

# SERVIÇO POLICIAL E DIREITO DA SAÚDE

## *Police Service and Health Law*

**NUNO CAETANO LOPES DE BARROS POIARES** | *Professor Auxiliar (ISCPSI) e Professor Adjunto (IPB)*  
*Doutorado em Sociologia do Direito, mestre em Sociologia e licenciado em Direito e em Ciências Policiais,*  
*ICPOL – Centro de Investigação do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Escola Superior de Tecnologia*  
*e Gestão do Instituto Politécnico de Beja* [ [nunopoiares@hotmail.com](mailto:nunopoiares@hotmail.com) ]

---

No presente artigo o autor propõe uma análise às atribuições da Polícia, enquanto parceiro privilegiado no quadro da saúde mental no ordenamento jurídico português, *maxime* no universo do internamento compulsivo, realidade particularmente sensível que afeta milhões de pessoas no mundo; e cujos procedimentos operacionais deverão ser do domínio dos profissionais de enfermagem, atores essenciais nesta área de intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** serviço policial, direito da saúde mental, anomalia psíquica grave, internamento compulsivo, internamento de urgência.

---

*In this article the author proposes an analysis of the mission of Police as a privileged partner in the mental health framework in the Portuguese legal system, especially in the compulsory hospitalization universe, a particularly sensitive reality that affects millions of people in the world; and whose operational procedures should be the domain of nursing professionals, essential actors in this area of intervention.*

**KEYWORDS:** *police service, mental health law, severe psychic anomaly, compulsive hospitalization, urgent hospitalization.*

---

### **SUMÁRIO:**

Nota introdutória

**I.** A força constitucional do direito à saúde

**II.** Da Lei de Saúde Mental

**III.** O internamento compulsivo

**IV.** A Polícia e o internamento de urgência

Bibliografia

*Todos têm direito à proteção da saúde  
e o dever de a defender e promover.*

ARTIGO 64.º, N.º 1 DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

## NOTA INTRODUTÓRIA

A atualidade do tema *sub judice* é tendencialmente crescente na sociedade portuguesa, sobretudo desde a publicação da Resolução do Conselho de Ministros que aprovou o Plano Nacional de Saúde Mental – 2007/2016 (adiante designado como PNSM) em março de 2008<sup>1</sup>, dez anos após a publicação da Lei de Saúde Mental<sup>2</sup>, tendo sido determinado à Direção-Geral da Saúde para proceder a avaliação da implementação do PNSM para o período 2017-2020<sup>3</sup>. As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, na sociedade hodierna. Na verdade, a problemática associada à saúde mental é um dos maiores flagelos incapacitantes do ser humano com repercussões diretas nos custos sociais e económicos a suportar pelos diversos Estados. Acresce que são muitas as famílias que vêm os seus lares *perturbados* (para além dos domínios laborais) com base em questões cujas origens estão associadas à saúde mental.

Esta problemática tem implicações sociais, psicológicas, económicas, familiares e, até, jurídicas e securitárias, pelo que as Forças de Segurança são, necessariamente, chamadas a intervir como parceiro privilegiado (mas negligenciado<sup>4</sup>) na resolução de incidentes (ocorrências policiais) e, também, aquando de múltiplos pedidos de colaboração por parte das autoridades judiciais e de saúde ao abrigo das leis orgânicas que regulam a atividade das forças de segurança existentes em Portugal. Entre 2013 e 2016 o consumo de embalagens de antidepressivos duplicou em Portugal. Nos centros de saúde, no ano de 2016, foram diagnosticadas perturbações depressivas em 9,3% dos utentes. Nesse mesmo ano os portugueses consumiram cerca de 30 milhões de embalagens de medicamentos para a depressão, a ansiedade e outros problemas de saúde mental, quase o dobro do que em 2013, continuando a ser muito elevado o consumo de tranquilizantes e também medicamentos para controlar a hiperatividade nas crianças e jovens, conforme destaca o relatório do Programa Nacional para a Saúde

<sup>1</sup> Vide Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, Diário da República n.º 47, 1.ª Série.

<sup>2</sup> Lei n.º 36/98, de 24 de julho, alterada pela lei n.º 101/99, de 26 de julho.

