

Habeas Corpus: Mecanismo de Supervisão do Internamento Compulsivo

Sofia Morais ^{1,2}, Máximo Colón ³

¹ Interna Formação Específica de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

² Assistente Convidada, Faculdade de Medicina de Coimbra, Portugal

³ Assistente Hospitalar, Serviço de Psiquiatria Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal, Delegação do Centro, Portugal. maximo.f.colon@inmlcf.mj.pt

Nota de autor

Autor correspondente: Sofia Morais, Hospitais da Universidade de Coimbra, Av. Bissaya Barreto e Praceta Mota Pinto, 3001-301 Coimbra, Portugal. Fax: 239 403950; E-mail: sofiamorais86@gmail.com.

Agradecimentos: Os autores manifestam o seu agradecimento ao Juiz de Direito Tiago Santos pela revisão efetuada ao conteúdo deste trabalho, e à *Digital Marketing Developer*, Flávia Cid Nunes, pelas ilustrações técnicas.

Resumo

O *habeas corpus* é uma medida ao dispor de qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, e do doente com doença psiquiátrica, que a pode requerer ao tribunal da área onde o doente está detido. Este procedimento pretende pôr cobro a privações ilegais de liberdade, existindo dois tipos de *habeas corpus*: o preventivo e o liberatório. O *habeas corpus* e o recurso da decisão são dois mecanismos de supervisão do internamento compulsivo, o qual está regulamentado pela Lei de Saúde Mental. No presente artigo realiza-se uma breve descrição relativa aos pressupostos e aos mecanismos de aplicação do internamento compulsivo, e também sobre os mecanismos de supervisão do mesmo. Na avaliação clínico psiquiátrica realizada concluiu-se que não se cumpriam os pressupostos para o internamento nem para o tratamento compulsivo. Em suma, é de relevar a existência de dois mecanismos de supervisão do internamento compulsivo – recurso da decisão e *habeas corpus*, essenciais para que os direitos dos cidadãos estejam assegurados.

Palavras-chave: *Habeas corpus*, Internamento compulsivo, Lei Saúde Mental.

Introdução

1. Internamento compulsivo

Em Portugal o internamento compulsivo (IC) está regulamentado pela Lei de Saúde Mental (LSM), Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Apesar de regulamentar o IC, a LSM foi elaborada com um âmbito mais vasto, para estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental a nível nacional, que incluem: prestar cuidados na comunidade, optar pelo *setting* terapêutico menos restritivo possível, permitir a multidisciplinaridade profissional, efetivar o internamento em hospitais gerais, desenvolver programas de reabilitação psicossocial na comunidade e estabelecer parcerias com a participação mista de ministérios da saúde, segurança social e do emprego (Xavier & Carvalho, 2007).

Mais tarde estes aspetos foram complementados pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, e referidos no último Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008).

1.1. Pressupostos.

O IC em Portugal, depende sempre da formalização por um tribunal, sendo apenas permitido se (e quando) for a única forma de aplicar um tratamento necessário, devendo ser substituído pelo regime de ambulatório logo que possível.

Para se requerer um IC é necessário que sejam confirmadas uma de duas condições ou pressupostos (art.12.º, LSM):

“O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado”;

”Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

1.2. Legitimidade para requer o internamento.

O IC pode ser requerido por (art.13.º, LSM):

- a) *representante legal do portador de anomalia psíquica* (ex.: pais, tutor legal de menor, tutor de interdito,...)
- b) *qualquer pessoa com legitimidade para requerer interdição* (ex.: cônjuge, curador de inabilitado, qualquer parente sucessível)
- c) *autoridades de saúde pública* (diretor geral de saúde, delegados regionais de saúde, delegados concelhios de saúde);
- d) *Ministério Público*;
- e) *qualquer médico, em internamento hospitalar (médico ou cirúrgico) ou em consulta, pode comunicar à autoridade de saúde competente*;
- f) *diretor clínico do estabelecimento onde decorra o internamento voluntário*.

