

O tratamento involuntário da doença mental: uma questão de saúde pública e direitos humanos

Involuntary treatment of mental illness: a question of public health and human rights

Lígia Carvalho Abreu

Doutora em Direito pela Universidade de Genebra

Professora Associada da Universidade Lusófona

Investigadora do Centro de Estudos Avançados em Direito- Francisco Suárez (CEAD)

p3919@ulusofona.pt

Ana Soraia Campos

Mestranda em Direito na Universidade Lusófona

Investigadora do Grupo de Investigação em Direitos Humanos da Universidade Lusófona

anascampos1992@gmail.com

Sumário

1. Introdução. 2. O enquadramento do tratamento involuntário nas políticas portuguesas de saúde pública e da União Europeia. 3. O regime jurídico aplicável ao tratamento involuntário e a sua compatibilidade com os direitos humanos. 4. Conclusão. Referências.

Resumo

A Partindo de um enquadramento científico-jurídico do conceito de doença mental e da sua contextualização nas políticas de saúde pública adotadas por Portugal e pela União Europeia, o artigo reflete sobre o tratamento involuntário previsto na lei portuguesa da saúde mental e da sua conformidade com a Constituição da República, a convenção europeia dos direitos humanos e a jurisprudência do tribunal europeu de direitos humanos sobre esta matéria. Adota-se uma reflexão crítica sobre o tema, apoiada na análise da doutrina e jurisprudência relevante, de forma a demonstrar uma evolução conceptual e jurídica mais humanizada da abordagem à saúde mental. O tratamento involuntário não deve ser aplicado como uma punição, mas como expressão do direito à saúde assente no princípio da dignidade da pessoa humana e no respeito do núcleo essencial do direito à liberdade.

Palavras-chave: tratamento involuntário; doença mental; direitos humanos; direito à saúde.

Abstract

Starting from a scientific and legal framework of the concept of mental illness and of its contextualization within policies of public health adopted by Portugal and by the European Union, the article reflects on involuntary treatment stipulated by the Portuguese law of mental health and of its compliance with the Constitution of the Republic, the European

convention on human rights and the case law of the European court of human rights about this subject. A critical reflection on this theme is undertaken, supported by the analysis of relevant doctrine and case law, in order to demonstrate a more humanized conceptual and legal evolution of the approach to mental health. The involuntary treatment must not be applied as a punishment, but as an expression of the right to health founded on the principle of the dignity of the human person and on the respect of the essential core of the right of freedom.

Keywords: involuntary treatment; mental illness; human rights; right to health.

1. Introdução

O tratamento da saúde mental através de um internamento compulsivo sempre se apresentou para o direito como uma questão complexa e delicada, uma vez que restringe a liberdade individual e ao mesmo tempo pode ser uma forma de garantir o direito à saúde e à segurança do próprio doente e da sociedade. Portugal adoptou, em 2023, uma nova lei relativa à saúde mental: a lei nº 35/2023, de 21 de Julho. Revogando a anterior lei nº 36/98, de 25 de Julho, este diploma veio também alterar o código penal português e o código da execução das penas e medidas privativas da liberdade. É com esta lei que se substitui o conceito de internamento compulsivo pelo conceito de tratamento involuntário de pessoas que carecem de cuidados de saúde mental, dando-se preferência a medidas menos restritivas das liberdades individuais e reforçando-se as garantias de proteção da autonomia do doente.

Estas alterações muito se deveram à evolução da jurisprudência do tribunal europeu dos direitos humanos (TEDH), na sua interpretação do artigo 5 nº 1 alínea e) da convenção europeia dos direitos humanos (CEDH) relativo à liberdade e ao direito à segurança e demais disposições relevantes desta convenção, neste contexto, nomeadamente o artigo 3 que proíbe os tratamentos desumanos ou o artigo 8 onde se reconhece a possibilidade do Estado interferir na vida privada, desde que tal ingerência esteja prevista na lei interna e se justifique em virtude da proteção da segurança nacional, prevenção de crimes ou da proteção da saúde. O TEDH tem-se pronunciado sobre casos de alienação mental, evidenciando a necessidade de harmonização do direito à liberdade com a proteção da integridade física e psicológica do doente, de possíveis vítimas e a segurança da sociedade, no âmbito de um tratamento que, apesar de obrigatório, deve ser prestado em condições condignas e que permitam ao doente a recuperação da sua saúde.