<sup>3</sup> Vide Despacho n.º 1490/2017, de 2 de fevereiro, Diário da República n.º 32, Série II, 14.02.2017. 1 - A Direção-Geral da Saúde procede até 30 de abril de 2017, à avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a qual pode ser efetuada em parceria com entidades externas. 2 - A DGS promove até 31 de maio de 2017, à atualização do PNSM para o período 2017-2020, devidamente alinhada com o Plano Nacional de Saúde e com as propostas efetuadas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 13278/2016, de 31 de outubro de 2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 7 de novembro.

<sup>4</sup> A ausência das Forças de Segurança no Conselho Nacional de Saúde Mental reforça essa evidência.

Mental de 2017 que foi apresentado no dia 10 de outubro de 2017, em Lisboa<sup>5</sup>. Este documento faz um ponto de situação sobre a Saúde Mental em Portugal, apresentando um conjunto de medidas a desenvolver até ao ano de 2020: aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários, inverter a tendência da prescrição de medicamentos para o tratamento de ansiedade na população através da sua estabilização, apoiar a criação de 1500 lugares para adultos e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental; e aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM<sup>6</sup>.

## I. A FORÇA CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE

Nos termos do art.º 9.º, alínea d) da Constituição da República Portuguesa (CRP), o Estado português tem como tarefa fundamental promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo, bem como a efetivação dos direitos sociais. Neste articulado encontramos vertidas as tarefas do Estado com força jurídico-constitucional, incluindo o direito à saúde, tendo este o dever de a defender e a desenvolver. Nessa linha, vem o legislador constitucional originário, no domínio dos direitos e deveres sociais, referir que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover (direito subjetivo à saúde), conforme o artigo 64.º, n.º 1 da CRP. O n.º 2 e 3 do mesmo articulado apresentam uma dimensão objetiva ou programática do direito à saúde, referindo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço de saúde universal e geral tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; da criação de condições económicas, sociais e culturais e ambientais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, o desenvolvimento da educação sanitária do povo e das práticas de vida saudável e que incumbe prioritariamente ao Estado, entre outras medidas, garantir o acesso a todos os cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, de onde se retira uma dimensão comunitária como o direito à defesa por parte do Estado no interesse público (saúde pública). Refere ainda a lei constitucional, no artigo 71.º, n.º 1, que os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na CRP, obrigando-se o Estado a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias.

O direito à saúde tem, assim, à luz da letra da lei constitucional, uma dimensão subjetiva, objetiva e comunitária que cabe ao Estado garantir, em articulação com diversos agentes e parceiros públicos e privados, sem olvidar o papel insubstituível dos cidadãos que têm o dever de defender e promover a saúde.

<sup>5</sup> In <https://www.publico.pt/2017/10/10/sociedade/noticia/em-2016-consumimos-30-milhoes-de-embalagens-de-farmacos-para-depressao-e-ansiedade-1788262> (12.10.2017). DGS (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental para 2017*, Lisboa: Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> In <http://www.aenfermagemasleis.pt/2017/10/10/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017-dgs/> (12.10.2017).

## II. DA LEI DE SAÚDE MENTAL

Os dados disponíveis demonstram que as perturbações mentais na Europa são responsáveis por uma média próxima de 40% dos anos vividos com incapacidade. Mais de 12% da carga resultante das doenças em geral, a nível mundial, deve-se a estas perturbações (este número cresce para 24% na Europa). Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas. Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a Organização Mundial de Saúde, uma em cada cinco crianças apresenta problemas de saúde mental. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica que podem ser precursoras de perturbações incapacitantes na idade adulta. Acresce que Portugal tem uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa e o consumo de antidepressivos voltou a aumentar em 2016: venderam-se perto de 11,8 milhões de embalagens, mais do dobro de 2013. No ano passado o diretor do PNSM, Álvaro Carvalho, quando apresentou o relatório de 2016, defendeu que o consumo de tranquilizantes em Portugal chegou a níveis de risco para a saúde pública e defendeu uma medida dissuasora - a diminuição da comparticipação estatal deste tipo de medicamentos. Outros alertas que parecem estar a surtir efeito são os avisos sobre os riscos dos medicamentos para o controlo do défice de atenção e a hiperatividade em crianças e jovens<sup>7</sup>.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, refere que em Portugal, a Lei de Saúde Mental<sup>8</sup> trouxe avanços significativos nesta área, definindo os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental de acordo com os Princípios das Nações Unidas de 1991, regulamentando o processo de internamento compulsivo, consagrando o modelo comunitário para a prestação de cuidados de saúde mental e prevendo a participação de organizações de utentes e familiares no Conselho Nacional de Saúde Mental. O mesmo diploma refere que a legislação portuguesa se mantém atualizada, já que contempla a generalidade das questões mais relevantes na área da saúde mental e respeita as recomendações internacionais, não parecendo justificar-se a sua revisão ou a elaboração de uma nova lei de saúde mental. O diploma que define os princípios da política de saúde mental em Portugal é, como já referimos, a Lei n.º 36/98, de 24 de julho que, no artigo 1.º, estabelece os seus objetivos, os princípios gerais da política de saúde mental (artigo 3.º), o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental (art.º 6.º e ss) e regula o internamento de urgência (artigo 22.º e ss).

