

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACULDADE DE DIREITO

MESTRADO FORENSE



CATÓLICA

FACULDADE DE DIREITO

ESCOLA DE LISBOA

TESE DE MESTRADO

“O TRATAMENTO DIGNO DO DOENTE MENTAL PERIGOSO: ENTRE O
DIREITO PENAL E A NOVA LEI DA SAÚDE MENTAL”

Margarida Bride Veiga Batista

N.º de Aluna: 142722004

Orientador: Professor Rogério Alves

25 de março de 2024

“The whole question here is: am I a monster, or a victim myself?”

Fyodor Dostoyevsky, *Crime and Punishment*

Agradecimentos

Ao Dr. Rogério Alves, por todas as aulas cativantes, que me fizeram acreditar que vale a pena preservar as minhas ideias, mesmo que mais ninguém acredite nelas, desde que devidamente fundamentadas. Por toda a paciência e por me ter dado a confiança necessária para esta dissertação. Pela sua disponibilidade e pelo privilégio de ter sido sua aluna e orientada.

À minha mãe, pela sua experiência profissional e pela coragem que me dá todos os dias para que eu possa seguir o meu caminho, estando sempre ao meu lado caso esse se desvie, ou se perca.

Ao meu pai, por me ter dado fé e confiança, e por me ter feito acreditar nas minhas ideias, mesmo quando o caminho era desafiante, estando sempre disponível para me ajudar a acreditar em mim.

Sem os meus pais, o mestrado seria agora ainda um caminho ainda por percorrer. São a razão pela qual eu continuei a dar os meus passos em frente.

À Dr. Sofia Brissos, pelo seu brilhantismo como profissional, pela disponibilidade e pelo carinho que emana aos outros, dentro e fora da sua profissão. Foi quem me fez acreditar que a mudança é possível e necessária.

A todas as minhas amigas, que não realizaram o curso de Direito, pela paciência em tempos mais difíceis, e à Bárbara, por ter debatido sobre o meu tema, com a mesma vivacidade e curiosidade que eu.

A todas as minhas amigas que realizam o mesmo mestrado que eu, por terem percorrido este caminho ao meu lado, mesmo quando não acreditámos ser possível chegar ao final.

Resumo

A saúde mental é um tema cada vez mais atual, seja na vida corrente, seja nos vários ramos profissionais, e não é diferente no ramo do direito, mais especificamente no direito penal.

Quando alguém que sofre de uma doença mental comete um crime, não tem a capacidade de entender que o está a fazer, ou seja, carece de um juízo culpa quanto à sua conduta. Na construção penalista, para existir crime, teremos de estar perante um facto típico ilícito e culposo e, nesta área da saúde mental, se o agente age sem culpa, o mais lógico seria considerar o direito penal impróprio para resolver a situação. Porém, não é o que sucede no nosso sistema jurídico em que parte dos doentes mentais - inimputáveis perigosos têm relevância para o direito penal.

Serve o presente trabalho para apurar a forma como o nosso sistema resolve estas situações, analisando a nova Lei da Saúde Mental, percebendo se houve de facto alterações notórias, e tentando oferecer também uma nova visão da temática.

Palavras-Chave:

Saúde Mental;

Dignidade da pessoa humana;

Perigosidade;

Inimputabilidade;

Reintegração.

Abstract

Mental health is an increasingly topical issue, both in everyday life and in various professional fields, and it's no different in the field of law, more specifically in criminal law.

When someone suffering from a mental illness commits a crime, don't have the capacity to understand that: in other words, they lack a guilty judgment about their conduct. In criminal law, to consider an act as a crime, we have to be faced with a typical unlawful and culpable fact and, in what concerns to mental health, if the agent is not at fault, the most logical thing would be to dismiss the area of criminal law to resolve the situation. However, this is not the case in our legal system, where part of the mentally ill - the dangerously incompetent - are relevant to criminal law.

This paper aims to find out how our system resolves these situations, by analyzing the new Mental Health Law, seeing if there have been any notable changes, and also trying to offer a fresh view on the issue.

Keywords:

Mental health;

Dignity of the human person;

Dangerousness;

Inimputability;

Reintegration.

Índice

Introdução	8
I. Primeira parte: Saúde Mental e punição - o direito penal perante a doença mental.....	9
a) Conceito	9
b) A abordagem da doença mental pelo direito penal	12
i. A inimputabilidade no momento da prática do facto	12
ii. O que sucede na jurisprudência portuguesa	14
iii. Doença mental e inimputabilidade	15
iv. Inimputabilidade posterior ao momento da prática do facto.....	18
v. A sanção criminal aplicada a inimputáveis: a medida de segurança	22
vi. Os novos prazos da medida de segurança – fim da “pena perpétua” para os inimputáveis?.....	23
vii. A perigosidade de imputáveis como fundamento da medida de segurança.....	25
viii. O artigo 106.º - a doença mental no momento de execução da pena.....	30
ix. A dignidade da pessoa humana em conflito com a inimputabilidade.....	32
x. Compatibilizar a defesa da sociedade e a exclusão do inimputável em razão da anomalia psíquica do âmbito do direito penal.....	34
II. Segunda parte: Saúde Mental e tratamento - a lei de saúde mental perante a doença mental	35
a) Saúde mental	35
b) As doenças de saúde mental	35
c) As perturbações da personalidade	40
d) Direitos e deveres das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental.....	45
e) Regulação das restrições dos direitos	45

f) O tratamento involuntário como resposta à perigosidade e, como tal, à necessidade de proteção dos bens jurídicos.....	47
g) Fundamentos e objetivos da política de saúde mental	50
h) Internamento de inimputáveis: a lei e a realidade: existe verdadeiro tratamento de inimputáveis ou apenas queremos estar seguros?.....	50
i) Estamos preparados para a aplicação da nova lei?	51
i. Avaliação da realidade da saúde mental em Portugal.....	55
III. Conclusão	57

Introdução

I. Primeira parte: Saúde Mental e punição - o direito penal perante a doença mental

A consagração constitucional de direitos e garantias - vida, integridade física, privacidade, património, etc. – impõe ao Estado o dever de protegê-los contra agressões de terceiros. Uma forma de proteção é o direito penal, na medida em que visa proteger bens jurídicos aplicando sanções específicas a comportamentos lesivos desses bens. Tais sanções, devido à sua gravidade, estão associadas a condutas que lesam bens jurídicos de valor significativo, requerem a existência de culpa do agente, conforme o princípio da proporcionalidade, sendo que esta culpa implica censura ao agente por agir contra bens jurídicos relevantes, mesmo desconhecendo a norma.

Culpa, independentemente da conceção adotada, baseia-se na circunstância do agente poder ser censurado pelo seu comportamento, por «se revelar expressão de uma atitude interna juridicamente desaprovada que demanda que tenha de responder perante as exigências do “dever-ser sócio-comunitário”»¹. A censura decorre, num primeiro momento, do agente decidir agir contra bens jurídicos relevantes, conhecendo ou não a norma substantiva que descreve os comportamentos típicos (só excepcionalmente o desconhecimento da norma pode excluir a culpa do agente, conforme decorre do art. 17º do Código Penal). O agente é censurado porque, ao ter consciência da lesão que causa a certos bens jurídicos, não se ter motivado pela norma, no sentido de não optar por não ter o comportamento lesivo.

Sendo esses, de uma forma simplificada, os pressupostos que legitimam a limitação da liberdade de um indivíduo – uma censura perante um comportamento livre contrário ao direito, mais especificamente ao dever-ser jurídico-penal -, é discutível se o direito penal tem legitimidade para intervir no caso de alguém que padece de uma doença mental que o deixa incapaz de compreender o desvalor da sua ação, ou de controlar o seu comportamento perante essa compreensão. É o que nos propomos abordar, a saber, se é legítimo, nomeadamente tendo em conta o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o direito penal abranger no seu âmbito de aplicação aqueles que, por

¹ FIGUEIREDO DIAS, ob. cit., p. 3;

doença mental, não são capazes de, no momento em que agiram, entender a natureza do seu comportamento e como tal de se motivarem de acordo com o direito, e/ou não são capazes de, num segundo momento autónomo do primeiro, entender o motivo pelo qual lhes está a ser aplicada uma pena.

Caso a resposta seja negativa, suscita-se a questão de saber como podem então os bens jurídicos constitucionalmente consagrados ser protegidos perante esta realidade. Esta questão convoca a avaliação do outro regime jurídico que também aborda tais indivíduos, em especial o regime que visa assegurar a proteção de bens jurídicos relevantes, seja dos próprios, seja de terceiros, que é o regime jurídico da Saúde Mental - objeto de uma alteração legislativa muito recente. Será esta a segunda parte do nosso trabalho, a saber, a avaliação sobre se a Lei de Saúde Mental tem a virtualidade de responder à proteção de bens jurídicos relevantes colocados em causa por portadores de doenças mentais, podendo, assim, o direito penal dirigir-se apenas a pessoas livres e conscientes.

a. A saúde mental – Conceito

A saúde mental tem adquirido cada vez mais importância na nossa sociedade e, apesar de lenta, é notável a evolução que este tema tem tido nos últimos anos.

Não só nas vertentes mais básicas, como da inserção dos portadores de doença mental na vida corrente, mas também nos contextos da vida nas empresas, do trabalho, escolar e científico.

A OMS define a saúde mental como *“um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas capacidades, supera o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para a sua comunidade.”*².

Já o SNS conceitua a saúde mental como “[...] a base do bem-estar geral” e acrescenta que, «[...] ao considerarmos a “saúde mental” estamos a falar de:

- Capacidade de adaptação a novas circunstâncias de vida/mudanças;

² *Política para melhorar a saúde mental*, 170ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde, 9 de abril de 2022.

- Superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais;
- Ter capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar;
- Ter sentido crítico e de realidade, mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar;
- Estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade;
- Ter projetos de vida e, sobretudo, descobrir um sentido para a vida.»

Tendo em conta estas definições, parece que a saúde mental se associa a uma capacidade de viver numa forma ponderada e produtiva, conceito muito abrangente e com contornos muito fluídos, que não se afigura propriamente como algo que se possa relacionar com a lei da saúde mental, quando visa prever tratamentos injuntivos e limitações da liberdade de pessoas com a sua saúde mental prejudicada.

Assim, para legitimar a intervenção do direito, a saúde mental acaba por adotar um conceito bastante distinto e com moldes de atuação diferentes e mais impactantes do que essa simples definição demonstra. Neste âmbito, o conceito de “saúde mental” acaba por ser apenas um pressuposto geral, sendo mais relevante a delimitação de uma patologia que coloca em causa essa situação geral, a doença mental. Logo, para nós, o conceito mais importante a definir será o de doença mental.

A Lei n.º 35/2023 de 21 de julho – Lei da Saúde Mental - define doença mental, no seu artigo 2º, alínea a), como “*a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.*”

Sendo certo que esta patologia é caracterizada por uma “perturbação” da saúde mental, assume contornos mais precisos, que torna o conceito mais adequado a abordar o que importa ao direito, a saber, não a circunstância de alguém não ter a capacidade de viver uma vida de “bem-estar”, mas quando esse “mal-estar” afeta bens jurídicos.

Definidos os dois conceitos cruciais, o de saúde mental e o de doença mental, podemos dizer que a importância que têm vindo a ganhar na nossa ordem jurídica tem sido causadora de problemas e também de debate.

Adiantando um pouco o que nos interessa neste trabalho, está em causa -quando o portador de doença mental afeta ou pode vir a afetar bens jurídicos relevantes- o

binómio punição ou tratamento e a forma de os relacionar, a punibilidade, como medidor da imputabilidade, mas também a natureza e legitimidade da pena, do julgamento e/ou da reinserção social.

Em agosto de 2023 entrou em vigor a nova lei da saúde mental, a Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, com vários objetivos, mas sendo o principal, precisamente com base numa reavaliação da abordagem ao portador de doença mental, a atribuição de mais direitos às pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

O processo de evolução foi lento, como o demonstra a génese da nova lei, tendo sido necessários vinte anos para que o regime fosse alterado. Hoje, quando percebemos as alterações que sofreu, acaba por se tornar um choque o tempo que foi preciso para que tais mudanças fossem realizadas. Mudanças que não se restringiram à vertente da saúde mental, como afetaram o regime penal da imputabilidade e da execução da pena, que serão as duas fases importantes a abordar neste trabalho.

Adiantamos desde já que para nós, desde agosto de 2023, temos um sistema mais justo, equilibrado, e é precisamente sobre este novo sistema que incide o nosso trabalho, e também sobre a forma como gostaríamos que os princípios que informaram o novo regime fossem mais abrangentes, retirando definitivamente os portadores de doença mental inimputáveis do âmbito do direito penal, remetendo-os exclusivamente para o domínio da saúde mental.

b. A abordagem da doença mental pelo direito penal

i. A inimputabilidade no momento da prática do facto

Para abordar a questão da inimputabilidade, teremos de relacioná-la com o princípio da culpabilidade, uma vez que a culpa é um dos pilares fundamentais do Estado de Direito no que à formatação da Lei Penal diz respeito. Para que seja aplicada uma pena – e para que haja crime – o facto terá de ser **ilícito, culposo, punível e típico**.

A culpa traduz-se num juízo de censura³, que advém de o agente ter praticado um ato ilícito que contraria um tipo legal. Acresce que a pessoa terá de agir com liberdade de

³ CARLOS PINTO DE ABREU, *Inimputabilidade, Anomalia Psíquica e Medidas de Segurança*

atuar, ou seja, com capacidade racional para entender que está a praticar uma ação que vai contra a ordem jurídica. Sem essa consciência, não há culpa, nem há crime.

O Código Penal não define o conceito de imputabilidade diretamente, sendo o mesmo obtido por oposição às normas que definem os casos de “inimputabilidade”. Poderemos dizer que para o legislador se presume que todos são imputáveis, salvo aqueles relativamente aos quais se prove a inimputabilidade.

As situações de inimputabilidade são duas:

- a) Idade: nos termos do artigo 19º do Código Penal, *os menores de 16 anos são inimputáveis;*
- b) Anomalia psíquica: nos termos do artigo 20º, 1, do CP, *“é inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.*

Acrescenta o n.º 2 do artigo 20º que pode ainda *“ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.*

Resulta destes normativos a ideia de imputabilidade: o agente ter a capacidade de, no momento da prática do crime, avaliar a ilicitude do facto e determinar-se de acordo com tal avaliação, no sentido de se abster de o cometer.

Sendo a idade uma questão quantitativa – apenas se considera a idade, sem qualquer avaliação em concreto da capacidade da pessoa – é a partir do artigo 20.º do Código Penal que podemos concretizar a definição de imputabilidade *a contrario*, ou seja, o facto é imputável ao agente que tenha essa capacidade de avaliação. Se não há capacidade de avaliação, não há capacidade de culpa, ou seja, o facto culposos não poderá ser imputável ao agente. Esta inimputabilidade tem de ser provada e não ao contrário, presumindo a lei que o ser humano é livre e racional por natureza.