O requerimento de internamento (art. 14.º, LSM) deve ser escrito sem formalidades especiais, dirigido ao tribunal competente com a descrição dos factos que fundamentam a pretensão de internamento, e se possível deve ser acompanhado de elementos que possam contribuir para a decisão do juiz (ex.: relatório clínico-psiquiátrico).

O requerimento é dirigido ao juiz da comarca da área de residência do internando, sendo competente para a sua tramitação o juízo local criminal da respetiva área territorial ou, na sua falta, o juízo de competência genérica, segundo o Decreto-Lei n.º 86/2016, de 27 de dezembro.

1.3. Procedimentos de aplicação.

O IC pode ser desencadeado de duas maneiras: por processo comum ou através do serviço de urgência.

O IC comum é utilizado quando se verificam os pressupostos do art. 12.º LSM e não obriga ao recurso ao serviço de urgência (Figura 1). Caso o IC seja decidido, a admissão é realizada pelo serviço de psiquiatria da área de residência do internando, se necessário com o apoio da policia para a condução do internando ao hospital.

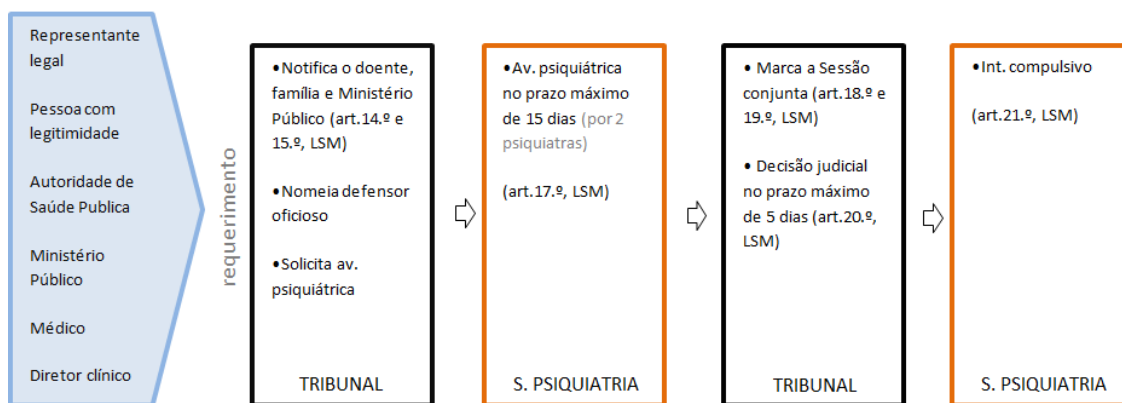


Figura 1. Procedimentos de aplicação do internamento compulsivo por processo comum, segundo a LSM.

O IC de urgência é utilizado sempre que exista perigo iminente para os bens jurídicos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado (art. 22.º, LSM), e se verificarem os pressupostos do art. 12.º n.º1 LSM (Figura 2).