O artigo 3.º, no seu n.º 1, plasma os princípios gerais de política de saúde mental: a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social; os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível; o tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais; e, no caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades

<sup>7</sup> In <https://www.publico.pt/2017/10/10/sociedade/noticia/em-2016-consumimos-30-milhoes-de-embalagens-de-farmacos-para-depressao-e-ansiedade-1788262> (12.10.2017).

<sup>8</sup> In <https://www.publico.pt/2017/10/10/sociedade/noticia/em-2016-consumimos-30-milhoes-de-embalagens-de-farmacos-para-depressao-e-ansiedade-1788262> (12.10.2017).

de treino e reinserção profissional inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes. No artigo 4.º, n.º 1, da LSM surge a apresentação do Conselho Nacional de Saúde Mental enquanto órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de atuação conexas<sup>9</sup>; e o artigo 5.º versa somente os direitos e deveres dos utentes. O Capítulo II é dedicado exclusivamente ao internamento compulsivo e (artigos 6.º ao 44.º), o que significa que este diploma dedica a maior parte do seu conteúdo ao internamento compulsivo (onde se inclui a especificidade do internamento de urgência), não sendo de *estranhar* que diversos profissionais tenham o entendimento que este diploma materializa, na verdade, uma Lei de Saúde Mental, e não uma Lei da Saúde Mental<sup>10</sup>.

### III. INTERNAMENTO COMPULSIVO

Nos termos do artigo 7.º, alínea a) da LSM entende-se como internamento compulsivo o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave. Este 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 (art.º 8.º, n.º 1 da LSM). Acresce que existem requisitos que devem ser verificados cumulativamente, conforme nos refere o n.º 1 do artigo 12.º (artigo nuclear da Lei de Saúde Mental), mormente: 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 a submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado. Assim, o n.º 1 aplica-se aos doentes mentais que têm discernimento para consentir o internamento, mas recusam-no. O tratamento vem a seguir ao internamento. O n.º 2 do mesmo artigo prevê as situações em que o doente mental não tem discernimento para consentir. Aqui o Tribunal supre o seu consentimento<sup>11</sup>. O artigo 13.º da LSM define quem tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo, nomeadamente: 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. Estabelece ainda o n.º 2, do mesmo artigo, que sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica que justifique o internamento compulsivo, pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para efeitos de poder vir a ser determinado o internamento. O processo de internamento compulsivo, em termos de natureza, é secreto, nos mesmos termos em que tal conceito é definido no Código de Processo Penal (art.º 36.º); tem a natureza urgente, pelo que é tramitado em férias judiciais e encontra-se no catálogo dos processos a movimentar nos turnos de férias judiciais; é um

<sup>9</sup> Devendo ser ponderada a possibilidade de integrar representantes das Forças de Segurança.

<sup>10</sup> Vide Notas sobre a Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98 de 24, de julho, 1, Juízos Criminais de Coimbra (2003).

<sup>11</sup> Vide Notas sobre a Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98 de 24 de julho, 1, Juízos Criminais de Coimbra (2003).

processo de jurisdição voluntária; estão isentos de custas independentemente do estatuto do requerente; e a lei criou uma comissão de acompanhamento a quem devem ser comunicadas todas as decisões de internamento compulsivo e com quem o internando tem o direito de comunicar (artigos 11.º, alínea g) e 38.º a 42.º da LSM)<sup>12</sup>.