É também com a jurisprudência do TEDH, incluindo alguns votos dissidentes de seus juizes, que se consolida a premissa de que o tratamento involuntário em regime de internamento não deve ser um instrumento de controlo social ou de punição, devendo ser perspectivado como medida de recuperação da autonomia e da saúde do doente.

Tomando como linha de partida a forma como a ciência, a política, a lei interna, a CEDH e a jurisprudência do TEDH se referem à saúde e à doença mental e conceitos associados, o presente artigo é escrito com objetivo de analisar a legalidade do tratamento

involuntário da doença mental através de internamento decretado por autoridade judicial. Como e em que medida se pode justificar a restrição da liberdade individual através da imposição do tratamento involuntário da doença mental? Para responder a esta questão utilizamos uma metodologia teórica de análise da legislação portuguesa constitucional e infraconstitucional, da jurisprudência nacional e do TEDH, apoiada na doutrina. Neste contexto, analisamos o enquadramento jurídico do tratamento involuntário da doença mental em Portugal e da sua conformidade com os direitos humanos. Num tom reflexivo, propomo-nos indagar sobre o desafio da doença mental no âmbito dos direitos humanos e como problema de saúde pública.

2. O enquadramento do tratamento involuntário nas políticas portuguesas de saúde pública e da União Europeia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como um “estado de bem-estar” (OMS, Out. 2025, p. 1) inerente à pessoa humana, permitindo que esta possa desenvolver todas as suas capacidades, no trabalho, a nível da aprendizagem ou na sua vida pessoal, consiga lidar com as situações exigentes da sua vida e ajudar de forma positiva a comunidade onde está inserida. A ausência ou limitação desse bem-estar psíquico e físico está na origem da doença mental, afetando o indivíduo que dela padece e a sua relação com a sociedade.

A doença mental é caracterizada pela lei portuguesa da saúde mental, no seu artigo 2 alínea a), como uma “perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional e comportamental”, abrangendo o elenco de transtornos da classificação internacional de doenças da OMS. De acordo com esta classificação, a doença mental pode reportar-se a vários tipos de perturbações, tais como a ansiedade, os ataques de pânico, a esquizofrenia, a bipolaridade, entre outros transtornos de personalidade passíveis de desencadear comportamentos psicóticos e, por conseguinte, por em risco a vida do doente e demais pessoas (OMS, 2018).

Na Europa, a saúde mental está em declínio. Estima-se que cerca de 17% dos cidadãos europeus sofra de uma perturbação mental, e um em cada três indivíduos não recebe o tratamento adequado de que necessita (The Lancet, 2025). Segundo um inquérito do Eurobarómetro, 46% dos cidadãos da União Europeia, padeceu, num período de 12 meses, de algum tipo de problema psicológico ou emocional (Comissão Europeia, 2023).

Neste contexto, a OMS aponta também que, na Europa, uma em cada seis pessoas enfrenta um problema relativo à sua saúde mental, a taxa de suicídio é muito elevada – aproximadamente 120 mil pessoas suicidam-se por ano – e não existem profissionais suficientes especializados em cuidados de saúde mental (OMS, Jun. 2025).

Em Portugal, o plano nacional de saúde 2030, aprovado pela resolução do conselho de ministros nº 93/2023, identifica os problemas com maior amplitude e em expansão no domínio da saúde mental: ansiedade, depressão e dependências de álcool e drogas (Portugal, 2023).

A doença mental pode ter origem em elementos subjetivos associados à vida de cada indivíduo, tais como a predisposição genética, o desemprego, a toxicodependência, o

bullying, entre outros. Todavia, conjunturas sociais, económicas e ambientais de impacto global, nomeadamente guerras, eventos meteorológicos extremos provocados pelas alterações climáticas ou a inflação relativamente a bens essenciais, podem favorecer o aparecimento de perturbações mentais.