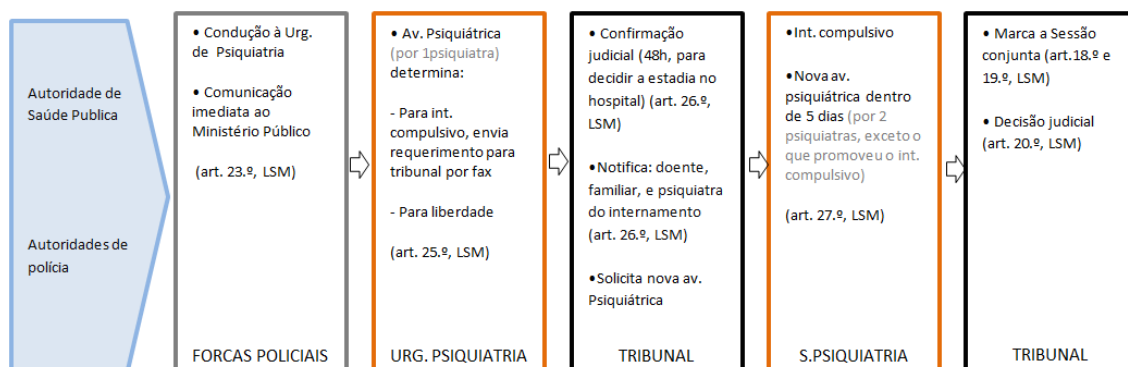


Figura 2. Procedimentos de aplicação do internamento compulsivo de urgência, segundo a LSM.

O local do IC é habitualmente em serviços especializados de psiquiatria de acordo com a área de residência do doente.

A duração do IC não está definida na LSM, contudo este deverá ser imediatamente suspenso nos casos em que o doente aceita o tratamento voluntariamente, devendo esta substituição por regime voluntário, ou por ambulatório compulsivo, ser comunicada, pelo psiquiatra do internamento ou pelo diretor clínico, ao tribunal (art. 33.º, LSM).

O internamento cessa por decisão clínica quando os pressupostos que lhe deram origem cessam (sendo a alta clínica dada pelo diretor clínico da instituição de saúde onde o doente se encontra internado) ou por decisão judicial (art. 34.º, LSM). É obrigatória uma revisão judicial decorridos dois meses após o início do internamento (comum ou de urgência) ou sobre a decisão que o tiver mantido (art. 35.º, LSM).

Durante o internamento, o doente fica com restrição do direito de liberdade, mas os restantes direitos mantêm-se inalterados (ex.: voto, comunicação com a família, receção de visitas, acesso a advogado e a autoridades, envio e receção de correspondência, culto religioso e confidencialidade).

2. Mecanismos de supervisão do internamento compulsivo

Durante todos os procedimentos inerentes ao IC, os direitos do doente estão acautelados, sendo de referir que há dois mecanismos para o doente impugnar a decisão de IC:

2.1) *Habeas corpus*

2.2) Recurso da decisão

2.1. Habeas corpus.

O *habeas corpus* é um procedimento célere com a finalidade de prevenir ou pôr cobro a privações ilegais de liberdade. Em latim a expressão significa “*que tenhas o teu corpo*”, e surge como garantia da liberdade enquanto direito fundamental reconhecido na Constituição da Republica Portuguesa de 1976, última revisão em 2005 (8ª alteração feita pela Lei n.º 1/2005, de 12.08).

O *habeas corpus* está incluído na lei geral - Código de Processo Penal (CPP) (art. 219.º e ss., CPP) e numa lei especial - LSM (art.31.º, LSM). Assim sendo aplica-se a LSM e no que não esteja aí previsto, de uma forma subsidiária, aplica-se o CPP, de acordo com o disposto no art.º 9º da LSM (Figura 3), existindo dois tipos de *habeas corpus*: o preventivo e o liberatório.

O *habeas corpus* preventivo acontece quando alguém se vê ameaçado de ser privado da sua liberdade, e interpõe este procedimento para que esse direito não lhe seja retirado. O *habeas corpus* liberatório acontece depois da detenção, em que o detido pede que lhe seja restituída a liberdade, quando a situação de detenção ofende o direito que lhe é constitucionalmente garantido.

Na LSM, o *habeas corpus* em virtude de privação de liberdade ilegal é uma medida ao dispor do *portador de anomalia psíquica* internado em regime compulsivo, que pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontra internado, a imediata libertação do mesmo. Este mecanismo de supervisão permite reagir contra a privação ilegal de liberdade resultante da decisão judicial. Os seus pressupostos incluem:

a) *estar excedido o prazo de 48 horas, a contar da privação da liberdade, para se proferir a decisão de manutenção ou não do internamento,*

b) *a privação de liberdade ter sido efetuada ou ordenada por entidade incompetente,*

c) a privação de liberdade ser motivada fora dos casos ou condições previstas na LSM.