Nesta sede as forças de segurança surgem com um papel de coadjuvação (art.º 21.º, n.º 2) no seguimento do cumprimento da decisão de internamento, se solicitado pelo juiz que emite o mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual deverá ser cumprido, sempre que possível, pelo serviço oficial de saúde. Não sendo possível o cumprimento nos termos do n.º 2 do artigo 21.º da LSM, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde (artigo 21.º, n.º 3 do mesmo diploma). O cumprimento desta matéria tem culminado, não raras vezes, em procedimentos menos adequados pelas forças policiais, o que levou a Inspeção-Geral da Administração Interna a recomendar à PSP que, relativamente aos procedimentos a adotar pelas forças de segurança no âmbito da execução de mandados de condução a estabelecimento hospitalar de portadores de anomalia psíquica grave (e em prol de boas práticas no âmbito da aplicação da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência), fossem emitidas orientações nesta matéria que tenham em conta a necessidade urgente do cumprimento dos mandados<sup>13</sup>.

#### IV. A POLÍCIA E O INTERNAMENTO DE URGÊNCIA

Nos termos do n.º 1 do artigo 272.º da CRP, a Polícia tem por funções defender a legalidade democrática e garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos. Nessa senda, e à luz da Lei Orgânica da Polícia de Segurança Pública (Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto), *maxime* no seu artigo 3.º, pode-se ler que, em situações de normalidade institucional, as atribuições da PSP são *v.g.* as decorrentes da legislação de segurança interna e, em situações de exceção, as resultantes da legislação sobre a defesa nacional e sobre o estado de sítio e de emergência; garantir as condições de segurança que permitam o exercício dos direitos e liberdades e o respeito pelas garantias dos cidadãos, bem como o pleno funcionamento das instituições democráticas e contribuir para a formação e informação em matéria de segurança dos cidadãos. Já nos termos do artigo 6.º, sob a epígrafe *deveres de colaboração*, do mesmo diploma, é referido que a PSP, sem prejuízo das prioridades legais da sua atuação, coopera com as demais forças e serviços de segurança, bem como com as autoridades públicas, designadamente, com os órgãos autárquicos e outros organismos, devendo as autoridades da administração central, regional e local, os serviços públicos e as demais entidades públicas ou privadas prestar à PSP a colaboração que legitimamente lhes for solicitada para o exercício das suas funções; podendo ainda as autoridades judiciais e administrativas requisitar à PSP

<sup>12</sup> Idem, 12, Juízos Criminais de Coimbra (2003).

<sup>13</sup> Vide IGAI, RECOMENDAÇÃO-IG-2/2016, *Cumprimento de mandado de condução a estabelecimento hospital de portador de deficiência psíquica grave*, Gabinete da Inspetora-Geral, 19 de julho de 2016, Lisboa: IGAI.

a atuação de forças para a manutenção da ordem e tranquilidade públicas, atuando no quadro das suas competências e de forma a cumprirem a sua missão, mantendo total subordinação aos comandos de que dependem (artigo 13.º).

No quadro das suas atribuições cabe à Polícia, assim, colaborar institucionalmente no âmbito da LSM, realidade à qual, aliás, existe uma longa *relação* quando se pensa em determinados públicos vulneráveis, em particular os sem-abrigo, quando cabia à PSP a gestão das designadas mitras (albergues), espaços para onde eram encaminhados indivíduos que se dedicavam à mendicidade, mas cujas configurações se inseriam, em muitos casos, em quadros de foro psiquiátrico. Campos (2016) recorda-nos que as políticas de repressão da mendicidade e vadiagem intensificaram-se com o surgimento do Estado Novo. Assumindo novos contornos, a PSP assumiu um papel preponderante como a principal mediadora entre os vadios e a restante sociedade, para além das funções de assistência social. Na dependência da PSP são criados, em todas as cidades sede de distrito, albergues cuja função seria prevenir e reprimir a mendicidade. Surgindo os albergues de polícia, é inaugurada uma nova época no domínio da assistência social, com uma instituição estatal de caráter policial a assumir funções que tipicamente estavam adjudicadas às Misericórdias e associações religiosas. É a própria Polícia que constrói e gere os Albergues da Mendicidade, tendo igualmente um papel ativo na distribuição da sopa dos pobres e restantes iniciativas de cariz solidário. Em 1976 é abolida a repressão à mendicidade, vendo-a como resultado de problemas sociais. Parte-se da premissa que são causas externas ao indivíduo que o deixaram em tal situação e por isso, quando resolvidas, tenderá a sair da mesma. Num novo contexto legal, dormir na rua não é punível obrigando a polícia a pautar a sua intervenção junto desta população com base no consentimento voluntário. Ainda que a visibilidade dos sem-abrigo nos anos noventa tenha aumentado, a vadiagem e a mendicidade não são punidas, excetuando quando existir a exploração de menores de 16 anos ou de pessoa com anomalia psíquica para mendigar. Hoje parece vivermos num período de tolerância, apesar de ser uma problemática pouco consensual. No Porto, por exemplo, com o encerramento do hospital psiquiátrico do Conde de Ferreira, em 2001, reacendeu-se o debate sobre estas questões, aparecendo notícias relativas ao internamento de arrumadores de automóveis e de sem abrigo (Campos, 2016).