Ademais, a doença mental mais grave pode desencadear a prática de crimes, como por exemplo, homicídios, atos de terrorismo, incêndios florestais etc..., apresentando-se como uma ameaça à segurança pública.

Assim, em virtude dos comprovados dados estatísticos e das consequências sociais e económicas negativas da doença mental, o seu tratamento é uma questão urgente de saúde pública.

Um dos princípios fundamentais da saúde pública é o princípio da transversalidade e da integração que obriga a que as políticas públicas nas mais diversas matérias, como por exemplo, na saúde, no ambiente, no trabalho, entre outras, incorporem as preocupações e valores relevantes da sociedade, com impacto nesses domínios, na definição e execução dessas políticas, de forma a conseguir dar uma resposta concertada e coerente a essas preocupações. Consequentemente, a saúde e o tratamento da doença mental devem integrar as políticas públicas de forma transversal. É com este fundamento que se desenham as políticas portuguesas e da União Europeia em matéria de saúde mental (Comissão Europeia, 2023 e Portugal, 2023).

Em harmonia com a política da União Europeia e com agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), o plano nacional de saúde 2030 está orientado para a prevenção da doença mental. A prevenção da doença mental carece de um sistema nacional de saúde diligente, que consiga responder, atempadamente, às necessidades das pessoas. Os atrasos e a falta de periodicidade regular de consulta de especialidade, por exemplo, em psiquiatria ou psicologia, são um dos problemas do serviço nacional de saúde português (SNS). De forma a ultrapassar este problema do sistema público, o orçamento de Estado de 2026 aprovou o cheque de saúde mental para pessoas que careçam de cuidados neste âmbito e que pode ser utilizado no sistema privado ou social de saúde quando estas pessoas não conseguem consulta ou tratamentos de forma atempada no SNS (Portugal, 2025).

No plano das terapias, a União Europeia e Portugal consideram ser necessário reforçar a capacidade das unidades hospitalares e a formação dos profissionais de saúde (Comissão Europeia, 2023 e Portugal, 2023). O tratamento em condições condignas depende não só da qualidade e salubridade das infra-estruturas disponíveis, mas também da compreensão das necessidades do doente.

A Comissão Europeia tem desenvolvido projectos, em conjunto com a OMS e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) para assistir tecnicamente e capacitar os profissionais de saúde dos Estados – membros a adoptarem as melhores práticas relativas à prevenção e tratamento da saúde mental (Comissão Europeia, 2026). Em 2024 foi adotado o projecto EU-PROMENS com medidas para facilitar a formação e o intercâmbio de profissionais de saúde mental dos Estados-membros da União Europeia (EU-PROMENS, 2024).

Todavia, mesmo que o tratamento da doença mental seja uma prioridade da política pública, nem sempre aquele que padece de uma doença aceita, de forma voluntária, ser tra-

tado, negando até a existência da doença ou não possui discernimento suficiente para aceitar de livre vontade o tratamento. Surge, assim, na lei, a figura do tratamento involuntário, ou seja, aquele que é “decretado ou confirmado por autoridade judicial, em ambulatório ou em internamento”, tal como é definido pelo artigo 2 alínea b) da lei portuguesa da saúde mental.

O tratamento involuntário em ambulatório é menos limitador da liberdade individual na medida em que a pessoa recebe os cuidados médicos no hospital ou na clínica, mas não necessita de permanecer internada nessas unidades de saúde. Este tipo de tratamento é decretado quando a pessoa carece de acompanhamento médico, mas a sua condição de saúde está estabilizada e tem capacidade de autonomia. Quando o tratamento em ambulatório não é suficiente para curar o indivíduo, de acordo com declarações médicas que atestem um estado psíquico que ponha em risco a integridade física e psicológica ou a vida do doente ou de terceiros e é necessário monitorizar o seu comportamento e os efeitos da medicação e terapias de forma mais permanente, o internamento é a forma de tratamento involuntário que se impõe.