No que se refere à inimputabilidade em razão da idade, analisando os vários tipos de direito dentro do nosso ordenamento jurídico, constatamos que o direito penal não abrange os atos típicos praticados por menores de 16 anos. Pura e simplesmente são excluídos do âmbito do direito penal, não são objeto de investigação criminal, acusação, julgamento, punição e execução de pena. Como se sabe, tais agentes são objeto de um ramo especial do direito, o direito tutelar de menores, que visa “*a educação do menor para o direito e a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida em comunidade*” (artigo 2º, 1, da Lei Tutelar Educativa, aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro).

Tendo em conta que estamos perante duas circunstâncias – idade e anomalia psíquica - com o mesmo efeito – inimputabilidade -, implicando a ausência de culpa do agente – fundamento e limite da punição -, seria normal que os atos praticados por inimputáveis com base em anomalia psíquica fosse o mesmo que os atos praticados por inimputáveis pela idade: a exclusão do seu tratamento pelo direito penal, não sendo investigados, acusados, condenados e sujeitos a uma pena.

Sucedem que não é assim. O artigo 91º, 1, do Código Penal estabelece que “*quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie*”.⁴

O legislador é expresso ao referir que apenas está em causa a inimputabilidade nos termos do artigo 20º, e não do artigo 19º (inimputabilidade em razão da idade).

Será legítima esta distinção? Antes de darmos a nossa opinião sobre esta questão, analisemos melhor o regime da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e o seu tratamento pelo direito penal

Para que o agente seja declarado inimputável, terão de estar preenchidos vários requisitos. Em primeiro lugar o agente terá de sofrer de uma anomalia psíquica, que, sendo um conceito amplo, deverá ser preenchido por referência à classificação internacional das doenças (ANEXO 1), da Organização Mundial da Saúde, ou ao manual

⁴ Código Penal, Almedina, 2023;

de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais da associação psiquiátrica americana (ANEXO 2). Dentro da categoria de anomalia psíquica Paulo Pinto de Albuquerque diz-nos, na anotação ao artigo 20.º do Código Penal⁵, que se incluem tanto a doença mental com base orgânica, como também as “psicoses exógenas e endógenas, a oligofrenia, as psicopatias, as neuroses, as taras sexuais, as perturbações profundas da consciência (patológicas ou não patológicas).”⁶

ii. O que sucede na jurisprudência portuguesa

Em Portugal, a jurisprudência tende a ir no sentido de considerar que as perturbações da personalidade, embora façam parte da conceção de anomalia psicológica, não se configuram como passíveis de “tornar eficiente a capacidade de autodeterminação racional no momento do crime”.⁷

O Código Penal português não nos diz que a imputabilidade diminuída deverá conduzir a uma atenuação da pena. Nesta conformidade acaba por destacar a ambivalência das características extremas de personalidade, questionando-se a sua relevância normativa, especialmente nos critérios que irão aferir a responsabilidade do agente.

Tal como referimos anteriormente, a prova pericial é essencial no processo de determinação da inimputabilidade. Não existindo esta prova, não há, sequer, ponto de partida para debater o assunto.

Isto quer então dizer que, no direito português, enquanto não for possível realizar testes que mostrem que as perturbações de personalidade podem de facto alterar a capacidade de compreensão da pessoa, no momento da prática do facto, não poderão ser relevantes para a inimputabilidade.

⁵ PAULO PINTO DE ALBUQUERQUE, *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, 3ª edição atualizada, Universidade Católica Editora, 2015;

⁶ PAULO PINTO DE ALBUQUERQUE, *Ibidem*, p. 179;

⁷ JOANA COSTA, *A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade*, in Revista Julgar n°15, 2011, Coimbra Editora, p. 80;

Com efeito, para o Direito Penal não relevam as características da personalidade que possam tornar o ser humano perigoso.

Ainda que tenhamos uma aproximação, por via da pena relativamente indeterminada (art. 83.º do C.P.) não é tanto a perigosidade do agente, mas a habitualidade ou tendência criminosa que está em causa

Conclui então Joana Costa, que “não dispondo a lei penal portuguesa que a imputabilidade diminuída deva conduzir a uma atenuação da pena ⁸, sublinha-se recorrentemente a ambivalência das características extremadas da personalidade, discutindo-se a sua pertinência normativa sobretudo do ponto de vista do preenchimento das cláusulas relativas à mensuração da responsabilidade.” ⁹

iii. Doença mental e inimputabilidade

Para além de padecer de uma doença mental, o agente terá de ser incapaz- por efeito da anomalia psíquica- de no momento da prática do facto avaliar a ilicitude deste, ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

Então, se o agente durante o momento da prática do facto não tiver consciência do crime, ou seja, se não tiver culpa, falhando o elemento fundamental da legitimidade das penas, ainda podemos dizer que o inimputável comete um mal que justifique a pena?

Em nosso entender, sem culpa não pode existir censura, e sem censura pessoal, não é legítima a punição. Reconhecemos que esta conclusão não é fácil de ser aceite pela comunidade em geral: se uma pessoa mentalmente doente mata outra, claro está que dizer que não cometeu “*um crime*” não traduz o pensamento vigente. Precisamente por isso, quem sofre de doença mental torna-se inimputável aos olhos do direito penal, na medida em que não tem, sequer, consciência do delito que comete.

Acrescenta Carlos Pinto de Abreu no seu texto *Inimputabilidade, Anomalia Psíquica e Segurança*, que “*não basta então a verificação da anomalia psíquica para se estabelecer a inimputabilidade, é ainda necessário que a anomalia psíquica conduza o agente a não ter consciência do carácter criminoso do facto ilícito. A determinação da*

⁹ JOANA COSTA, *Ibidem*.

inimputabilidade está assim condicionada à existência de dois pressupostos: um biológico (a anomalia psíquica) e um psicológico (a incapacidade de avaliar a ilicitude do facto ou de se determinar de harmonia com essa avaliação).” Isto quer então dizer que tem de existir todo um trabalho médico-psíquico, para que possamos chegar à conclusão de que a pessoa é inimputável aos olhos do nosso sistema jurídico.

Posto isto, é importante referir que a inimputabilidade do agente terá de ser avaliada relativamente ao delito cometido: é possível que um agente tenha consciência relativamente a delitos de várias espécies e lhe falte a mesma para outros. Este juízo de imputabilidade não se realiza abstratamente, na generalidade, mas apenas no concreto. Aplicamos a análise da inimputabilidade a um certo facto, especificamente. Desta forma, o facto praticado pelo agente “exclui os elementos do tipo subjetivo do ilícito e os elementos da culpa”¹⁰, naquele determinado momento. Pode acontecer que o agente tenha capacidade mental para perceber que está a cometer um tipo específico de crime, e não a ter relativamente a outros (daí ser crucial definir a inimputabilidade no momento específico e relativamente a um crime só). Figueiredo Dias dá-nos o exemplo de um agente violar alguém e, de seguida, furtar-lhe algo: neste caso, se a pessoa sofrer de uma doença – parafilia sexual - a inimputabilidade pode ser ditada relativamente ao crime sexual, mas já não em relação ao crime de furto¹¹.

No entanto, há que fazer a salvaguarda das parafilias sexuais que não estão, ainda, no âmbito da doença mental para o nosso direito penal.

O artigo 20.º n.º2 do CP aparece no nosso ordenamento como uma norma flexível, perante o regime regra do n.º1, aplicável a casos de imputabilidade duvidosa. Eduardo Correia diz-nos que este artigo “*permite a realização de um pensamento de alternatividade, ou seja, de uma aplicação de sanções em função de inimputabilidade ou imputabilidade, em que não deixará intervir a ideia do efeito que elas podem ter sobre o agente de um facto criminoso [...]*”. O agente é declarado imputável e condenado em

¹⁰ PAULO PINTO DE ALBUQUERQUE, *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, 3ª edição atualizada, Universidade Católica Editora, 2015; p. 179;

¹¹ FIGUEIREDO DIAS, *Direito Penal, Parte Geral, Tomo I, Questões Fundamentais A Doutrina Geral do Crime*, 3ª edição, GestLegal, outubro 2019;

pena, se esta sanção ainda puder satisfazer as exigências de prevenção especial, isto é as ditas exigências de socialização.

Mas para aplicação de uma sanção criminal – a medida de segurança – a um inimputável por anomalia psíquica, acresce a perigosidade do mesmo. É o que resulta do artigo 91º, 1, parte final do CP, quando se exige que exista “*fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie*”.

Em suma, o agente inimputável poderá ser sancionado de diversas maneiras, de acordo com o caso concreto, sendo que lhe poderá ser aplicada uma medida de segurança; poderá ser condenado em pena a executar num estabelecimento designado para inimputáveis; poderá ser condenado em pena relativamente indeterminada, se for declarado como imputável e a sua anomalia psíquica coincida com uma tendência para cometer crimes e poderá, ainda, não ser condenado se for declarado imputável e não perigoso¹².

iv. Inimputabilidade posterior ao momento da prática do facto

Para além do caso de a anomalia psíquica tornar o agente inimputável, como vimos, no momento da prática do facto, o direito penal ainda aborda a possibilidade do agente não ser considerado inimputável, mas, sendo condenado, se constatar que sofre de uma anomalia psíquica anterior ou posterior aos factos, colocando em causa a eficácia ou legitimidade da execução da pena de prisão.

O artigo 104.º do Código Penal abrange os casos em que o agente não foi declarado inimputável quando estava a ser julgado, mas que já padecia de doença do foro mental e nessa conformidade, vir cumprir a pena em regime comum poderá perturbar bastante a sua situação. Neste caso, o tribunal deve ordenar o seu internamento, pelo tempo correspondente à pena aplicada.

Diz-nos, por sua vez, o artigo 105.º do CP, que se a anomalia psíquica surgir depois da prática do crime, durante o momento em que o agente já se encontra a cumprir

¹² *Ibidem*, p. 181.

a sua pena, neste caso, o Tribunal determina o internamento em estabelecimento destinado ao tratamento da doença, pelo tempo que dure o resto da pena a cumprir – art.º 164º e ss. do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade.

Nestes casos, não está em causa o raciocínio “o agente não sabia que estava a cometer um crime, porque a sua doença mental o impede de ter a consciência de tal”. Posto que a inimputabilidade só surge já durante a execução da pena, a exclusão não se aplica ao momento específico do crime. Não estamos aqui a falar do exemplo dado por Figueiredo Dias (acima referenciado), do agente que, tendo cometido dois crimes, vem a ser considerado inimputável em relação a um, e não o ser em relação a outro, mas sim do caso de no momento da prática do crime o agente ser imputável, ter cometido um crime, com noção de que o estava a fazer e com capacidade de compreensão de que era um facto ilícito típico, mas depois, no momento da execução da pena, sofrer de uma doença mental e no fundo deixar de ter essa tal capacidade para compreender a pena propriamente dita e a sua função de readaptação do agente para a vivência em sociedade de acordo com o dever ser jurídico penal.

Por vezes podemos até conceber que seja o cometimento do próprio crime (especialmente nos mais gravosos) a alterar o estado psicológico de uma pessoa de modo que passe a padecer de anomalia psíquica. Analisando estas pequenas hipóteses, mesmo não existindo uma regra geral e sendo até quase impossível defini-la, somos da opinião que a inimputabilidade pós o cometimento de factos ilícitos também será relevante para a sanção aplicável. Mesmo que a pessoa, no momento da prática, esteja consciente e não sofra de uma doença de foro mental, se a desenvolver no desenrolar do processo, deverá merecer igual tratamento, para que a pena não seja inútil.

Tal como é relevante para o direito penal exercer a sua função, de forma legítima, saber se o agente tinha capacidade de perceber o crime no momento da sua prática, é igualmente relevante saber se o mesmo percebe a consequência do crime e o sentido da pena, no momento em que ela é aplicada. Estes casos de surgimento da inimputabilidade mais tarde durante o processo são dúbios tendo de ser realizada uma avaliação psiquiátrico-forense minuciosa – porque há casos em que os agentes veem a inimputabilidade como uma saída fácil, como um benefício ao qual pretendem recorrer, e o direito penal não pode admitir que a medida de segurança seja aplicada a quem desta não carece.

Se a doença for algo real mas que apenas se manifestou depois da prática do facto, ainda achamos que o agente deve ser julgado, mesmo que com regras especiais que não serão objeto deste trabalho, devendo ser tratado como inimputável no cumprimento da sua pena. De outra forma corríamos o risco de violar o princípio da dignidade humana.

Para nós, a capacidade de compreensão na área criminal será relevante tanto no momento da prática do facto, como no momento posterior, até ao final do cumprimento da pena/medida de segurança.

Portanto, em todos os casos de inimputabilidade, sejam anteriores ao momento da prática do facto, sejam posteriores, é necessário ainda referir que subjacente a este instituto, acrescenta-se também a ideia de que o agente não poderá ser “punido pela sua personalidade” (ideia defendida por Eduardo Correia, nas Atas da comissão revisora do Código Penal, em 1965)¹³. Seguindo esta linha de pensamento, se o agente padece de uma doença do foro mental, não pode ser punido, uma vez que não tem a escolha de não padecer de tal doença e conseqüentemente de perceber o sentido e a oportunidade de aplicação de uma pena. Não tendo essa escolha, não pode então escolher de que forma age ou como racionaliza a realidade quando o faz. Porém, mesmo não tendo tal escolha, ao cometer um crime acaba por ser responsabilizado à luz do direito penal, e sofre na mesma as conseqüências de tal – daí Eduardo Correia nos dizer que o agente é “inimputável pela personalidade, mas imputável ainda pelo facto”.

Em síntese, o agente deve ser capaz de avaliar o dever ser jurídico penal na prática do facto penalmente relevante, bem como, capaz de compreender o sentido da pena no nosso sistema jurídico penal, para que cumpra a sanção que lhe foi determinada.

Diferente destes casos são aqueles em que o agente se coloca na posição de inimputabilidade – a ação livre na causa (“*actio libera in causa*”). É sabido que se encontram a cumprir penas em meio hospitalar muitos dos casos psicóticos que levaram o agente a cometer um crime influenciado pelo uso de drogas, substâncias tóxicas, ou álcool.

Estas situações específicas de embriaguez e/ou ingestão de substâncias tóxicas são tratadas no artigo 295º do Código Penal, que prevê que “*quem, pelo menos por negligência, se colocar em estado de inimputabilidade derivado da ingestão ou consumo*

¹³ FIGUEIREDO DIAS, *Ibidem*, p.180.

de bebida alcoólica ou de substância tóxica e, nesse estado, praticar um facto ilícito típico é punido com pena de prisão até 5 anos ou com pena de multa até 600 dias”.

No entanto, não existe ainda nenhum artigo que relacione esta área problemática com a inimputabilidade por anomalia psíquica. Tanto as drogas como o álcool são substâncias que alteram quimicamente a forma do cérebro funcionar e que em casos de doença mental preexistente, os efeitos podem ser ainda mais intensificados (seja pela doença em si, seja pela medicação que toma devido a sofrer dela).