Voltando à letra da LSM verificamos que, nos termos do artigo 22.º o portador de anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Para que este internamento seja possível, o artigo 5.º, n.º 1, alínea c), faz uma ressalva quando refere que, no âmbito dos direitos do utente, o mesmo pode decidir receber ou recusar as intervenções diagnosticadas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo, ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.

Em caso de internamento de urgência, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, para lhe ser prestada a assistência médica necessária (artigos 22.º, 23.º, n.º 1 e 24.º da LSM). Neste âmbito importa distinguir duas especificidades: a) mandados de condução emanados pela autoridade de saúde ou autoridade policial; b) e execução da condução sem mandado.

- a]** Mandado de condução emanado pela autoridade de saúde ou autoridade policial: as forças policiais ao receberem um mandado de condução emanado pela autoridade de saúde da área devem promover o seu cumprimento (nos termos do art.º 23.º, n.º 2, da LSM). No entanto, tal mandado deve ser cumprido, sempre que possível, através da utilização de uma ambulância de serviços próprios, pelo que deverá ser solicitada (caso não tenha sido enviada) requisição relativa ao recurso à mesma.

Em regra, as forças policiais, aquando da receção de um mandado de condução, adotam a seguinte metodologia: i) averiguação, deteção e encaminhamento do internando até ao departamento policial; ii) em paralelo, é efetuado um contacto telefónico com a entidade competente para efeitos de requisição de ambulância; iii) condução do internando no interior da própria ambulância com a respetiva tripulação (bombeiros) ou através de escolta àquela em viatura policial (se, eventualmente, o internando revelar um comportamento agressivo, podendo colocar em causa a sua integridade física e a de terceiros, faz-se uso de algemas); iv) aquando do início da condução, a força policial comunica o início da diligência ao Ministério Público; v) após a condução e entrega do internando no estabelecimento hospitalar certifica-se o mandado nos termos da lei e regressa-se ao local de origem; v) por fim, o mandado certificado é enviado com um ofício ao MP com conhecimento à autoridade de saúde. A condução nos termos supra é pois imediatamente comunicada ao MP com competência na área em que ela se iniciou e, no final da condução, dever-se-á remeter o mandado devidamente certificado tanto ao MP (artigo 23.º, n.º 5 da LSM) como à autoridade de saúde.

- b]** Execução da condução sem mandado: nos casos de situação de urgência e de perigo na demora (verificando-se os pressupostos previstos no artigo 12.º, n.º 1 e artigo 22.º da LSM), não sendo possível, por esse motivo, a emissão prévia do mandado, e caso o portador de anomalia psíquica grave crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse a submeter-se ao necessário tratamento médico, qualquer agente policial pode proceder à condução imediata do internando. Nos termos do artigo 23.º, n.º 1 da LSM, é estipulado que, verificados os pressupostos, as autoridades de polícia<sup>14</sup> podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo (artigo 24.º da LSM). O artigo 23.º, n.º 3 da LSM estipula ainda que quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

No caso *sub judice* o agente policial que efetuar a condução lavra um auto em que se discriminam os factos, bem como as circunstâncias do

<sup>14</sup> Nos termos do art.º 7.º, alínea f) da LSM são autoridades de polícia: os diretores, oficiais, inspetores e subinspetores de polícia e todos os funcionários a quem as leis respetivas reconhecerem aquela qualificação.

tempo e do lugar em que a mesma foi efetuada (art.º 23.º, n.º 4 da LSM), sendo enviado a Tribunal de imediato. Aquando do início da condução deve ser igualmente efetuada uma comunicação ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou (nos termos do artigo 23.º, n.º 5 da LSM). O MP, 48 horas após ao início da condução, controla a legalidade e a privação da liberdade, constituindo-se um processo especial (urgentíssimo) dentro do processo de internamento de urgência.