No internamento involuntário, o paciente permanece, com pernoita, na unidade de cuidados de saúde pelo tempo que for fixado na decisão judicial. A duração do internamento é objecto de revisão por parte do juiz tendo por base relatórios médicos actuais que atestem o estado de saúde do doente.

O internamento será sempre decretado para os casos mais graves de doença mental. Como medida subsidiária e de última ração, o internamento deverá ter uma finalidade terapêutica e de reabilitação psicossocial. É neste sentido que se define a política portuguesa e da União Europeia, enfatizando-se também a necessidade de eliminar o estigma em relação à doença mental, e, neste contexto, promover a literacia sobre saúde mental e as actividades artísticas e desportivas na comunidade (Comissão Europeia, 2023 e Portugal, 2023). Ademais, Portugal tem como objetivo expandir a rede nacional de cuidados continuados integrados de saúde mental. Não só se prevê o aumento de camas nestas unidades de saúde, como também o reforço dos cuidados ao domicílio. Neste contexto, o orçamento de Estado de 2026 prevê no seu artigo 32 “o alargamento das equipas comunitárias de saúde mental” que nos termos do artigo 18 n.º 1 do decreto-lei n.º 113/2021 de 14 de Dezembro, sobre os princípios gerais e regras de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, são equipas multidisciplinares, compostas por enfermeiros, psicológicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros, que prestam “cuidados a uma população de 50000 a 100 000 habitantes” (Portugal, 2021, artigo 18 n.º 1). Esta prestação de cuidados de saúde é realizada de forma a integrar no processo o utente, a sua família e instituições públicas ou privadas da comunidade. Estas equipas efectuem visitas ao domicílio do doente, realizam consultas ou terapias de grupo, entre outras actividades elencadas no artigo 18 n.º 3 do referido decreto-lei.

No plano de saúde 2030 estabelece-se como meta a inovação através da utilização de meios tecnológicos e de inteligência artificial, “big data, machine learning e modelos de análise preditiva” (Portugal 2023, p. 97) para conhecer de forma precisa as necessidades de saúde da população e permitir intervenções do SNS mais “custo-efectivas, contribuindo para o desenvolvimento de uma saúde pública de precisão, que possibilite a implementação da estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa” (Portugal 2023,

p. 97).

Estas políticas estão em conformidade com as orientações e o código de ética da associação europeia de psiquiatria quanto à abordagem a ter em relação ao tratamento involuntário através de internamento como medida de último recurso, apenas aplicável quando outras medidas, como por exemplo o tratamento em ambulatório, já não se mostrem, do ponto de vista médico, eficazes no tratamento do doente, comprometendo a segurança deste e de terceiros e à necessidade de se implementarem medidas inovadoras alternativas ao tratamento coercivo que estimulem prevenção da doença, a dignidade do paciente, a sua participação na definição do programa de tratamento e a inserção social (Kuzman, Fiorillo e Beezhold, 2025).

Se por um lado, o Estado cumpre um dos seus fins ao manter em vigilância o doente mental, garantindo a segurança deste e da sociedade, por outro lado proteger alguém com perturbações cognitivas ou comportamentais é um dever do Estado para com o indivíduo, no âmbito das suas obrigações relativas à saúde e à vida humana. Assim o dispõe a Constituição da República portuguesa (CRP) na sua norma programática consagrada no artigo 9 sobre as tarefas fundamentais do Estado relativamente à garantia dos direitos fundamentais ou no artigo 64 n.º 3 alínea a) onde se elencam as principais incumbências do Estado português, nomeadamente “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação”.

Os princípios da universalidade e da igualdade, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, estão também presentes no plano de saúde 2030. É destes princípios que deriva a finalidade de reduzir as desigualdades que ainda subsistem no acesso a cuidados de saúde em todo o território, e em particular nas regiões e populações mais vulneráveis, como a região sul e as pessoas de menores rendimentos, tal como evidenciado pelo plano de saúde 2030 (Portugal, 2023).