E como é que tratamos casos em que, no fundo, a pessoa se colocou nessa situação? Se alguém com esquizofrenia consome produtos estupefacientes, ou ingere álcool, e, devido a isso, pratica um crime, como é que se procede com esta nova informação? Será inimputável relativamente ao facto que praticou, ou como se colocou em tal posição, é declarado imputável nessa circunstância?

Acaba por ser diferente alguém agir de acordo com a sua doença mental, ou piorar o seu estado conscientemente e praticar um crime devido à conjugação dos dois. São dois os modelos que a doutrina apresenta para esta problemática: o modelo da exceção e o modelo do tipo¹⁴.

Relativamente ao primeiro, cria-se uma exceção ao artigo 20.º do Código Penal, e, portanto, ao princípio da coincidência temporal entre a inimputabilidade e o facto.

Em relação ao segundo, a execução do facto ilícito-típico inicia-se quando o agente se coloca num estado de inimputabilidade, sendo que será relevante quando for intencional, quando o agente quiser colocar-se nesse estado mental para que possa cometer esse facto. Aqui, temos, então, a hipótese de ser uma pura coincidência ter surgido um facto ilícito-típico enquanto o agente se encontrava sob o efeito de substâncias tóxicas, ou então a de ser intencional, ou seja, o agente colocou-se em tal estado para que fosse possível cometer o delito.

Figueiredo Dias debate¹⁵ sobre as duas teses, dizendo que, por um lado, o modelo de exceção viola o sentido do problema da inimputabilidade, porque faz com que esta

¹⁴ FIGUEIREDO DIAS, *Direito Penal, Parte Geral, Tomo I, Questões Fundamentais e Doutrina Geral do Crime*, 3ª Edição, GestLegal, outubro 2019, p. 689.

¹⁵ FIGUEIREDO DIAS, *Ibidem*.

seja apenas um estado momentâneo do agente e leva a que a culpa seja manipulada com intenção, com que possa haver uma culpa prévia, que representa no fundo uma “violação do conceito jurídico-penal e do princípio da culpa, uma “máscara” [...]”. Já por outro lado, o modelo do tipo é reduzido a outra ficção, porque torna-se difícil definir a conexão entre o ato e a intenção, uma vez que não é possível provar que o agente cometeria o facto se não se tivesse colocado na situação de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes. Afastamos, então, este modelo, porque no fundo não será possível provar que tal não aconteceria se não houvesse esta presença de substâncias externas ao agente.

O artigo 20.º n. 4 do Código Penal veio estatuir que a imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente, a fim de praticar o facto ilícito. Portanto, mesmo que no momento da prática do facto, o agente seja inimputável por sofrer de uma doença do foro psíquico criada pela sua ação livre, será imputável relativamente àquele crime que cometeu.

Mas, ainda assim, se a doença se agrava no cumprimento da pena – exemplo surto psicótico porque não toma medicação - o agente pode ser conduzido todo o tempo ao hospital e pode ser objeto de internamento durante a execução da pena, nos termos anteriormente perfilados.

v. A sanção criminal aplicada a inimputáveis: a medida de segurança

Cabe-nos agora distinguir a pena da medida de segurança, sendo que quando falamos de aplicação do direito penal a agentes com anomalia psíquica, no fundo estamos a referir-nos à aplicação de medida de segurança.

A perigosidade do agente faz com que lhe seja aplicada uma medida, que tem como objetivo evitar que aquele se transforme num perigo para si mesmo e para a sociedade.

O artigo 40.º do nosso CP define quais as finalidades das penas e das medidas de segurança, que se cingem à proteção de bens jurídicos e à reintegração do agente na sociedade. As penas têm, então, como pressuposto e limite, a culpa do agente e, por sua

vez, as medidas de segurança têm como pressuposto de aplicação a perigosidade criminal do agente e subjacente o tratamento possível.

As medidas de segurança são privativas sim, mas não são, forçosamente, privativas da liberdade.

O CP prevê uma e só uma medida de segurança privativa da liberdade, que é a mais relevante para o nosso tema: a medida de internamento de delinquentes inimputáveis por anomalia psíquica em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança (artigo 91.º CP). Os termos da suspensão desta medida privativa encontram-se definidos no artigo 98.º CP, que determina que o internamento cessa, assim que se alcançar a finalidade da medida.

O mais difícil será, a nosso ver, alcançar essa tal finalidade. Sendo a reinserção social o fim último da medida, garantir que o agente consegue a ressocialização significa alcançar o momento em que sua anomalia psíquica não se afigura mais como um perigo. Alcançar esse patamar que pode não consistir na cura é difícil, não só pelas vicissitudes que cada doença acarreta, mas também porque o sistema de internamento não nos parece o melhor. A nova lei da saúde mental teve mais impactos consequenciais nesse aspeto (no do momento em que se considera possível a reinserção).

A ressocialização e reinserção do agente acabam por ser os grandes problemas no tema da saúde mental, algo que iremos explorar na segunda parte.

vi. Os novos prazos da medida de segurança – fim da “pena perpétua” para os inimputáveis?

Na nota técnica sobre a nova Lei da Saúde Mental, na exposição de motivos pelos quais deveria existir uma reforma, é referido o artigo 30.º da Constituição da República Portuguesa, que nos diz o seguinte:

«1 - Não pode haver penas nem medidas de segurança privativas ou restritivas da liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida.

2 - Em caso de perigosidade baseada em grave anomalia psíquica, e na impossibilidade de terapêutica em meio aberto, poderão as medidas de

segurança privativas ou restritivas da liberdade ser prorrogadas sucessivamente enquanto tal estado se mantiver, mas sempre mediante decisão judicial (...).

5 - Os condenados a quem sejam aplicadas pena ou medida de segurança privativas da liberdade mantêm a titularidade dos direitos fundamentais, salvas as limitações inerentes ao sentido da condenação e às exigências próprias da respetiva execução.»

A ideia que o número dois referido transmite parece-nos incompatível com a plasmada no número um, porque se não pode haver medidas com carácter perpétuo ou de duração ilimitada e indefinida, como é que é então possível que esta possa ser seja prorrogada sucessivamente?

Sabemos que a nossa Constituição encerra princípios basilares que nos direitos fundamentais têm quase correspondência com os tipos legais de crime. Ou seja, os direitos fundamentais essenciais, quando atingidos, são jurídico-penalmente sancionados.

O princípio basilar neste domínio é o da dignidade da pessoa humana para que a nossa ordem jurídica seja regida consoante tais princípios nobres, mas perdem o sentido quando se prejudicam a si mesmos. Existe uma contradição desmedida entre os dois números deste artigo, porque enquanto um proíbe, o outro permite.

O artigo 92º do Código Penal, no seu número três, dizia que “se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a oito anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos até se verificar a situação prevista no n.º 1.”, o que remetia para a ideia de prisão perpétua, especificamente proibida na nossa Constituição. No fundo, as medidas eram renováveis sucessivamente, sem que houvesse um limite, ou seja, o inimputável não via sequer limite máximo da medida, ficando sujeito às sucessivas renovações que desencadeavam um total afastamento do agente da vida em sociedade e do contacto com o meio livre.

Tendo sido este número revogado pela nova lei, o inimputável passa agora a contar com um prazo máximo para a medida aplicada - aquele que está definido por lei para o crime que praticou. Passa a ter uma moldura penal concreta, e fica abolida a ideia absurda de perpetuidade da medida.

No fundo, não se dava a oportunidade de ressocialização à pessoa, o que acentuava uma grande ideia de discriminação relativamente a alguém que sofresse de uma doença mental e que, devido a tal, tivesse cometido um crime. A perigosidade, sendo algo muito abstrato e difícil de especular, não pode ser algo que persegue o agente até ao fim da sua vida, sem que seja possível este reinserir-se na sociedade e provar que já não irá cometer qualquer tipo de crime. Felizmente, hoje em dia esta alínea foi revogada, e já não estamos perante uma situação de possibilidade de medida perpétua, o que, de igual modo remete para o júízo clínico a possibilidade de o agente com doença mental poder regressar à sociedade, ainda que com tratamento ambulatorio compulsivo.

Decorre de alguma experiência prática que existem alguns inimputáveis internados, porque não são capazes de compreender que em meio livre têm de prosseguir com a medicação para que se mantenham compensados e grande parte do tratamento psiquiátrico está voltado para a doença, no sentido do agente perceber a sua doença, aceitá-la e aprender a viver com ela, ciente de que deve tomar a medicação adequada.

Também o artigo 162.º do Código de Execução de Penas foi revogado, sendo que não há então a prorrogação da medida nos termos antigos do artigo 92.º do Código Penal.

vii. A perigosidade de imputáveis como fundamento da medida de segurança

Uma das grandes alterações trazidas pela nova lei da saúde mental, foi a questão da revisão da medida, com prazos mais toleráveis, e o facto de utilizar como moldura penal a do crime cometido, como limite máximo da pena aplicável.

Parece absurdo, nos dias de hoje, termos de referir estas básicas ideias como “grandes alterações inovadoras”, quando, no fundo, afiguram-se como a base da dignidade da pessoa humana, dentro das ideias cruciais do direito penal e da sua função.

No entanto a realidade anterior era bem diferente e assistia-se a muitos casos em que a cessação do internamento era impossibilitada por um princípio de humanidade.

Trata-se de doentes mentais profundos que perderam todos os vínculos sociais e que o único vínculo social que mantêm é com a unidade hospitalar onde se encontram, já não tendo nem querendo ter expectativas de vida em meio livre, porque, por incrível que pareça

os seus laços sociais remanescentes foram criados com a instituição e sem estes não conseguem viver.

Esta alteração continua a ter como ideia fundamental a questão da perigosidade: se o agente ainda for considerado como um “perigo para a sociedade”, não poderá beneficiar do levantamento da medida de segurança. Para percebermos como tal se efetua, convém também definir o que significa esta “perigosidade”.

Elaborar um juízo sobre a perigosidade criminal do arguido não é uma tarefa fácil, porque implica uma certeza que muito dificilmente um juiz consegue ter: a certeza de que aquele agente não irá cometer crimes no futuro. Isto porque, no caso dos inimputáveis, mesmo que o tratamento tenha sido bem-sucedido, nunca é propriamente possível chegar a essa conclusão fáctica, pelo simples facto de a realidade dentro dos estabelecimentos hospitalares ser bastante diferente da que a que existe fora destes.

Cristina Líbano Monteiro diz-nos que “Não há medida de segurança desnecessária ou desproporcionada relativamente ao facto e à perigosidade, devendo escolher-se aquela que, sendo ainda suficiente, for menos gravosa para o arguido. Estes últimos princípios têm implícita uma ponderação de bens ou interesses: o da defesa da comunidade e o da liberdade do agente perigoso.”¹⁶. Esta ponderação será a que nos levará a uma medida justa, e resta então a dúvida de saber como realizar adequadamente um juízo de perigosidade criminal.

Quando é aplicada uma medida de segurança a um inimputável, significa que, de facto, se respondeu positivamente à pergunta “o agente é criminalmente perigoso” e, a partir daí, seguem-se os critérios de necessidade e proporcionalidade normais do nosso sistema jurídico. Consideramos que, com toda a ação dos técnicos e de psiquiatras forenses, seja mais fácil chegar a essa pergunta inicialmente. Ou seja, é cometido um crime e, depois de toda uma análise forense e médica, chega-se à conclusão de que a pessoa agiu devido a ter um problema de saúde mental e, a partir daí, conseguimos perceber de acordo com o tipo de crime, se o agente se afigura, ou não, como perigo para a sociedade. Achamos que a questão se complica bastante mais no momento de dar a liberdade ao agente, porque saber que é perigoso já foi dado como certo, mas saber se o

¹⁶ CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, *Perigosidade de Imputáveis e “in dubio pro reo”*, Livro 1, Coimbra Editora, abril de 1997, p. 82

voltará a ser, depois de receber os cuidados médicos, é completamente diferente. É essa a incerteza de futuro que bloqueia maior parte das pessoas que se encontram em estabelecimentos prisionais hospitalares.

Nesta conformidade há que permitir o risco que é viabilizado aos agentes imputáveis que com penas superiores a seis anos de prisão, desde que consintam, saem em liberdade após cumpridos cinco sextos das penas. Tal como a liberdade condicional para os imputáveis, a liberdade para prova para os inimputáveis poderia ter uma regra semelhante, passando a responsabilidade do sistema penal para o sistema de saúde (toma da medicação em ambulatório, se necessário, compulsivo, terapia ocupacional e organização de tempos livres são alguns dos exemplos).

Temos, na nossa vida jurídica, uma ideia persistente, e que faz com que a dúvida persista: “[...] nenhum conteúdo normativo é puramente norma ou puramente facto.”¹⁷. Cristina Líbano Monteiro pega até no mais básico do direito penal, o ato de matar alguém. Matar apenas é crime quando se imputa à ação o resultado, mas há claramente casos em que mesmo que haja morte, existe ao mesmo tempo a “exclusão de um nexa homicida”. Esta ideia prende-se com outra, que a nosso ver é ainda mais real no âmbito da saúde mental, porque quando alguém sofre de uma doença, há canais transmissivos que estão danificados, ou seja, há uma falsa conexão entre a realidade e aquela realidade que apenas aquela pessoa vive dentro de si.

Daí ser tão difícil dizer, sem dúvidas, que a pessoa cometeu um crime, e nesta conformidade o direito se refere a estes casos como de “inimputabilidade”, porque embora possam ter preenchido com a sua atuação os elementos típicos de um crime, acaba por não ser um crime imputável ao agente do ponto de vista subjetivo.

No fundo trata-se imputar a alguém uma ação com relevância jurídico penal que, no fundo, ela acha que não praticou ou não se apercebe de o ter feito.

Porém, ainda que seja difícil a imputação nestes casos, a perigosidade revela-se como o impulsor para que seja tomada uma medida, seja de que forma for.

¹⁷ CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, *Ibidem*.

Para analisar a perigosidade de um agente, teremos de perceber quais são os modelos existentes, e relacioná-los com o princípio “in dúbio pro reo”.

Entre a Escola Clássica e a Escola Positiva, houve uma grande mudança no pensamento relativo à personalidade do delincente. A segunda escola veio transmitir que seria um erro assumir que os seres humanos são iguais entre si e que associar um tipo de doença a uma pessoa não era suficiente para caracterizar a sua perigosidade. “Para um positivista, a única «imputabilidade» que verdadeiramente releva define-se pela resposta afirmativa à pergunta: o ato é expressão da personalidade do agente, algo que não lhe foi imposto à força por outros? [...]”. A nosso ver, a citação deveria ser alterada para “é expressão da doença mental do agente”, porque no fundo pode não advir da sua personalidade.