Nos termos do artigo 24.º da LSM o internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária. Subsequentemente quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando 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. Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, 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 (artigo 25.º LSM). Recebida a comunicação pelo juiz, o mesmo nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público. Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade. A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente, bem como ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Posto isto, uma necessária questão se coloca: será que a LSM poderá ser entendida como uma lei do internamento compulsivo? É esse o entendimento dos juízos criminais de Coimbra<sup>15</sup> vertido nas atas de uma reunião de coordenação, ocorrida em 2003, entre o MP e as autoridades policiais. Aí pode ler-se que um dos reparos que tem sido feito à Lei n.º 36/98, de 24 de julho, é o de que tal lei não é uma Lei da Saúde Mental mas antes uma Lei do Internamento Compulsivo. A Lei n.º 36/98 de 24 de julho é denominada Lei de Saúde Mental, o que vale por dizer que não é Lei da Saúde Mental. A Lei de Saúde Mental trata de alguns aspetos da Saúde Mental mas não de todo o sistema da Saúde Mental nacional. Como a Lei se denomina “Lei de”, na opinião do Ministério Público de Coimbra, tal significa que para além da Lei de Saúde Mental, existe mais legislação sobre o sistema da Saúde Mental nacional e que a indefinição do “de” em vez da definição do “da”, não significa outra coisa. Assim, a LSM não estabelece tudo sobre a saúde mental. Esta análise parece-nos fazer sentido, sobretudo a partir do momento em que foi

<sup>15</sup> Notas sobre a Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98, de 24 de julho, Juízos Criminais de Coimbra (2003).

publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que transcende, em larga medida, a mera perspetiva legal desta problemática. O PNSM é ambicioso e aborda o problema de uma forma sistémica, tendo em consideração todas as *frentes de combate* necessárias para que a resposta consiga minorar o atual cenário da sociedade hodierna. Nessa senda, as forças policiais devem passar a ocupar um papel de destaque na análise e avaliação do PNSM, desde logo marcando presença no Conselho Nacional de Saúde Mental, órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, na qualidade de parceiro privilegiado.

## BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, Rúben David Ferreira (2016). *Fui eu que chamei a polícia: Os sem-abrigo entre o sentimento de insegurança e a utilidade social*, dissertação de mestrado integrado em Ciências Policiais, Lisboa: ISCPSI.
- CEJ (2016). *Internamento Compulsivo*, Coleção Formação Inicial, Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA
- DETERMINAÇÃO N.º NOI/08/2002, 16 de maio, do CD-PSP Beja – Execução de Mandados de Condução no âmbito da Lei de Saúde Mental e Internamento de Urgência
- DESPACHO N.º 1490/2017, de 2 de fevereiro, Diário da República n.º 32, Série II, de 14 de fevereiro
- DGS (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental para 2017*, Lisboa: Ministério da Saúde
- IGAI, RECOMENDAÇÃO-IG-2/2016, *Cumprimento de mandado de condução a estabelecimento hospital de portador de deficiência psíquica grave*, Gabinete da Inspetora-Geral da Inspeção Geral da Administração Interna, 19 de julho de 2016, Lisboa: IGAI
- INFORMAÇÃO N.º 435/2.ªBIC/2007, de 3 de setembro, da EIC-PSP do CD Beja – Lei de Saúde Mental – Orientação 1/EIC/2007
- NOTAS SOBRE A LEI DE SAÚDE MENTAL – Lei n.º 36/98 de 24-07, dos Juízos Criminais de Coimbra (2003)
- LEI N.º 36/98, de 24 de julho, alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho
- LEI N.º 101/99, de 26 de julho - adota providências em matéria de organização e funcionamento dos tribunais judiciais, alterando disposições das Leis n.ºs 3/99, de 13 de Janeiro, e 36/98, de 24 de Julho
- LEI N.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Lei de Bases da Saúde)
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 49/2008, de 6 de março, Diário da República, 1.ª série, n.º 47
- XAVIER, Miguel e CARVALHO, Álvaro de (2014). *Internamento compulsivo em Portugal – contextos e procedimentos*, ASGVCV, Violência Interpessoal, 1-4, Lisboa: DGS.