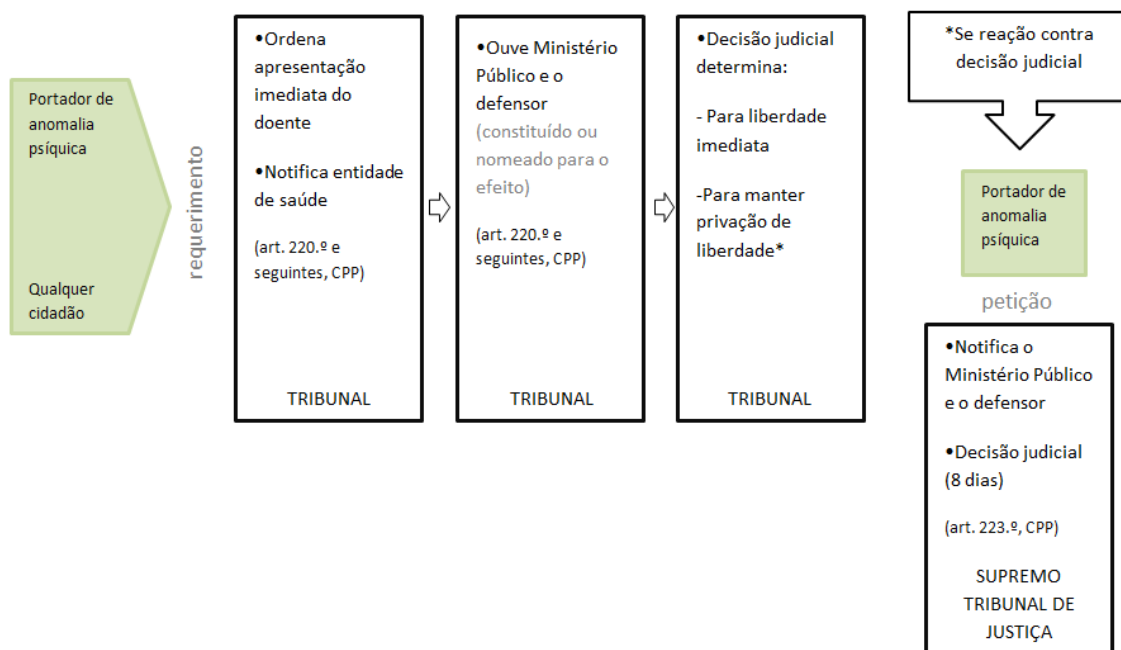


Figura 3. Procedimentos de aplicação do *habeas corpus*, segundo CPP.

Nestes casos de *habeas corpus*, mantem-se a isenção de custas, sendo punível com pena prevista no Código Processo Penal (art.220.º, nº3, CPP) “*qualquer autoridade que levantar obstáculo ilegítimo à apresentação do requerimento ou à sua remessa ao juiz competente*”.

Nos casos de reação contra a decisão judicial, a petição é enviada ao Presidente do Supremo Tribunal de Justiça (art. 223.º, CPP).

2.2. Recurso da decisão.

Para além do mecanismo de *habeas corpus*, a LSM inclui a possibilidade de recurso da decisão (art. 32.º, LSM) para o Tribunal da Relação Competente (Coimbra, Évora, Guimarães, Lisboa e Porto).

De acordo com o art.9.º da LSM, o recurso de todas as decisões é mantida, remetendo a LSM para o art. 399.º e seguintes do CPP, que refere que as decisões judiciais são recorríveis, com exceção das situações em que é referido expressamente a irrecorribilidade.

Pode recorrer da decisão de IC: o internado, o seu defensor, os familiares, o Ministério Público, o representante legal do internado e as autoridades de saúde pública (art.13.º, LSM).

Caso prático

Para além da descrição do caso prático de aplicabilidade do *habeas corpus*, enquanto mecanismo de supervisão do IC, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e consulta na internet utilizando as palavras-chave “*habeas corpus*”, “internamento compulsivo”, “lei de saúde mental”.