A personalidade não se confunde com a doença. A doença é algo medicamente comprovado, não foi escolha do agente. Porém, deixado de lado tal problema, os ensinamentos da escola positivista tiveram os seus frutos: de facto, a ideia de crime e personalidade não se equivalem e a perigosidade não é algo palpável¹⁸.

A perigosidade terá de ser entendida, então, como a probabilidade de voltar a cometer factos ilícitos – o que nos leva ao grande problema dos juízos de prognose. O problema advém da palavra “probabilidade”, que nem sequer pode ser matematicamente resolvida e nem é uma ideia fixa, na qual existem parâmetros de decisão. Chegamos sempre à conclusão de que a análise da perigosidade tem de ser casuística e, mesmo assim sendo, o caso concreto pode conter o seu fator surpresa, que nem o psiquiatra forense nem o juiz poderão prever.

Na análise da perigosidade, o primeiro objetivo é a defesa de bens jurídicos, que são preservados no caso de não haver perigo de que tal não aconteça. Assim, se o agente não constituir perigo relativamente aos seus bens jurídicos, ou aos de terceiros, a defesa está assegurada, porque não há indícios que nos digam que estes vão ser colocados em causa. Diz-nos Figueiredo Dias que “[...] só existe perigosidade «quando se verifique o fundado receio de que o agente possa a vir praticar factos da mesma espécie do ilícito típico» que está na base da intervenção estadual.”, ou seja, o juiz fica com uma previsão de futuro

¹⁸ CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, *Perigosidade de Inimputáveis e In Dubio Pro Reo*, Livro 1, Coimbra Editora, abril de 1997, p. 89.

baseada na probabilidade. Mas o mesmo sucede com a aplicação de uma pena para alcançar a readaptação do condenado que por efeito dissuasor da pena não cometerá mais crimes.

É a linha entre o passado, o presente e o futuro que se torna bastante difícil de definir, porque no passado ocorreu um crime, no presente julga-se por tal crime, e no futuro espera-se que não volte a acontecer. É uma ideia idílica, mas acaba por ser a base de todo este sistema de definição da perigosidade do agente.

Fala-se de perigosidade objetiva e subjetiva e, enquanto na primeira o perigo nasceu e esgotou-se na conduta praticada pelo agente, na segunda o perigo acompanha o próprio agente, enquanto o seu estado subjetivo não for diferente. São utilizados dois juízos de prognose: póstuma, para a perigosidade da ação, e simples, para a própria perigosidade do agente. Mesmo assim, o grau de incerteza é diferente caso a caso, e Cristina Líbano Monteiro agrupa em duas vertentes relativamente ao problema da prognose: “[...] a do método que torne credível a precisão e a da definição da dúvida razoável (aquela dúvida que vimos acionar o princípio «in dubio pro reo».”¹⁹

Em direito penal, são várias as teorias sobre os fins das penas. Porém, para o tema, deixaremos a análise teórica de lado e iremos focar-nos apenas na questão da prevenção especial.

Na teoria relativa, são dois os tipos de prevenção: prevenção geral e prevenção especial. Abordando apenas o tipo de prevenção positivo (porque na realidade, é o sentido em que vai de facto o fim da pena no nosso ordenamento jurídico), temos como finalidade a integração do agente novamente na sociedade – prevenção geral – e a socialização deste – prevenção especial.

Para nós, no domínio da saúde mental, a prevenção geral e especial positiva relacionam-se com a ideia de dar ao cidadão a possibilidade de se reintegrar, depois de receber o tratamento necessário, o que se distingue bastante de situações fora do domínio da saúde mental. Ora, para que haja essa tal reintegração, e para que a pena cumpra o seu fim, é necessário que o agente entenda a pena em si, o que não sucede nos casos de inimputabilidade.

¹⁹ CRISTINA LÍBANO MONTEIRO, *Ibidem*, p. 92.

Como cumprir uma pena, sem que o seu fim esteja a ser alcançado? Fará sentido, em todos os casos de inimputabilidade, a aplicação de uma pena a quem não consegue sequer ter a capacidade de compreensão da situação em que está?

Basicamente, é a perigosidade que nos vai dar a resposta ao porquê de ser aplicada uma medida a quem não tem a capacidade para sequer a compreender: a medida serve para proteger a sociedade, e para proteger o próprio agente, quando este se afigura como um perigo tanto para si como para os outros. Chega até a funcionar como uma medida preventiva, porque a intenção é impedir que o inimputável cometa qualquer tipo de crime, ou que se coloque em situações prejudiciais para os outros e para si, devido à sua anomalia psíquica.

Porém, isto faz-nos questionar se o verdadeiro motivo para que haja aplicação de medidas de segurança não é afinal proteger-nos a nós, sociedade, mais do que propriamente o agente. A resposta varia, como seria normal, de caso para caso, sendo que em qualquer um deles, há sempre uma justificação que torna possível esta retirada de liberdade. Após ter contacto direto com um centro de internamento psiquiátrico-forense (Pavilhão Forense no Hospital Júlio de Matos), percebemos que existem de facto casos em que a pessoa só é colocada num destes estabelecimentos porque se afigura como perigoso para si, e não propriamente para os outros. Por outro lado, há também casos em que se aplica de facto uma medida de segurança puramente preventiva, a quem ainda não cometeu qualquer tipo de crime, de forma que não haja sequer possibilidade para que tal suceda. É uma forma de proteção, que nos custa aceitar sem reservas, porque não consideramos completamente lógico que uma matéria deste teor ganhe corpo no direito penal, opinião que fundamentaremos mais adiante.

Posto tudo isto, para que consigamos dar corpo ao pensamento das medidas aplicáveis aos inimputáveis, convém sabermos quais são os tipos de doenças consideráveis neste tema, porque apesar da lei ter como nome “Lei da Saúde Mental”, nem tudo o que abrange a saúde mental é relevante na esfera penal.

viii. O artigo 106.º - a doença mental no momento de execução da pena

Quando dizemos, ao longo desta dissertação, que seria mais louvável colocar o regime da saúde mental fora do direito penal – ou seja, agrupar num documento à parte e único de saúde mental – não queremos deixar de mencionar que o legislador já fez a sua parte, no que toca à execução da pena, quando elaborou o artigo 106.º do Código Penal.

Este artigo está construído para os casos em que o agente não consegue compreender a pena, mas também não é propriamente perigoso, o tribunal pode suspender a execução da pena, sem fixar um prazo para esse efeito (sendo que o prazo máximo da suspensão da execução será a duração dependente da possível recuperação do agente). Ou seja, enquanto o inimputável assim o for, enquanto não tiver a capacidade de compreensão, beneficiará da pena suspensa, sendo que se melhorar e se ganhar novamente tal capacidade cognitiva, essa suspensão termina. Quando cessa então essa incapacidade, o agente volta a cumprir a sua pena de prisão, porque voltamos a entrar no domínio do direito penal (enquanto quando não existir tal compreensão, a nosso ver não devíamos entrar dentro deste instituto de direito).

O acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 29/02/2024, processo n.º 9153/21.3T8LSB, permite-nos perceber que o artigo 106.º do CP vai de encontro ao que defendemos, e faz-nos chegar à conclusão que a crítica que tecemos ao regime foca-se no que existe no momento da prática dos factos, e não no da execução da pena. Diz-nos então, o acórdão, que *«O texto atual desta disposição penal corresponde ao do DL n.º 48/95, de 15 de março, ex art. 105.º do texto de 1982, sem alterações relevantes. A fonte da disposição é o artigo 125.º, § 2.º, do projeto de revisão do CP de EDUARDO CORREIA.*

Como sucedia com o artº 105.º do texto de 1982, permitia-se que se suspendesse a execução da pena de prisão «até cessar o estado que fundamentou a suspensão». Importando, pois, que a anomalia psíquica post delictum não gerasse perigosidade criminal do agente, nem a sua inaptidão ao regime dos estabelecimentos comuns.

Uma vez que não haja perigosidade, nem tão-pouco a continuação do cumprimento da pena, se já iniciada, dado que esta perde o seu sentido ressocializador, tornando-se injustificável o internamento em estabelecimento de inimputáveis. Por isso se previu nesta norma a possibilidade de suspensão da execução da pena, até que cesse o estado de anomalia psíquica que lhe serve de base, findo o qual ocorrerá o reexame da situação

para se saber qual a solução mais indicada de entre as dos n.ºs 2, 3 e 4 do art. 99.º (eventual liberdade condicional e substituição por trabalho a favor da comunidade).

*Na Comissão Revisora do Projeto de 1991 quanto à anomalia psíquica posterior (...) gerando uma inadaptação ao regime prisional comum, foi assinalada a tradição penal portuguesa, que tem reclamado este regime especial, de suspensão da execução da pena, para ter lugar o tratamento, também no caso do artigo em referência. **A ideia base subjacente a este regime é a de que há aqui uma espécie de incapacidade para a percepção do sentido da pena que o indivíduo tem de cumprir. Porquanto não tem, então, sentido sujeitar um indivíduo ao cumprimento de uma pena de prisão, o melhor caminho é proceder ao seu tratamento, suspendendo-se a execução da pena, com oportuno cumprimento do que dela restar quando tiver cessado o estado de anomalia psíquica, valendo também aqui todas as razões de vicariato-** Foi ainda referido na mesma Comissão Revisora que a anomalia psíquica deve ser aquela que impede a execução de uma pena com sentido para o delincente. (sublinhado nosso). Cabe ao Estado, interessado em que a execução da pena atinja as suas finalidades, ocupar-se do tratamento da anomalia e, durante o mesmo, o mesmo Estado já está a ocupar-se do delincente, o que, em consequência, legitima que esse período deva ser imputado na pena».²⁰*

Posto isto, voltamos a frisar que achamos bem construído este artigo que incide sobre a inimputabilidade no momento da execução da pena, sendo que no que toca à relevância penal da inimputabilidade no momento da prática do facto, talvez o direito penal não deva ser quem detém a égide do problema que poderá passar para o âmbito da saúde *tout court*, ainda que se possam pedir algumas providências judiciais quando estão em causa direitos garantias e liberdades, designadamente o regime de tratamento ambulatorio coercivo para os casos em que o doente não tenha a noção que tem que ser tratado e tomar medicação.

Ao direito penal apenas competiria a determinação da inimputabilidade, com base na perícia, quer no momento da prática do facto, quer no momento do cumprimento da pena.

Se o agente não compreende, mercê da doença, que agiu mal. Se o agente não compreende o alcance e o sentido da pena, deve ser entregue ao regime de saúde competente para o fazer entender a sua doença e a necessidade de tratamento.

²⁰ Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 29/02/2024, processo n.º 9153/21.3T8LSB.

ix. A dignidade da pessoa humana em conflito com a inimputabilidade

Como referimos logo no início, a exigência de culpa do agente como pressuposto da punição é uma manifestação do princípio da dignidade da pessoa humana. Sem culpa não existe fundamento para censurar o comportamento de alguém legitimando a aplicação de uma sanção criminal.

Se é assim, a possibilidade de aplicar uma sanção privativa da liberdade a alguém inimputável viola o princípio da dignidade da pessoa humana. Está claro que se alguém comete um crime, terá de ser punido por tal, mas se o que define o crime é ser um facto ilícito típico e culposo, quando a culpa é excluída, como poderemos censurar essa pessoa com uma privação de liberdade?

Como se justifica excluir do direito penal os inimputáveis em razão da idade, tendo estes muitas vezes consciência do seu comportamento, embora com uma personalidade ainda em formação, e não os inimputáveis em razão da anomalia psíquica?

O nosso Código Penal estabelece que o princípio da culpa é a base do direito penal, uma vez que é o suporte para que possa ser aplicada uma pena. A ideia de “nulla poena sine culpa” vem reconhecer a dignidade da pessoa humana, estabelecida no artigo 1º da nossa Constituição da República. “*Ao basear a República na dignidade da pessoa humana, nada, no nosso direito, poderá revelar um esquecimento, puro e simples, do homem como sujeito. Isto é, uma conceção do ser humano que o prive de autonomia, por um lado, ou o faça ser só objeto de relações de domínio, máximo estadual, por outro lado.*”²¹ Desta forma, a culpa como pressuposto do crime é a única justificação plausível, ou a única forma para que seja possível privar de liberdade alguém sem colocar em causa o princípio da dignidade da pessoa humana. A Constituição autoriza a restrição de direitos, liberdades e garantias no âmbito do direito penal, porém, só se existir a culpa como fundamento.

²¹ JOSÉ SOUTO DE MOURA, *Sobre a inimputabilidade e a saúde mental*, discurso proferido na Abertura do Curso de Mestrado em Medicina Legal, na aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004;

Para que possamos dizer que existe um crime, o facto terá de ser típico e ilícito, além de culposo, mas a razão pela qual a culpa não pode ser apenas retirada deste raciocínio acaba por ser o facto de que, se fossem apenas necessários esses dois caracterizadores, podíamos incorrer em “apenas construir um direito penal de resultados danosos”²². Nesta conformidade retiraríamos do direito penal toda a sua dimensão subjetiva, deixando a objetiva controlar o que é visto como crime. E de que vale um direito penal que olha para as situações de forma objetiva, se o grande objetivo final é a ressocialização?

No fundo, é na parte subjetiva que se define a linha entre haver ou não pena aplicável, depois de sabermos que foi cometido um crime, e que se avalia a capacidade de compreensão do agente, e se a pena surtiu os seus efeitos, para que ele não volte a infringir a lei. O elemento objetivo liga a pessoa ao ato criminoso praticado e permite que se faça a imputação ao agente concreto, não apenas numa forma circunstancial ou fáctica: «Não basta, pois, falar de “juízo de atribuição do facto ao agente” ou de “imputação subjetiva” em termos de mera causação biopsicológica. Essa atribuição ou imputação impregnam-se de ingredientes de teor emocional que acompanham o juízo de desvalor, a censura ou a reprovação dirigida ao agente. E, no entanto, quando se pretende fugir à aceção clássica da culpa, fundada na presumida liberdade do agente, e se apela só à “necessidade de que o homem suscetível de ser motivado pelas normas tenha que responder pelos seus atos que as violaram”, está-se necessariamente a cair numa conceção do homem como ser livre.»²³. Tal justifica o facto de a culpa ser um elemento essencial na teoria do crime, para que atentemos contra o princípio da dignidade da pessoa humana na aplicação da pena.

Ou seja, se a culpa tem esta relevância no nosso Direito Penal, e se é a chave para abrir a porta da aplicação de penas privativas da liberdade a quem pratica crimes, sem culpa não há pena. De outra forma atentaríamos contra a dignidade da pessoa.

No caso das pessoas inimputáveis por anomalia psíquica, parece-nos ser o que acontece.

²² JOSÉ SOUTO DE MOURA, *Ibidem*;

²³ JOSÉ SOUTO DE MOURA, *Ibidem*.

Chegamos, enfim, à conclusão, que aplicar uma pena ou medida de segurança restritiva dos direitos, liberdades e garantias a quem não tem culpa no crime que cometeu, que não preenche todas “caixas” necessárias para que possamos ir contra o que está estabelecido na nossa Constituição, não se afigura como possível dentro dos princípios orientadores do nosso direito.

