da especialidade de psiquiatria, e se houver perigo iminente, configurando uma situação urgente*, tem também legitimidade para proceder ao *tratamento compulsivo, em qualquer uma das suas modalidades ou regi-*

mes, o psiquiatra assistente, comunicando e enviando a respetiva avaliação clínico-psiquiátrica para efeitos de confirmação judicial nos termos do n.º 1 do artigo 25.º.

### **ARTIGO 19.º** **Sessão conjunta**

1 — Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.

2 — Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.

3 — Se o internando aceitar o *tratamento psiquiátrico proposto e, ouvidos os clínicos, nomeadamente o psiquiatra assistente ou aquele que realize a avaliação clínico-psiquiátrica*, não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

## **SECÇÃO IV** **TRATAMENTO COMPULSIVO DE URGÊNCIA**

### **Artigo 22.º** **Pressupostos**

O portador de anomalia psíquica pode ser *tratado* compulsivamente de urgência, *em qualquer dos regimes legalmente previstos na presente Lei de Saúde Mental*, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, *alínea a)*, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

### **Artigo 25.º** **Termos subsequentes**

1 — Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de *tratamento* e o *cidadão com anomalia psíquica* a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

2 — Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de *tratamento compulsivo em qualquer das suas modalidades ou regimes*, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução e os *Serviços Hospitalares a respetiva avaliação clínico-psiquiátrica*.

**ARTIGO 29.º****Tratamento compulsivo de inimputável**

1 — O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º do Código Penal pode decidir o *tratamento compulsivo* do inimputável:

- a) *Sempre que, na ausência de pressupostos para internamento de inimputável, o tribunal opte pelo tratamento compulsivo é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 20.º, 34.º e 35.º.*
- b) *Caso a perícia psiquiátrica tenha dado resposta aos pressupostos de internamento previstos no artigo 12.º, é dispensável a realização da competente avaliação clínico-psiquiátrica.*

2 — *Pode, ainda, o Tribunal de Execução de Penas, decidir pelo tratamento compulsivo de inimputável, quando esteja excedido o tempo máximo legalmente permitido para uma medida de segurança, ou terminada que esteja esta por força de decisão judicial, desde que se mantenha a atualidade de um perigo devidamente fundamentado, seja pelo comportamento contemporâneo do recluso, seja pelo parecer médico-psiquiátrico, decorrente de perícia ou de avaliação clínico-periódica, aferido e confirmado por deliberação do tribunal.*

- a) *O regime do tratamento compulsivo de inimputável a que se reporta o presente número, decorre, em conformidade com o previsto na alínea a) e b) do n.º 1 do artigo 3.º, conjugado com o n.º 3 do artigo 8.º, no meio o menos restritivo possível, ou seja, deverá optar-se sempre que possível pelo tratamento ambulatorio compulsivo previsto da alínea b) do n.º 2 do artigo 12.º.*
- b) *É, na circunstância de se tratar de um tratamento compulsivo de inimputável, competente para os efeitos do disposto nos artigos 20.º, 33.º, 34.º e 35.º, o Tribunal de Execução de Penas.*
- c) *No caso de ter ocorrido uma medida de segurança prévia ao internamento, a alta médica não determina a cessação imediata do instituto do internamento compulsivo, porquanto deverá ainda ser aferido o término da medida preventiva ou de coação simultaneamente aplicada, nomeadamente a de liberdade vigiada em tratamento ambulatorio compulsivo, para o que apenas é competente o Tribunal de Execução de Penas.*

**ARTIGO 30.º****Regras de competência**

1 — Para efeito do disposto no presente capítulo, tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da *área do Estabelecimento Hos-*

*pitalar onde ocorre o tratamento ou, no caso de decisão judicial de transição de uma medida de segurança para tratamento compulsivo, o Tribunal de Execução de Penas.*

2 — Se na comarca da área do estabelecimento hospitalar o tribunal judicial for desdobrado em juízos criminais ou, na falta destes, em juízos de competência especializada criminal, a competência caberá a estes.

### **ARTIGO 33.º**

#### **Substituição do regime de internamento**

1 — O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34.º e 35.º.

2 — A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.

3 — A substituição é comunicada ao tribunal competente.

4 — Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.

5 — Sempre que necessário, o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

### **ARTIGO 34.º**

#### **Cessaçãõ do tratamento compulsivo**

1 — O *tratamento compulsivo em qualquer um dos regimes* finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.

2 — A *cessaçãõ do internamento ou do tratamento compulsivo* ocorre:

- a) Por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento.
- b) *No caso de transição de prévia medida de segurança judicialmente determinada, por confirmação da cessaçãõ de pressupostos pelo Tribunal de Execução de Penas.*
- c) *Por decisão judicial.*

3 — A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente, *ou, no caso de transição de prévia medida de segurança judicialmente determinada, precedida de solicitaçãõ da confirmação da cessaçãõ de pressupostos ao Tribunal de Execução de Penas competente.*

### **ARTIGO 35.º**

#### **Revisão da situação de compulsividade do tratamento**

1 — Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do *tratamento compulsivo*, seja no regime de internamento ou de ambulatório, o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 — A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento *compulsivo* ou sobre a decisão que o tiver mantido, ou no caso de *tratamento ambulatório compulsivo* decorridos quatro meses sobre o início deste.

3 — Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º, n.º 1.

4 — Para o efeito do disposto no n.º 2 o estabelecimento envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-*psiquiátrica* elaborado por dois *psiquiatras*, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

5 — A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.