1. Caso prático: aplicabilidade de habeas corpus

Identificação: Examinada de 38 anos, sexo feminino, solteira, professora, internada num serviço de psiquiatria.

Motivo da avaliação: A avaliação clínico psiquiátrica foi solicitada pelo tribunal ao então denominado Instituto Nacional de Medicina Legal, alegando que nos autos se tinha questionado a isenção dos médicos psiquiatras que procederam ao IC.

História clínica sumária: A examinada mantém acompanhamento em consulta de psiquiatria desde os 18 anos de idade, por sintomatologia reativa ao luto da mãe. Desde há cerca de dois anos, devido a relação conflituosa mantida com o seu psiquiatra assistente, a examinada terá realizado denuncia publica deste. Após isto, o médico psiquiatra, alegando o diagnóstico de *Perturbação de Personalidade Emocionalmente*

Instável (F60.3, CID-10) com ideação delirante de conteúdo persecutório e ausência de insight, alega perigosidade social, pela qual a examinada deveria ser alvo de avaliação clínico-psiquiátrica.

Em consequência desta avaliação, a examinada é internada em regime compulsivo numa instituição da saúde mental. Três dias depois de ter sido internada, a examinada fez o requerimento de *habeas corpus* em virtude de considerar tratar-se de uma privação ilegal de liberdade. A decisão judicial foi favorável a tal pedido, ordenando a imediata libertação da examinada e o pedido de avaliação clínico-psiquiátrica que motivou a presente exposição.

Desde então, devido a sintomatologia ansiosa, a examinada mantém seguimento em consultas de psiquiatria a nível particular e de psicologia clínica, não lhe tendo sido instituída qualquer medicação psicofarmacológica até ao momento. A examinada relata o episódio de que foi alvo, de forma visivelmente emocionada, com sentimentos de indignação e revolta, uma vez que, em sua opinião, não existiam razões médicas ou psiquiátricas justificativas da medida que lhe foi aplicada.

Parecer psiquiátrico-forense: Os psiquiatras que realizaram a presente avaliação clínico psiquiátrica concluíram que, reunidos os elementos indispensáveis à apreciação do presente caso, quer em termos de história pregressa (incluindo os relativos à avaliação neuropsicológica da personalidade), quer os apurados em termos de exame mental, é de afirmar que a examinada evidencia apenas sintomatologia afetiva, interpretável no contexto de uma *Reação mista de ansiedade e depressão* (F43.22, CID-10), estreitamente relacionada com os factos de que diz ter sido vítima. Na presente avaliação clínico-psiquiátrica, a examinada foi sujeita a uma avaliação da personalidade segundo o *Inventário de Personalidade de Eysenk* (que mostra níveis baixos de

neuroticismo e elevados de extroversão) e pelo *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (com níveis ligeiros na escala de paranóia e de desvio psicopático) que mostram que a examinada não padece de Perturbação da personalidade. Contudo, segundo os psiquiatras que realizaram a presente avaliação clínico-psiquiátrica, será recomendável que mantenha o acompanhamento psiquiátrico regular, que a examinada afirma ter mantido por moto-próprio. Em conformidade com o exposto, os pressupostos previstos no art. 12.º n.º. 1 ou 2, da LSM estão prejudicados, ou seja, a examinada não padece de anomalia psíquica grave. Para além disso não existem razões de natureza clínico-psiquiátrica que justifiquem o tratamento da examinada em regime compulsivo.