Sobre tal pronuncia-se ROXIN, dizendo que «não se trata aqui de formular declarações ontológicas antes de um postulado político-criminal dirigido aos julgadores: “Deveis tratar o cidadão, em virtude da sua liberdade, como pessoa capaz de uma decisão autónoma e de responsabilidade, sempre que a sua capacidade normal de motivação não esteja anulada por perturbações psíquicas [...]”»²⁴. Isto significa que quando o indivíduo não possui, por sofrer de uma doença, dessa tal capacidade de tomar uma decisão autonomamente e responsabilmente, não lhe poderá ser atribuída culpa relativamente ao crime que cometeu.

x. Compatibilizar a defesa da sociedade e a exclusão do inimputável em razão da anomalia psíquica do âmbito do direito penal

Mas, será adequado excluir do direito penal aqueles que, embora incapazes de entender o seu comportamento ou de se motivar de acordo com o direito, por anomalia psíquica, são perigosos e como tal podem lesar gravemente bens jurídicos de valor elevado?

No caso dos menores já sabemos que sim. O legislador exclui os mesmos do direito penal, criando um direito tutelar educativo para assegurar a defesa da sociedade através da educação para o direito (embora na prática possa implicar uma privação de liberdade sendo que a pena de prisão também visa, não a “educação”, mas a reinserção do agente no sentido de obstar à repetição de comportamentos criminosos).

²⁴ JOSÉ SOUTO DE MOURA, *Ibidem*.

E no caso dos portadores de anomalia psíquica perigosos? Será que é possível assegurar a defesa da sociedade sem desrespeitar o princípio da dignidade da pessoa humana?

A resposta é positiva e encontramos-la na lei de saúde mental.

II. Segunda parte: Saúde Mental e tratamento - a lei de saúde mental perante a doença mental

a. Saúde mental

A lei anterior não definia conceitos cruciais, como “doença mental”, que seria o principal a ser desmistificado, enquanto a nova lei define no seu artigo 2.º três conceitos importantes, definindo saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar as suas próprias capacidades, de lidar com as tensões normais da vida, de trabalhar de forma produtiva e de contribuir para a sua comunidade”. A definição anterior focava-se apenas na ausência de doença mental, o que era bastante redundante.

b. As doenças de saúde mental

Um dos grandes problemas da saúde mental no âmbito do direito é saber quais são as doenças relevantes no campo da inimputabilidade. Apesar da existência do DSM-IV-TR²⁵, para alguém que não tenha conhecimentos psiquiátricos torna-se difícil perceber em que contornos é que as doenças mentais se desenvolvem, em que termos podemos dizer sem dúvidas que alguém sofre delas, e em que medida é que sabemos que o diagnóstico é realizado de forma minuciosa, sem erros, para que possamos chegar à conclusão da exclusão de culpa. A nós, cabe-nos dar umas pequenas ideias sobre alguns tipos de doenças, as mais comuns dentro do espectro da inimputabilidade por anomalia psíquica, para tomarmos consciência de quais são os casos abrangidos pela nossa Lei da Saúde Mental.

Antes de mais, teremos de dizer que a compreensão deste tema necessita de bases fortes no domínio da psiquiatria, portanto, iremos abordar as várias perturbações numa

²⁵ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, 4.ª Edição, Texto Revisto, Climepsi Editores.

lógica muito mais simplista, visto que temos mais interesse em perceber se podem ou não ser tidas em conta no nosso sistema jurídico-penal.

Joana Costa, juíza do Tribunal Constitucional português, publicou na Revista Julgar um pequeno ensaio sobre *A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade*, para perceber em que medida a presença de tal perturbação poderá ter influência no domínio da imputabilidade do agente de um crime e em que critérios poderá ter então relevância.

No entanto, as perturbações da personalidade mostram-se por ora afastadas da inimputabilidade. Em primeiro lugar, porque sendo da personalidade, a cura ou medicação é difícil. Em segundo lugar, porque são maioria imputáveis, e ainda que sofram de uma perturbação, essa não os impede de fazer a distinção entre o bem e o mal, porque não estamos no campo da doença mental, que altera a forma como se processa a capacidade de tal diferenciação, por ser algo alheio à pessoa, e ligado à doença. . O exemplo padrão destes casos são as diversas parafilias sexuais, cujos agentes dos crimes ainda são punidos com penas de prisão.

Esta temática coloca os dois pés em dois domínios diferentes: o da justiça penal e o da ciência psiquiátrica e cabe-nos a nós perceber como é que se conjugam. Este processo torna-se complicado, uma vez que hoje em dia existe cada vez mais uma “tendência para o pluralismo interpretativo”, o que faz com que haja bastantes contrastes entre estudos e opiniões, que levou a doutrina italiana a denominar este problema como “crise do conceito de imputabilidade”.

O artigo 20.º n.º1 do nosso Código Penal estabelece que uma pessoa é considerada inimputável quando, devido a uma anomalia psíquica, é incapaz no momento da prática do facto, de proceder a uma avaliação sobre a ilegalidade do mesmo ou de agir de acordo com essa capacidade avaliativa. É consensual na doutrina penal que são requisitos para a inimputabilidade a presença de anomalia psíquica, a incapacidade de avaliar a ilegalidade do ato no momento da prática do facto e a existência de uma relação de causalidade entre a anomalia psíquica e essa incapacidade. Este artigo, delineado por Eduardo Correia no Anteprojeto de 1963, teve como fonte Kurt Schneider, que tinha como centro nas suas teorias o princípio segundo o qual, “para efeitos do estabelecimento da inimputabilidade., apenas deveriam relevar os casos de doença mental efetiva, excluindo-se a relevância das reações vivenciais anormais, das perturbações dos impulsos e das perturbações da

personalidade (psicopatias).”. Estas conclusões tinham por base uma classificação tripartida das anomalias mentais: psicoses endógenas, psicoses exógenas e, por fim, todas as outras perturbações de natureza não psicótica.

Primeiramente, as psicoses exógenas teriam uma origem física comprovada, ou seja, teriam por denominador comum “comportarem, fenómenos psíquicos inexplicáveis num quadro de vida psíquica normal” (“fenómenos de corte, ou rasgão, na continuidade e sentido da vida”) e terem a sua origem numa lesão exterior à mente.²⁶ Aqui, poderiam incluir-se doenças como a síndrome de Down e a doença de Alzheimer, que se caracterizam pela “morte progressiva de células cerebrais”, que leva a que se perca a capacidade de raciocínio, memória ou de formular pensamentos lineares. Compreende, também, as chamadas doenças de origem traumática, como traumatismos encefálicos decorrentes de acidentes, que afetam a massa encefálica, especialmente a dos lóbulos frontais, que levam ao “comprometimento das emoções”.

Já a classificação relativa às psicoses endógenas abarca as condições de saúde mental que se presumem ter uma origem física, aquelas para as quais, até ao momento, não foi possível vincular comprovadamente a uma causa externa de origem física ou ambiental. De acordo com a maioria dos especialistas em psiquiatria, estas condições seriam consideradas patogénicas, pressupondo ter base numa disfunção cerebral e, conseqüentemente, localizando-se dentro do domínio mental. Esta categoria compreende doenças como a bipolaridade, esquizofrenia, entre outras.

Por fim, na última categoria incluir-se-iam as reações a vivências anormais, como as neuroses, perturbações dos impulsos ou da sexualidade, como o masoquismo, exibicionismo e as perturbações de personalidade²⁷. Segundo Schneider, estes últimos distúrbios não poderiam ser integrados no conceito de doença, que seria então preenchido por perturbações de origem física ou orgânica, demonstrada ou presumida.

A exclusão das perturbações de personalidade e outras variações de possíveis causas de inimputabilidade era fundamentada pelas seguintes razões: a primeira tinha por base a dificuldade de as demonstrar empiricamente; a segunda na impossibilidade de as

²⁶ JOÃO CURADO NEVES, *A Problemática da Culpa nos Crimes Passionais*, Coimbra Editora, 2008, p.27;

²⁷ JOÃO CURADO NEVES, *ibidem*, pg.. 24.

quantificar, e a terceira em objeções de natureza político-criminal, sustentadas na suposição de que os perpetradores dos crimes mais graves tendiam a ser relacionados com portadores de perturbações da personalidade do que com doentes mentais. Isto sugeria então que a inclusão deste tipo de anomalias poderia, de uma forma não desejável, resultar em situações de impunidade nos casos de crimes mais graves. Assim, segundo a visão sustentada por Schneider, as perturbações da personalidade seriam apenas simples variações da vida psíquica saudável, ou pequenos desvios em relação a uma norma de equilíbrio psíquico, relevando então pouco interesse para a psiquiatria.

Porém, apesar da influência significativa das teses de Schneider na discussão dentro da doutrina penal e psiquiátrica alemã, o Código Penal alemão optou por adotar uma posição distinta: equiparou todas as perturbações mentais no que diz respeito à inimizabilidade. O critério decisivo das causas focou-se nas consequências, e estabeleceu-se que qualquer anomalia psíquica poderia resultar na inimizabilidade do agente, desde que o privasse da capacidade de entender a ilicitude do ato, ou de se comportar de acordo com tal percepção. Deste modo, além do requisito donexo causal, o Código Penal alemão condiciona a inimizabilidade a dois requisitos essenciais cumulativos: a presença de uma perturbação mental, equivalente ao conceito de anomalia psíquica no nosso artigo 20.º, n.º 1 do Código Penal português e a constatação, no momento da prática do facto, da incapacidade para compreender a ilicitude do ato, ou de agir de acordo com tal compreensão.

Porém, ao contrário do que acontece no Código Penal português, o artigo 20.º do Código Penal alemão enumera quatro tipos de perturbações mentais, sendo que o último terá sido construído sob a forma de cláusula residual aberta: i) *perturbação psíquica doentia*; ii) *perturbação profunda da consciência*; iii) *fraqueza de espírito (diminuição mental)* e iv) *outra grave anomalia psíquica*.²⁸

Na formulação do Anteprojeto do Código Penal de 1982 existiu um debate que premiou a doutrina psiquiátrica e penal na Alemanha em relação às teorias de Schneider. Neste contexto, Eduardo Correia achou ser mais prudente e preferível adotar um modelo de inimizabilidade que não implicasse propriamente a exclusão de nenhuma das perspectivas em conflito. No que dizia respeito ao requisito psicopatológico, a opção tomada recaiu numa solução normativa inspirada naquela que acabou por prevalecer no

²⁸ JOÃO NEVES CURADO, *ibidem*, p.23.

Código Penal alemão. Esta solução expressou-se por meio de uma formulação estruturada sob o conceito amplo de anomalia psíquica, dando permissão à inclusão tanto de doenças mentais com origem física comprovada ou presumida, como às demais variações ou anomalias psíquicas.

Quanto ao requisito biológico da inimputabilidade, o autor do Anteprojeto optou por uma designação ampla, ao invés de uma enumeração exaustiva das doenças e estados psíquicos anómalos. Esta opção justificou-se por ser difícil, se não até impossível, realizar uma enumeração completa e sem falhas de todos os casos de doenças mentais. Inspirando-se no Código Penal francês, acabou por ser mencionada como critério a “loucura”, sendo então um conceito abrangente e geral, porque seria uma tarefa árdua chegar ao seu significado literal. Atualmente, existe uma amplitude grande no que toca aos tipos de doenças e estados psíquicos anómalos, que poderiam fundamentar a inimputabilidade, embora ainda haja discussões intensas sobre as fronteiras – especialmente no que diz respeito às neuroses.

Este problema de escolher o conceito utilizado não iria resolver propriamente a questão fundamental da determinação das doenças englobáveis, mas Eduardo Correia dizia que a existência dessa questão (a de saber se certas doenças são ou não inseríveis no âmbito) acabava por ser um dos problemas mais controversos da ciência psíquica. Argumentou, então, que seria unânime considerar como doenças as psicoses de qualquer espécie, mas já quanto às psicopatias, levantava-se uma discussão entre Schneider (que não as considerava doenças), e Bumke e Kretschmer, que as consideravam doenças de transição. Todos estes problemas levavam um bocadinho ao inevitável: o direito penal iria ter de tomar partido numa questão que era puramente médica, mas que no fundo acabava por ser relevante na forma como iríamos, no futuro, tratar o tema da inimputabilidade.

A escolha de definir o elemento psicopatológico da inimputabilidade através do conceito de anomalia psíquica refletiu, portanto, a intenção de utilizar formulações abertas nesse domínio, passíveis de serem incorporadas por outras várias disciplinas científicas. Isso excluiu a adesão do ordenamento jurídico a uma corrente específica, não apenas por se entender que o legislador não deveria intervir em disputas dentro de uma área científica específica, mas também para se evitar a adoção de uma fórmula que

poderia revelar-se baseada numa conceção científica errada ou até desatualizada, ou que se pudessem gerar problemas excessivos de aplicação prática.

Empregar este conceito normativo com um alto grau de indeterminação teve a vantagem de garantir a abertura do ordenamento jurídico-penal à assimilação, tanto dos conteúdos provenientes de outras várias áreas científicas, com os resultados do processo de evolução e revisão crítica, ao qual essas áreas estão constantemente sujeitas. Porém, a circunstância do conceito de anomalia psíquica não possuir qualquer correspondência concetual ou terminológica nos discursos da psiquiatria ou psicologia, levou inevitavelmente à abertura de outra linha problemática relacionada com o tema mais amplo do relacionamento entre a justiça penal e a psiquiatria.

Partindo desse plano problemático, a questão que será aqui explorada diz respeito a saber se, no nosso contexto jurídico-penal, o propósito subjacente à escolha do conceito aberto de anomalia psíquica em detrimento de outras que são alternativas foi concretizado conforme concebido pelo autor do nosso Anteprojeto. Mais diretamente ainda, a análise irá procurar discernir se, no que se refere às perturbações da personalidade, o conceito de anomalia psíquica revelou, do ponto de vista jurisprudencial, a abertura pretendida pelo legislador penal ao pressuposto psicopatológico da inimputabilidade. Ou seja, quais são as implicações deste conceito amplo e aberto?

Para responder a tal pergunta, teremos de perceber em que medida as perturbações da personalidade podem incidir sobre o estabelecimento da inimputabilidade por via da “afetação da capacidade de querer e de entender do autor de um facto típico ilícito” e em que critérios.

c. As perturbações da personalidade

Vamos partir do manual de psicodiagnóstico, o DSM-IV-TR, que assenta em critérios sintomatológicos.