2. Caso prático: análise crítica

O presente caso configura uma situação de violação do princípio da proporcionalidade, na sua vertente da necessidade, em relação à medida de internamento aplicada. A examinada alega que a privação de liberdade - o IC - é motivado fora das condições previstas na LSM. Assim, a vertente da necessidade está em causa, porquanto foi aplicada uma medida de internamento que não era necessário aplicar. Das diligências de prova, da qual faz parte a presente avaliação clínico-psiquiátrica, resulta como provado que:

- a examinada padece de “*Reação mista de ansiedade e depressão (...) e não de Perturbação de personalidade*”, nunca sendo objetivada a presença de sintomatologia psicótica, que poderia, esta sim, configurar necessidade de tratamento em regime compulsivo.

- a examinada mantém o acompanhamento psiquiátrico regular, que procurou voluntariamente, e mantém crítica para a sua situação clínica.

Começaremos por salientar, que a situação não se enquadra nas disposições relativas ao IC, ou seja, o facto de a examinada padecer de uma *Perturbação de Personalidade* não configura o pressuposto, legalmente exigido para a compulsividade do tratamento médico previsto no art.12.º da LSM, alegado pelo médico psiquiatra: “portadora de anomalia grave que não possua o discernimento necessário par avaliar o sentido e alcance do consentimento“. No caso em apreço, o requerimento para a situação de IC de urgência foi realizado pelo médico psiquiatra assistente, e enviado à autoridade de Saúde Publica. A examinada foi conduzida pelas forças policiais, ao serviço de urgência de psiquiatria, e após a errada avaliação realizada pelo psiquiatra de urgência que determina o IC, com base no relatório clinico do psiquiatra assistente, o IC foi iniciado e posteriormente confirmado judicialmente, nos termos do art.26.º da LSM.

Atendendo aos aspetos negativos, será de destacar a falta de ética profissional mostrada pelo médico psiquiatra assistente que, na sequência do mau relacionamento com a examinada, elabora um requerimento com informação clinica que não respeita a verdade. Para além disto, a avaliação clinico-psiquiátrica realizada pelo psiquiatra no serviço de urgência de psiquiatria, foi também errada e enviesada pela informação clinica veiculada pelo psiquiatra assistente, visto que a examinada não apresentava sintomatologia psicótica, e portanto, a presença do diagnóstico de *Perturbação de Personalidade*, não cumpria os critérios para ser determinada esta medida de tratamento. De forma evidente, estamos perante um erro medico, punido pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, em que numa relação medico-doente paternalista, o médico exerce a sua autoridade e poder na relação com o doente, baseando-se numa relação de “domínio” por parte do médico e de “submissão” por parte do doente.

Relativamente aos aspetos positivos, o facto de ter sido proporcionado à examinada, a possibilidade de enviar o requerimento de *habeas corpus* no terceiro dia

de internamento, e do procedimento de aplicação do *habeas corpus* ter decorrido no estrito cumprimento do CPP, com a decisão judicial a determinar a liberdade imediata da examinada.

Enquanto clínicos, o interesse do presente caso prático versa sobretudo na importância de recordar a existência do *habeas corpus* - uma providência excepcional destinada a garantir a liberdade individual contra o abuso de autoridade; de lembrar os mecanismos legais subjacentes ao *habeas corpus*; e da necessidade de acautelar a responsabilidade do ato médico.

Conclusão

O caso prático vertido, infrequente na prática psiquiátrica médico-legal, refere-se a um dos mecanismos de supervisão do processo de IC. Na avaliação clínico-psiquiátrica realizada por dois psiquiatras diferentes dos que efetuaram a primeira avaliação que justificaria o internamento, concluiu-se que não se cumpriam os pressupostos previstos para IC (art.12.º n.º1 ou 2, LSM).

Em suma, verifica-se que na LSM os mecanismos de supervisão do IC – recurso da decisão e *habeas corpus* - estão previstos, sendo esta monitorização essencial para que os direitos dos cidadãos estejam assegurados.

Referências bibliográficas

Ministério da Saúde d'Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo.

Xavier, M. & Carvalho A. (2007). *Internamento compulsivo em Portugal: contexto e procedimentos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de http://www.dgs.pt/accao-de-saude...e.../anexo_07_internamento_compulsivo-pdf.aspx.