De acordo com o DSM-IV-TR, a perturbação da personalidade caracteriza-se por um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se afasta notavelmente das expectativas culturais individuais. Este padrão reflete desvios extremos, ou significativos, na forma como os indivíduos percebem, pensam, sentem e especialmente na forma como se relacionam com os outros, em comparação com o modo típico ou comum numa cultura específica. Este padrão comportamental manifesta-se em pelo menos duas das seguintes

áreas: a cognição, ou seja, as formas de percepção e interpretação de si mesmo, dos outros e dos vários tipos de eventos; a afetividade, isto é a variedade, intensidade, labilidade de adequação da resposta emocional; funcionamento interpessoal e controlo dos impulsos. É um padrão constante, persistente, e inflexível, não atribuível aos efeitos fisiológicos diretamente causados pelo consumo de substâncias específicas – como drogas ou medicamentos – ou por uma condição médica geral, como a que ocorre após um traumatismo craniano. Este padrão abrange uma ampla gama de contextos pessoais e sociais, resultando em sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disto, o padrão é estável e de longa duração, podendo ter início na adolescência ou no início da idade adulta.

Segundo o DSM-IV-TR, são dez os tipos de perturbações de personalidade que se destacam, estando estes repartidos em três conjuntos (“*clusters*”) distintos. O primeiro, designado como *Cluster A*, que agrupa: : “i) a perturbação paranoide da personalidade, que se caracteriza por um padrão de desconfiança e suspeição injustificada na interpretação das motivações e comportamentos alheios e pela tendência para a atribuição a terceiros de propósitos deliberadamente humilhantes ou ameaçadores, designadamente no que diz respeito à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual, bem como por uma sensibilidade exagerada a contratempos e persistente conservação de rancores; ii) a perturbação esquizoide da personalidade, que exprime um padrão de alheamento da vida social e de restrição da expressividade emocional, acompanhado por sentimentos de desconforto relativamente às formas de interação humana, incluindo as que ocorrem no contexto familiar; e iii) a perturbação esquizotípica da personalidade, consistente num padrão de desconforto agudo no relacionamento próximo, distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, com correspondência em deficits sociais e interpessoais.”²⁹

Segue-se o "Cluster B", que categoriza indivíduos com traços "dramáticos, emocionais ou inconstantes", incluindo: i) transtorno de personalidade antissocial (também conhecido como psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial), caracterizado por um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros,

²⁹ Joana Costa, A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade, in Revista Julgar nº15, 2011, Coimbra Editora, p. 59.

falta de remorso ou indiferença em relação a ações prejudiciais a terceiros, juntamente com impulsividade, irritabilidade e agressividade acentuadas; ii) transtorno de personalidade *borderline*, caracterizado por instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, alternando entre idealização e desvalorização extremas, impulsividade pronunciada e raiva inadequada ou intensa; iii) transtorno de personalidade histriônica, marcado por uma excessiva expressão emocional e busca por atenção, muitas vezes acompanhada de desconforto quando não alcançada; e iv) transtorno de personalidade narcisista, manifestando-se com sentimentos grandiosos sobre si mesmo, necessidade de admiração e falta de empatia, refletindo-se em fantasias de poder ilimitado e exigência excessiva de admiração.

O Cluster C, por sua vez, engloba indivíduos com características "ansiosas e medrosas", incluindo: i) transtorno de personalidade evitativa, caracterizado por inibição social, sentimentos de inadequação e sensibilidade exagerada à avaliação negativa; ii) transtorno de personalidade dependente, marcado por comportamento submisso e uma necessidade exacerbada de cuidados dos outros, dificuldade em tomar decisões sem aconselhamento excessivo; e iii) transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, caracterizado por preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal em detrimento da flexibilidade, abertura e eficiência.

Quando pensamos em todas as doenças incluídas nos três grupos acima mencionados, é fácil estabelecer uma relação entre os efeitos destas e a prática de crimes. Os momentos de raiva, de desassociação ou de indiferença, levam a quadros criminais como os que temos – “crimes sem razão ou de curto-circuito”.³⁰ Estes casos são muito comuns, como indica “um estudo relativamente recente, realizado a partir de inquéritos efetuados num universo de 22.790 reclusos, em 12 distintos países, revelou que, entre os reclusos avaliados, a percentagem daqueles que sofriam de distúrbios da personalidade era superior a 50%, ascendendo a 65% o número de homens afetados (47% com perturbação antissocial) e a 42% o número das mulheres atingidas (21% com perturbação antissocial)”.³¹ Estas estatísticas fazem-nos pensar que é muito comum nos agentes

³⁰ JOANA COSTA, *Ibidem*, p. 60;

³¹ FAZEL, S. e DANESH, J., “Serious Mental Disorders in 23.000 Prisoners: a Systematic Review of 62 Surveys”, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867106?dopt=Abstract>, e CENTONZE, Francesco, loc. cit., pg. 269.

criminosos haver qualquer tipo de espécie de quadro mental perturbado, e leva-nos a crer que devia existir, em qualquer tipo de prisão, acompanhamento médico e psicológico, e não só para os inimputáveis.

Voltando ao ponto que é necessário analisar, a questão de saber se as perturbações psicológicas são, ou não, verdadeiras doenças, isto é, “se envolvem disfunções no sentido do comprometimento ou falha de um mecanismo mental ou volitivo para o desempenho da função natural para a qual foi designado segundo a evolução da espécie³², não foi possível (e até achamos difícil algum dia ser) chegar a um consenso, ou a uma conclusão que seja incontestável. Em Inglaterra e no País de Gales tentou-se implementar a permissão de detenção de pessoas possuidoras de perturbações da personalidade, quer tivessem ou não praticado crimes (questão do fundamento na perigosidade), mas isso só seria viável se estas perturbações fossem consideradas doenças mentais. A maioria dos psiquiatras não consegue deixar de dizer que há uma grande diferença entre estes dois tipos de doenças do foro psicológico. Porém, também não é possível chegar à conclusão oposta: a de que as perturbações de personalidade não são uma doença, na sua generalidade.

Por sua vez, há uma grande diferença entre as perturbações de personalidade e as doenças mentais, que acaba por ser a mais relevante para o direito penal e para a questão da inimputabilidade: é que as doenças mentais são possíveis de caracterizar clinicamente, devido à sua sintomatologia, através de exames médicos, que mostram resultados muito mais objetivos, por exemplo, métodos de avaliação bioquímica, dos exames neuropsicológicos, de imagens geradas por tomografias e dos aparelhos de emissão de positrões, como acontece por exemplo na esquizofrenia. Nas perturbações de personalidade acaba por ser muito mais difícil chegar a um diagnóstico específico, que realce todas as nuances da doença, especialmente em casos em que estas podem ser tão distintas umas das outras, dependendo da pessoa e do nível da perturbação. Por outro lado, nos Estados Unidos já se tornou possível produzir imagens neurológicas de pessoas que sofrem de um diagnóstico de personalidade antissocial, parecidas com as dos indivíduos com psicoses. Perante isto, é normal que se defenda a ideia de que a exclusão

³² . WAKEFIELD, J. C., “The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values”, *apud* KENDALL, R. E., “The distinction between personality disorder and mental illness”, *British Journal of Psychiatry* (2002), 180, pg.112.

de certos tipos de doenças mentais, e a impossibilidade de arguir a inimputabilidade, resulta numa discriminação entre doenças, que nem são sequer comparáveis. Aparece, depois, outro argumento para a tal discriminação ser feita, a questão de haver formas, para as perturbações de personalidade, de controlo. Seja com medicação ou psicoterapia, revela-se mais fácil o tratamento destas do que das doenças mentais. Ou seja, é difícil sustentar a comparação equivalente entre as duas, quando no fundo as duas argumentações fazem sentido. Não são comparáveis, mesmo clinicamente falando, mas no fundo ambas podem levar a comportamentos anormais e, quem sabe, criminosos.

Para o direito penal, a prova é a base que nos permite declarar se o crime está, ou não, ligado à pessoa concreta. No fundo, e na nossa visão, acaba por acontecer o mesmo no que toca às doenças mentais: quando é possível extrair prova de que a pessoa tem de facto uma doença, conseguimos ligar a doença à razão pela qual cometeu o crime, ou usá-la como forma de extinção da culpa, devido ao regime de inimputabilidade. Porém, quando não conseguimos ter prova de que o agente sofre de uma anomalia, torna-se difícil chegar às mesmas conclusões. Na nossa opinião é isto que faz com que as perturbações de personalidade em si só (ou seja, quando não estão aliadas com outro tipo de doenças psíquicas), não possam ser justificativas de inimputabilidade, por uma única razão: não queremos, na verdade, abrir a porta a que este seja um instituto do qual as pessoas querem beneficiar. Quando não há prova científica, nem real e palpável, torna-se fácil para o agente alegar que sofre de doença mental, e que no momento da prática do facto não tinha capacidade de compreensão, tal como não a tem no momento da execução da pena. Se as perturbações da personalidade pudessem entrar sem reservas no contexto da inimputabilidade, poderíamos correr o risco de entrar num sistema legal fraco, sem prova, sem nexo causal – num direito penal ilegal por si só.

Sendo esta uma dissertação de direito, focámo-nos na razão pela qual não nos parece viável que as perturbações de personalidade – nomeadamente as que foram descritas acima – sejam por si só causas de inimputabilidade, sendo que se calhar só não o consideramos pelo receio do que isso possa significar para o sistema penal e prisional (porque maior parte dos delitos sucedem por haver algo na personalidade da pessoa que se afasta da normalidade, a de não cometer crimes) Se, mais tarde, com os avanços tecnológicos e médicos, for possível ter provas (realizar exames médicos que nos consigam dar respostas concretas de que alguém sofre de depressão ou de bipolaridade,

por exemplo), de que foi exclusivamente a perturbação que levou a que houvesse um delito, por exemplo, será aberta uma nova porta na saúde mental, relativamente ao direito penal.

d. Direitos e deveres das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental

A nova lei consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental nos artigos 7.º e 8.º, sendo que estão divididos em direitos e deveres em geral e em especial, respetivamente.

Dentro destes direitos, encontram-se o direito à informação, à participação nas decisões sobre o seu tratamento, à recusa de tratamento e à proteção contra a discriminação. Em primeiro lugar, as pessoas têm o direito de receber informação clara e acessível sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, para que não estejam nunca não cientes sobre o processo clínico, uma vez que o objetivo principal será o da reinserção. De seguida, têm direito à participação nas decisões sobre o seu tratamento – podem ter peso nas decisões sobre quais os profissionais de saúde que os vão acompanhar e na definição dos objetivos do seu tratamento. Depois, têm também direito à recusa de tratamento, ou seja, desde que o tratamento não seja necessário para proteger a sua vida ou a de terceiros, é-lhes dada a possibilidade de recusar. Por conseguinte, as pessoas têm direito à proteção contra a discriminação, o que apesar de ser um pensamento básico de sociedade, fica na realidade aquém do que é suposto – as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental têm de ser protegidas contra a discriminação no acesso a emprego, habitação, educação e outros direitos fundamentais.

Além de todos estes direitos que se consideram ser os mais relevantes, achamos importante mencionar as alíneas f), g) e h), que abordam as condições que devem existir nos estabelecimentos, que não são nada mais do que o mínimo aceitável como cidadão e ser humano, mesmo que na realidade não nos pareça que haja tanto cuidado com tal questão pela parte do Estado, como iremos aprofundar noutra capítulo posterior.

e. Regulação das restrições dos direitos

A nova lei regula as restrições dos direitos das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente as medidas de internamento involuntário e de tratamento voluntário. Estas medidas passam a ser mais restritas e a ter um limite máximo de duração de doze meses, renováveis por períodos de seis meses.

As medidas de internamento involuntário só podem ser aplicadas em casos de urgência, quando a pessoa apresenta um risco grave para a sua vida ou para a de terceiros (quando apresenta um nível de perigosidade para si e para a sociedade). Este internamento deve sempre ser revisto pelo tribunal a cada seis meses. Já as medidas de tratamento involuntário só podem ser aplicadas em casos de urgência, quando a pessoa apresenta novamente esse tal risco grave para a sua própria saúde ou a de terceiros, e deve ser sempre revisto pelo tribunal a cada três meses. Além disto, o médico clínico-psiquiatra terá de avaliar o doente de dois em dois meses, para que seja possível acompanhar de perto o progresso do doente. Estes intervalos de dois meses já existiam na lei antiga, mas o internamento involuntário era revisto pelo tribunal a cada dois anos e o tratamento involuntário a cada um ano, enquanto na nova lei o internamento é revisto pelo tribunal a cada seis meses e o tratamento involuntário a cada três meses.

Parecem-nos muito mais viáveis os novos prazos, uma vez que passamos de anos para meses, e se está em curso um tratamento, convém que se acompanhe o progresso que o doente está a ter. Até porque se tornava incrivelmente injusto alguém tivesse de esperar tanto tempo para que a medida fosse revista, especialmente se a perigosidade se dissipou – seria idêntico á situação de a um recluso ao qual obrigasse a cumprir pena durante mais tempo do que tinha sido definido pelo tribunal. Ou seja, esta alteração garante que as medidas de restrição sejam aplicadas de forma mais justa e proporcional, e que sejam revistas com mais frequência para avaliar a sua necessidade e adequabilidade. Para além disto, a nova lei também estabelece que a revisão das medidas de restrição deve ser obrigatória, e não apenas mediante requerimento, o que é benéfico porque muitas das vezes a pessoa nem tinha consciência de que tinha de requerer a revisão e acabava por ficar em tratamento no estabelecimento durante mais tempo do que era necessário – a

ideia relevante é a de que as medidas só “devem ser aplicadas em último recurso e pelo período limitado à necessidade”³³

f. O tratamento involuntário como resposta à perigosidade e, como tal, à necessidade de proteção dos bens jurídicos

Denota-se logo no primeiro artigo da nova lei que o termo “internamento” desapareceu. Foi então substituído por “tratamento involuntário”, que transmite muito mais a ideia principal de querer tratar os doentes e não apenas de os excluir da sociedade devido à sua perigosidade, embora na prática seja bastante diferente. A expressão “tratamento involuntário” foi uma forma do legislador suavizar o que na realidade acontece – no fundo, os doentes são internados, vivem uma vida de internamento total, e toda a parte do tratamento fica muito aquém do que devia ser.

O tratamento involuntário não é um verdadeiro internamento, nem uma prisão *ipsis verbis*, sendo, porém, claramente uma manifestação de privação de liberdade, que contende com os direitos fundamentais da pessoa humana. A função do Tribunal, nestes casos, não é propriamente substituir-se aos médicos e ordenar um internamento, mas sim legitimar a privação de liberdade e o tratamento sem consentimento.

Além disto, o tratamento involuntário passa a só poder ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do sujeito, e termina logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa e só poderá ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico e causa. Ou seja, as restrições aos direitos fundamentais serão só as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento, e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento.

Desta forma, aplicam-se ao internamento involuntário os princípios gerais de direito, a saber a necessidade, proporcionalidade, subsidiariedade e adequação.

³³ Nota técnica da lei, elaborada por Maria Leitão e Fernando Bento Ribeiro (DILP), João Carlos Sanches (BIB), Rafael Silva (DAPLEN), Liliane Sanches da Silva e Josefina Gomes (DAC) Data: 12.09.2022.

Convém analisar, também, quais são os pressupostos e princípios gerais deste tratamento involuntário, segundo o artigo 15.º da nova Lei. São, então, pressupostos cumulativos do tratamento involuntário³⁴:

- a) Existência de doença mental;
- b) Recusa do tratamento 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 terapêutica do tratamento, conforme previsto no n.º 2 do artigo anterior.

O artigo acrescenta que o tratamento involuntário só pode ter lugar se for a única forma de garantir o tratamento medicamente indicado; adequado para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) ou ii) da alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º; e por fim terá de ser proporcionado à gravidade da doença mental, ao grau de perigo e à relevância do bem jurídico. O artigo referido anteriormente também refere a preterência sobre o tratamento em ambulatório, sendo que só se abre lugar ao internamento se for a única forma de garantir o tratamento do doente e, ademais disso, volta a reforçar a ideia do “estritamente necessário”, no que toca à restrição de direitos, vontade e preferências da pessoa a ser tratada.

Subsiste, porém, a dificuldade em saber avaliar o “perigo” a que se refere o artigo 15.º no seu número 1, alínea c). Este acaba por se dividir em dois: falamos de perigo, a construção jurídica, ou de perigo, como risco de violência, construção clínica? É importante perceber que existem três fases no que toca à ideia de lidar com o risco de violência: primeiro, é necessário que se tenha perceção do risco (que é, no fundo, o que acontece inicialmente, que legitima a adoção da medida de segurança). De seguida, durante o tratamento, procede-se à análise do risco, ou seja, sabemos que ele existe, que é real, e estamos no processo de perceber o quão arriscado será reinsserir o sujeito na sociedade. Numa fase final, procede-se à gestão do risco, que no fundo significa que já

³⁴ Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023.

adquirimos noção do risco que o sujeito acarreta na sociedade, mas chegámos a uma forma de o gerir, para que não seja impossível avançar para a reinserção do agente na comunidade. O objetivo principal, a nosso ver, do internamento involuntário (seja, ou não, em ambulatório), é chegar a esta última fase de gestão de risco, porque quer dizer que o tratamento médico foi eficaz, e que a pessoa que sofre de doença mental, apesar de ainda o fazer, já não representa um perigo nem para si mesma, nem para terceiros. A conclusão a que se quer chegar é a de que não é propriamente fácil curar, absolutamente, uma pessoa que sofra de problemas do foro mental, e por isso é que dizemos que o objetivo não é a eliminação de risco, mas sim a gestão deste – o risco existe, sim, porque o doente não se encontra totalmente curado, mas tem agora as ferramentas precisas para gerir o seu próprio risco.

No entanto, e considerando que algumas doenças podem não ter cura, mas que se devidamente medicado, o doente consegue adaptar-se socialmente, vemos como saída possível e menos limitativa dos Direitos Fundamentais o tratamento compulsivo ambulatório, ao qual não se recorre muitas das vezes, na medida em que são necessários vários intervenientes, não só o órgão de polícia criminal para conduzir o doente ao centro de saúde, mas um centro de saúde equipado com a medicação necessária.

Damos como exemplo determinados tipos de esquizofrenia cujos pacientes necessitam de um injetável mensal. São doentes que não aderem facilmente à medicação necessária, mas que, desde que ministrada, conseguem viver uma vida compensada.

g. Fundamentos e objetivos da política de saúde mental

Os artigos 4.º e 5.º da nova LSM vieram dar corpo aos fundamentos desta política de saúde mental e aos objetivos da mesma, como se o legislador quisesse dar a entender que tudo o que é escrito nesta nova lei tem como base fatores muito concretos – a promoção, o melhoramento, o asseguramento de direitos, a questão de prestação de cuidados, o acesso, e a definição das garantias que se dão as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. No fundo, o legislador quis enfatizar a importância que esta questão tem, tanto na nossa sociedade, como no ramo do direito, e dar mais relevância ao “cuidado” e “tratamento”, ao invés de se referir apenas ao internamento do doente.

h. Internamento de inimputáveis: existe verdadeiro tratamento de inimputáveis ou apenas queremos estar seguros?

Já sabemos que existiram alterações à lei e, depois de analisadas, compete-nos perceber se a parte legal se adequa à nossa realidade, porque se a resposta for negativa, quererá dizer que a lei pode mudar, mas se a sociedade não acompanha e não existem os meios para que as alterações sejam bem executadas, entramos num caminho de inutilidade.

Num mundo em que as palavras significam pouco, e as ações significam mais, alterar a lei sem ver frutos acaba por conduzir a um certo sentimento de frustração. A verdade é que o intuito básico de tratamento involuntário ou voluntário é, claramente, que haja tratamento e que esse seja propulsor de uma mudança psicológica e psíquica do paciente, para que se torne possível este se reencaixar na sociedade. Este tratamento não devia ser à base de medicação, mas ter também toda a vertente multidisciplinar, psicológica, terapia ocupacional que deveria integrar o doente, porque não estamos a tentar apenas tratar a doença, mas fazer com que seja possível viver com ela, caso não seja totalmente curável. Se não há meios para que este tratamento seja viável da melhor forma, então no fundo acabamos por ter de assumir que as pessoas necessitadas de tratamento ao nível da saúde mental se encontram num estabelecimento para nos manter a nós, resto da sociedade, seguros. Se o tratamento em todas as suas vertentes não é bem executado, não há razão para assumirmos que estamos a proteger o resto da sociedade e não o doente em si.

Isto leva-nos ao grande problema da falta de meios – de que vale ter a ideia se não existem os meios para a colocar em prática? Será então isto que iremos desenvolver.

i. Estamos preparados para a aplicação da nova lei?

A sociedade justa não vive de ideias, porque tê-las, qualquer pessoa o consegue; o problema real assenta em não haver esta evolução na parte prática, é ter a ideia programática, mas não a conseguir aplicar. É de louvar a iniciativa nova Lei da Saúde Mental, sim, mas se não altera nada na vida prática, o louvável fica a meio caminho do seu significado, até porque as alterações realizadas acabam por ser básicas, e o mínimo que um diploma deste teor poderá ser. Cabe-nos então perceber se de facto a nova lei

veio, ou não, alterar alguma coisa, e ponderar sobre formas de podermos levar a ideia à realidade.

A nova Lei de Saúde Mental veio, claramente, reforçar o respeito pelos direitos humanos e compatibilizar-se com a CRP. Porém, serão várias as áreas que precisam de estar preparadas para esta mudança: como a cultura, os recursos humanos, a filosofia comunitária e a gestão financeira. Quando a lei foi publicada, não demorou a criar o escândalo, chegando a existir notícias com epígrafes absurdas, como por exemplo “juízes obrigados a libertar inimputáveis perigosos”³⁵. O que é curioso na nossa comunidade é que, de facto, nunca nada vai de encontro ao que as pessoas querem e acham melhor, o que se nota logo neste assunto: era mais do que óbvio que a lei precisava de ser mudada nos moldes que de facto foi, mas quando o é, rapidamente a população entra em nervosismo desmedido, porque começa a olhar para a mudança de uma forma pessimista e perigosa, e não como deve ser vista. Este facto leva-nos ao nosso primeiro grande problema: a filosofia comunitária.

De qualquer forma, em muitos casos de libertação passaram para a tutela do Ministério da Saúde-os doentes mais profundos - permanecendo precisamente nos mesmos locais – Hospitais especializados tal como o Sobral Cid No Porto e o Júlio de Matos em Lisboa.

É difícil a comunidade sufragar a ideia de que pessoas que cometeram crimes graves merecem a sua liberdade quando a pena termina, especialmente se o agente em si for inimputável. A doença mental é vista como um monstro, e as pessoas que sofrem dela como “malucas”, e daí surge o pensamento simplista de “porque é que estamos a libertar uma pessoa maluca, capaz de cometer os mesmos crimes?”. A nossa sociedade acredita pouco na mudança, na cura, e acaba por ser bastante cética em relação à transformação, pelo que se torna uma tarefa ainda mais difícil colocar tudo isto em prática: apesar de tudo, a opinião pública tem bastante peso nas decisões do país. Achamos que, relativamente a esta questão, deveriam existir mais políticas de sensibilização para a população: palestras abertas, sessões de esclarecimento, jornadas de entrada livre sobre a saúde mental no direito. Para que as pessoas comecem a abrir o espírito crítico para assuntos “delicados” e “tabu” como estes, é necessário que seja feito um esforço para que

³⁵ Jornal Novo Semanário, 27 de maio de 2023.

haja mais acesso a este tipo de informação. É difícil abrir a mente para um assunto que não é falado o suficiente, e que no fundo continua escondido atrás de uma lei que ninguém consulta. A falta de informação leva a este ceticismo, que só será ultrapassado - e as ideias e opiniões só serão racionalizadas – quando houver meios informativos, disponíveis para toda a comunidade.

Acresce que se trata de matéria interdisciplinar que convoca à participação dos cuidadores ou familiares, terapia ocupacional – ocupação de tempos livres, para além do tratamento medicamentoso propriamente dito.

Portugal não dispõe das “chamadas casas de recuo” a antecâmara perfeita da libertação. As casas de recuo permitem que o doente viva em sociedade, exerça atividade profissional remunerada e regresse a casa, num paralelismo com Regime Aberto Exterior para imputáveis em determinado marco do cumprimento da pena.

Segue-se outro problema, desta vez relativamente aos hospitais. O bom funcionamento do serviço público hospitalar depende de meios orçamentais, e que por isso não nos cabe criticar a forma como estes gerem o tema sem ter soluções. Porém, assumindo que existem de facto os meios necessários, os hospitais acabam por, mesmo assim, sofrer de problemas práticos. Primeiramente, há avaliações clínico-psiquiátricas (artigo 20.º n.º 4 da Lei 35/2023) que não são fundamentadas de forma completa, como deveriam ser³⁶. Fernando Vieira fala-nos de um “modelo de cruzinhas”, como se um diagnóstico destes pudesse ser efetuado com base num modelo de “exclusão de partes”. Segundo o artigo 23.º n.º 2 da mesma Lei, a decisão sobre o tratamento involuntário pode ser considerada nula por falta de fundamentação, o que nos leva a crer que terá de existir um maior cuidado na elaboração de tais avaliações clínicas, especialmente num universo em que cada sujeito pode sofrer de uma doença com vicissitudes diferentes de outro que sofra com exatamente a mesma. De seguida, é necessário que o doente seja internado de acordo com o seu relatório clínico, o que muitas vezes não sucede. Nos hospitais criminais, chegam a existir doentes internados em alas que não as que lhes pertencem – porque, no fundo, a quantidade de doentes que precisam de cuidados de internamento extravasa, neste momento, a quantidade de espaço e de meios que os hospitais possuem.

³⁶ FERNANDO VIEIRA, em Jornadas da Saúde Mental, CEJ.

Depois, temos vários pontos problemáticos no que toca aos Tribunais. Fernando Vieira aborda este tema nas Jornadas de Saúde Mental, dizendo que muitas vezes a alta dada pelos hospitais não coincide com a cessação de involuntariedade e libertação. O artigo 25.º n.º 1 e n.º 2 da Lei da Saúde Mental fala-nos, respetivamente, da revisão da decisão, que sucede decorridos dois meses depois do início do tratamento, ou sobre a decisão que o tiver mantido, e diz-nos quem tem legitimidade para requerer tal revisão da decisão.

Pode suceder, então, que o hospital já não tenha motivos para dizer que o doente ainda precisa de ficar sob tratamento, ou internado. Porém, por vezes, tal decisão não está em conformidade com a opinião jurisdicional, ou seja, o doente ter alta não significa que não tenha ainda de atender a várias consultas de acompanhamento, ou que haja chegado ao fim da involuntariedade de acordo com a opinião dos Tribunais. Este problema sugere que tem de existir uma boa relação comunicativa entre o sistema hospitalar e o sistema judicial, e por isto é que as avaliações clínico-psiquiatras acabam por ser cruciais para que exista tal conjugação. Nestes relatórios, identifica-se o internando, o número de processo judicial (caso já seja existente), as diretivas antecipadas de vontade e procurador de cuidados de saúde mental, de acordo com o artigo 10.º da Lei 35/2023 de 21 de Julho, a pessoa de confiança designada (aplicável a pessoas sujeitas a tratamento involuntário, de acordo com o n.º 4 e 5 do artigo 9.º da mesma Lei), uma descrição sumária da situação clínica e das circunstâncias concretas, tal como os sinais e sintomas psicopatológicos e o plano terapêutico proposto, analisa-se a validade dos pressupostos cumulativos para tratamento involuntário, consoante o artigo 15.º n.º1 da referida Lei e conclui-se, finalmente, pela sujeição da pessoa a uma intervenção com finalidade terapêutica, especificando-se o tipo de tratamento em questão – podendo concluir-se pelo tratamento involuntário e em ambulatório ou em internamento, pelo tratamento em ambulatório ou em internamento, aceite pelo sujeito. Com isto, podemos concluir que é necessária uma estrita relação entre os tribunais e os hospitais, para que haja conformidade entre as decisões, e para que o diálogo seja atual perante o tratamento e as vicissitudes do mesmo.

Outro dos problemas relativamente aos tribunais é o de não ser concreta a finalidade, e a forma como esta se esgota, relativamente à figura do internamento preventivo, do artigo 202.º n.º 2 do Código de Processo Penal.

Por fim, temos como grande problema a questão do tratamento involuntário em inimputáveis e a impossibilidade de prorrogação da medida de segurança. É difícil entender, como técnico de saúde, a ideia de prevenção especial positiva, isto porque o que está subjacente ao internamento é a ideia de curar o doente e, uma vez atingido esse objetivo, na ótica dos médicos, ele poderá ter alta e dar vaga a outra pessoa que necessite de tratamento.

É aqui que se torna, novamente, difícil, conjugar a ética médica com a ética jurisdicional, porque no fundo parecem querer atingir o mesmo objetivo de formas diferentes. O objetivo para o sistema jurisdicional é fazer com que o internando deixe de ser uma ameaça para a sociedade, para os bens jurídicos de terceiros e até para si mesmo e, até que haja um nível baixo de perigosidade e reincidência, não é direto ao pensamento que, mesmo que a pessoa esteja estável medicamente, possa ter alta e ver a sua medida de segurança chegar ao fim. Para um médico, a ordem de pensamento é diferente, e acaba por ser mais direta: o internando sofreu grandes evoluções positivas no que toca à sua doença, ou seja, já será capaz de se governar sem precisar de estar internado, logo não se vê lógica em continuar com o internamento. O objetivo nestas duas vertentes será o mesmo – a pessoa deixa de precisar do internamento quando lhe é possível fazê-lo de outra forma, que no fundo afete menos a sua liberdade enquanto ser humano. Pode suceder o contrário, até, ou seja, a medida de segurança pode ter chegado ao fim de acordo com o seu prazo máximo, e o doente pode ainda não estar curado e, neste caso, seriam os tribunais a querer libertar o doente, e os hospitais a estatuírem que ainda não seria possível fazê-lo. Esta incompatibilidade acontece bastantes vezes, especialmente por estarmos a tratar de doenças tão complexas como as do foro mental.

O ideal, claro, será que a pessoa deixe de ser perigosa e que sofra uma favorável evolução psiquiátrica antes do fim da medida de segurança, mas nem sempre sucede desta forma, e por isso é que é necessário que os tratamentos estejam ao nível desejado e de acordo com o que o Tribunal decide como tempo necessário de internamento. Caso contrário, o inimputável passará os anos da sua medida de segurança sem atingir os objetivos de melhoria e, quando for libertado, cairá na tão indesejável reincidência.

Para responder à pergunta inicial, elaborada como epígrafe, não podemos dizer com toda a certeza que a nossa base médica e jurídica esteja preparada para as alterações que a nova Lei acarreta. Para que tais alterações sejam eficazes, tem de haver um diálogo

aberto entre o sistema médico e o sistema jurídico, e ponderar se não deve ser retirado do direito penal, e colocado num sistema próprio, toda a questão da inimputabilidade no momento da prática do facto. Para que a nova lei possa ser eficaz, devia conter mais do que contém, devia poder resolver os problemas tocantes ao assunto e não entregar ao direito penal o que ela própria podia resolver. As questões médicas subjacentes a esta temática levam-nos ainda mais à conclusão que não pode ser o direito a deter o poder de decisão, e que devia ser dada ainda mais atenção a este assunto da forma como ele se afigura: complicado, especial e inigualável. Como é que se coloca numa caixa algo que ultrapassa os limites da sua forma?

i. Avaliação da realidade da saúde mental em Portugal

Fizemos uma visita ao Hospital Júlio de Matos, mais especificamente ao pavilhão forense, onde tivemos a oportunidade de entrevistar a psiquiatra forense Sofia Brissos.

Iremos então, brevemente, analisar um relatório de perícia médico-legal (ANEXO 2).

O exame é requerido pelo Tribunal, no âmbito do processo em causa. Identifica-se o examinado, e especifica-se os elementos em que se baseia o relatório. Primeiramente, dá-se uma simples informação sobre a decisão proferida, concretizando os tipos de crimes que o inimputável praticou. Depois, passamos ao exame indireto, onde se refere o local onde a pessoa está internada, e daí parte-se para o destaque de vários relatórios periódicos realizados até ao momento. Nos relatórios, o médico avalia de que forma é que o internado tem cumprido os objetivos definidos: por exemplo, a forma como toma a medicação, como se relaciona com os outros internados, a evolução do ponto de vista reabilitativo, adesão às atividades propostas, entre outros.

De seguida, realiza-se o exame direto, de acordo com informação colhida com o arguido, começando por se analisar os motivos que deram origem ao exame. No caso concreto, dá-se ênfase ao facto do internando não ter conhecimento de que se iria realizar tal avaliação, o que mostra uma falta de informação perante a pessoa mais relevante em todo o processo. Porém, isto sucedeu devido à última alteração legal, que implicou que existissem revisões e avaliações entre espaços de tempo mais curtos, por isso não se afigura como escandalosa a falta de informação do internando. Depois, reporta-se ao que já tinha sido dito pelo doente na altura dos primeiros interrogatórios, para que se possa

estabelecer uma comparação a nível mental e de capacidade de compreensão do sucedido, entre o início do tratamento e o ponto atual, e chega-se à conclusão que na atualidade o internando prefere não ter de abordar novamente os factos, por ter muito mais noção do sucedido agora, do que na altura em que foi internado. Segue-se para os objetivos a atingir, na ótica do sujeito internado, e para o que acha que vai ter de fazer para que um dia possa ver “levantada” a medida de segurança. Uma questão interessante, que o internando aborda, é a do estigma social, dizendo ser difícil as pessoas não o verem apenas como um doente mental violento. Seguidamente, menciona-se o tratamento instituído, para que se possa perceber se o doente tem noção da função deste e dos objetivos a cumprir, e passa para a questão da sua autonomia dentro do centro hospitalar, terminando esta fase com “os planos para o futuro”, para que se possa perceber se o doente tem uma ideia do que pode fazer quando for reinserido, e de que forma poderá chegar a tal.

Depois, o relatório segue para uma análise de antecedentes pessoais e procede ao diagnóstico da doença atual, observam-se os antecedentes familiares, e examinam a forma como o internando lidou com a avaliação, e como tem vivido a sua medida de segurança e o que ela implica.

Para terminar, elaboram-se exames complementares de diagnóstico que, no caso concreto, foi a avaliação do risco de violência (HCR-20)³⁷, que conclui pelo risco de reincidência médio, com base no instrumento FOVOX³⁸.

Com este relatório, percebemos que o que acontece em cada doença mental tem variáveis distintas, que se diferenciam não só de doença para doença, como de pessoa para pessoa. No Pavilhão Forense do Hospital Júlio de Matos é possível ver, apenas assistindo a algumas sessões com pacientes diferentes, o mundo que cada situação pode conter, e por isso é que este tema é tão sensível, porque nunca haverá forma de existir uma regra geral. Há pacientes que dizem que “o hospital é igual a uma prisão” e que não entendem porque é que ali estão, há outros que ainda acreditam na realidade construída na sua própria cabeça, relativamente ao crime que cometeram, há ainda outros que já

³⁷ Historical Clinical Risk-20, de Christopher Webster, Kevin Douglas, Derek Eaves e Stephen Hart, 1995.

³⁸ Subescala H=12, Subescala C=0, Subescala R=3. Não foi pontuado o item H7 – Psicopatia, por não termos acesso à Checklist de Psicopatia Revista (PCL-R) (originalmente designada Psychopathy Checklist – Revised, de Hare, 1991).

conseguem olhar para o momento da prática do facto com longitude, percebendo que eles próprios foram vítimas da sua doença.

O grande problema é que o que se escreve na Lei, não se transfere automaticamente para a realidade vivida pelos doentes. Para além de tudo o que já mencionámos relativamente ao que falha em Portugal, cabe-nos ainda dizer que é necessário haver uma porta de possibilidade para agentes deste nicho, que muitas vezes não acontece. No fundo, são agentes que foram colocados num estabelecimento prisional diferente, para terem a oportunidade de melhorarem e de se curarem, mas isso nunca será possível se não lhes forem dadas as ferramentas para tal. As pessoas que sofrem de anomalias psíquicas têm o direito de se sentirem pessoas, de não serem cingidas à sua doença, de serem mais do que o que lhes foi diagnosticado. É isto que consideramos ser o pensamento crucial por detrás da nossa crítica: as pessoas não escolhem a doença, e serem punidos por ela seria serem-no por algo que nem está nas suas capacidades de controlo. Se queremos, de facto, dar voz ao que é escrito, há claramente bastantes mudanças de paradigma a serem feitas, não só a nível de mentalidade, como também nas partes práticas da execução deste tipo de medidas.

Em suma, mesmo que vivêssemos numa realidade em que o instituto em si saísse do direito penal e se colocasse no seio da saúde mental (com ideias penalistas, claro, mas fora de um regime em que só se considera crime o facto típico ilícito e culposo), é necessário que as mudanças passem do papel para a vida destas pessoas.

III. Conclusão

Posição defendida: a perigosidade de inimputáveis por anomalia psíquica deverá, em nome do princípio da dignidade da pessoa humana, deixar de ser abordada pelo direito penal, à semelhança do que sucede com a inimputabilidade em função da idade, passando a ser tratada, independentemente de terem ou não sido praticado factos típicos, pela Lei de Saúde Mental

Depois de dissertar sobre o tema, resta-nos responder à questão: será possível proteger os bens jurídicos mais relevantes se excluirmos os inimputáveis no momento da prática dos factos, do âmbito do direito penal?

Não queremos que a nossa opinião final seja a de que escolhemos proteger os bens jurídicos dos inimputáveis, acima dos outros.

A nossa conclusão básica é a de que tem de existir um regime que proteja a sociedade da perigosidade das pessoas com anomalia psíquica, seja para eles mesmos, seja para os que os rodeiam. Porém, tratar deste assunto na égide do direito penal torna o inimputável um mero objeto, um meio de proteger a segurança da sociedade, censurando alguém que não tinha condições de saúde para ser “culpado”, não existindo conectividade entre esta e o crime que cometeu.

Quem sofre de uma doença mental não escolhe tê-la, tal como não consegue escolher a forma como age perante ela. Funciona quase como se fosse uma personalidade que pode não distinguir o bem do mal penalmente relevante. Não nos parece legítimo penalizar alguém que no fundo não cometeu um crime na sua forma paradigmática.

Isto não significa desprotegermos a sociedade. A nova Lei de Saúde Mental, respeitando a doença do agente e pretendendo tratá-lo, deu um passo decisivo para assegurar a proteção dos direitos, liberdades e garantias do próprio e de terceiros.

A falta de consciência do doente mental de ter praticado um facto típico, ou apenas ser perigoso não deve alterar a forma “não culpada” como o direito o trata. O facto típico praticado apenas confirma uma perigosidade, não legitimando uma censura penal. Muitas vezes o perigo é até mais para eles próprios – por comportamentos que nem sequer são crimes, como por exemplo destruir todo o seu próprio património - do que para terceiros.

Os doentes devem ser tratados, e não apenas privados da sua liberdade, com pouca esperança de um dia a poderem ver novamente. Os hospitais devem adotar vias para que tal se torne possível, uma vez que é visível (aos olhos tanto dos psiquiatras, como dos médicos e enfermeiros) que a forma como se tem lidado com este problema é incipiente, e não traz consequências benéficas, nem para a comunidade, nem para o doente em questão que se pretende que volte a reintegrar o seu espaço na sociedade. O sujeito que, por doença mental, não tenha consciência de que está a cometer um “mal penal”, ou que seja incapaz de se reger de acordo com esse conhecimento, não deve ser condenado nem julgado. Submeter alguém a algo que nem compreende, torna o processo penal em si inútil.

O doente deve ser tratado, durante a vida inteira se necessário, mesmo que se afigure como perigoso para a comunidade – podendo apenas ser limitado na sua liberdade na medida necessária para a defesa de um bem comum.

No caso da inimputabilidade posterior, já admitimos que o regime atual é razoável, através da suspensão da execução da pena, que poderá ser retomada em caso de cura. Se a pessoa só se considerar incapaz depois de cometer um crime, e se deixar a meio do processo de entender a pena, não deve cumprir a pena, como nos diz o artigo 106.º do CP.

Não nos pronunciamos neste trabalho, por exigir uma abordagem específica, se o julgamento de uma pessoa que padece de uma doença mental que o impeça de compreender esse ato da justiça pode decorrer, ou se também ele deveria ficar suspenso (neste caso, embora uma inutilidade, o adiamento do julgamento poderia colocar em causa a averiguação dos factos, pela degradação da prova com o tempo). Também não nos pronunciamos aqui sobre os efeitos que a doença mental deveria ter nos prazos de prescrição.

Em síntese, cabe à psiquiatria a definição e diagnóstico de doença mental que determina que o sujeito não possa avaliar o seu comportamento antijurídico, ou que não compreenda o sentido da pena, no sentido de proporcionar aos doentes mecanismos que não obstante aquela limitação, lhes permitam uma vida socialmente ajustada e nesta medida comunicar á justiça que cessa a necessidade de internamento, pois muitos clínicos parecem desconhecer que se invocada uma causa justificativa da cessação do internamento o Tribunal aprecia a questão a todo o tempo – art.º 159.º, n.º1 Do Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade.

Caberia ao direito, ao juiz, a coadjuvação nesta realidade quando necessárias medidas que limitem direitos, liberdades e garantias, como o internamento compulsivo em caso de necessidade medicamente determinada, bem como, o tratamento ambulatorio compulsivo de forma que o doente cumpra a prescrição médica.

Caberia, por último, à sociedade, estar ciente que é possível a reintegração de doentes do foro mental que exige uma abordagem multidisciplinar, designadamente com incentivos para a sua empregabilidade, quando possível.

Bibliografia

Livros e Capítulos de Livros:

Abreu, C. P. (2023). Inimputabilidade, Anomalia Psíquica e Medidas de Segurança. In *Código Penal*. Almedina.

Albuquerque, P. P. (2015). *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem* (3ª ed.). Universidade Católica Editora.

Costa, J. (2011). A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade. In J. Costa (Ed.), *Revista Julgar*, (nº15). Coimbra Editora.

Figueiredo Dias, Direito Penal, Parte Geral, Tomo I, Questões Fundamentais A Doutrina Geral do Crime (3ª ed.). (2019). GestLegal.

Monteiro, C. L. (1997). *Perigosidade de Inimputáveis e In Dubio Pro Reo*, Livro 1. Coimbra Editora.

Vieira, F., Cabral, A. S., & Saraiva, C. B. (2017). *Manual de Psiquiatria Forense*.

Artigos e Relatórios Online:

Organização Mundial da Saúde. (2022, 9 de abril). Política para melhorar a saúde mental, 170ª Sessão do Comitê Executivo. [PDF]. Recuperado de https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf

Fazel, S., & Danesh, J. (n.d.). Serious Mental Disorders in 23.000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867106?dopt=Abstract>

Pedreira, F. (2022, 26 de maio). Direito mental é Nova Associação Dedicada à saúde mental da comunidade jurídica portuguesa. *ECO*. <https://eco.sapo.pt/2022/05/26/direito-mental-e-nova-associacao-dedicada-a-saude-mental-da-comunidade-juridica-portuguesa/>

Sites Web e Recursos Online:

World Health Organization. (n.d.-a). Mental disorders. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=CjwKCAjwgsqoBhBNEiwAwe5w03c-Eme96FCaA81-pXBCs2G7GnZ2sLWSIEhYpdtvb2U-nXqBIH-8LRoCXecQAvD_BwE

Spiegel, D. (2024, 19 de março). Transtorno Dissociativo de Identidade - Transtornos psiquiátricos. *Manuais MSD edição para profissionais*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-dissociativos/transtorno-dissociativo-de-identidade>

Janssen Medical Cloud. (n.d.). Guia dos Direitos Das PESSOAS Com Doença mental. Recuperado de <https://www.janssenmedicalcloud.pt/pt-pt/neurociencias/guia-dos-direitos>

World Health Organization. (n.d.-b). Mental health. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQjwhL6pBhDjARIsAGx8D5_7l-GphX44wgNxRFMNBhtqrKdoURMSLOihdnXqvJ0Q_1GvBQhRqfUaArG0EALw_wcB

Lei da Saúde Mental. (n.d.). Lei n.o 35/2023, de 21 de julho. Recuperado de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Lista de Siglas e Abreviaturas

ART – Artigo

CEDH - Convenção Europeia dos Direitos Humanos

CP - Código Penal

CPP - Código de Processo Penal

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral de Saúde

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria

LSM – Lei da Saúde Menal

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TC - Tribunal Constitucional

UE - União Europeia