3. O regime jurídico aplicável ao tratamento involuntário e a sua compatibilidade com os direitos humanos

A doença mental nem sempre foi tratada de acordo com uma abordagem humanizada ou até mesmo como uma doença. O estudo da mente humana, na sua origem ou na fase inicial de desenvolvimento como ciência, considerava que um indivíduo poderia atingir um estado animalesco e de anormalidade, justificando esse estado o encarceramento temporário ou até perpétuo. A evolução da psiquiatria e da psicologia, aliada à descoberta de medicamentos de cura ou controlo de problemas mentais, está na origem da mudança de entendimento quanto aos problemas da mente (Ferreira, 2024). Do indivíduo como anormal, sem direito à sua autonomia e estigmatizado pela sociedade passa-se, paulatinamente, ao indivíduo como doente, e aquele que carece de cuidados de saúde mental.

A CRP faz referência à doença mental como motivo para a restrição da liberdade, utilizando o conceito de anomalia psíquica, nos termos fixados no artigo 27 n.º 3 alínea h): todo o indivíduo tem direito à liberdade, mas se for “portador de anomalia psíquica” pode ser internado “em estabelecimento terapêutico adequado” mediante decisão de autoridade judicial (Portugal, 1976).

A anomalia psíquica é caracterizada como perturbação mental e comportamental mediante a qual a capacidade cognitiva é afectada. A pessoa com anomalia psíquica não tem discernimento suficiente para reger a sua pessoa e bens de forma autónoma.

A lei fundamental portuguesa é, em conformidade com o seu artigo 16 n.º 2, interpretada de acordo com a declaração universal dos direitos humanos e demais instrumentos jurídicos de direitos humanos. A CEDH, e a interpretação que o TEDH faz desta convenção, é um dos instrumentos mais citados pela jurisprudência portuguesa no âmbito da tarefa interpretativa dos direitos fundamentais da CRP.

A CEDH também prevê uma disposição de restrição da liberdade em caso de doença mental, através do uso do conceito de alienado mental.

A alienação mental é uma perturbação persistente que limita o desenvolvimento pessoal autónomo. O estado de alieação mental limita o discernimento e a compreensão da realidade. Na medida em que a alienação mental e a anomalia psíquica se reportam a um estado mental incapacitante, existe uma grande proximidade conceptual entre ambos.

A tarefa de definir o conceito de alienação mental e de anomalia psíquica, ou até de afastar tais conceitos a favor de outros, sempre deverá acompanhar o progresso da ciência médica e psiquiátrica e também a forma como a sociedade encara a saúde e a doença mental.

Neste sentido se pronunciou o TEDH nos acórdões *Rakevich c. Rússia* e *Winterwerp c. Países Baixos*, ao considerar que o conceito de alienado mental não se presta a definições precisas, uma vez que a psiquiatria e os tratamentos e fármacos nesta área evoluem, bem como a percepção e atitude da sociedade face a este problema (TEDH, 2003, § 26 e TEDH, 1979, § 37). Assim, o que poderá ser considerado alienação mental hoje, poderá não o ser num futuro próximo.

Ademais, uma interpretação fixa e restrita do conceito de alienado mental por parte do TEDH conduziria à exclusão de conteúdo relativo ao conceito fixado pela lei de alguns Estados ou pela actividade interpretativa do poder judicial interno (Silva, 2024).

Apesar de não serem conceitos estáticos, a definição do que é alienação mental ou anomalia psíquica, e a sua existência, sempre deverá ser fixada por critérios objetivos médicos que comprovem o tipo de perturbação ou doença e o seu grau de gravidade (Vilela, 2024). Neste seguimento, um indivíduo não é alienado mental pelo simples motivo de ter opiniões e práticas de vida diferentes da maioria das pessoas (TEDH, 1979, § 37). A liberdade de expressão é uma liberdade individual e é indissociável de um Estado de direito democrático.

Ainda no domínio dos conceitos ligados à doença mental, a terminologia adoptada pelo legislador não deve ser redutora ou estigmatizante. Neste âmbito, importa lembrar a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, onde se expressa a obrigação de não discriminação de pessoas com incapacidades mentais duradouras, de modo a que não sejam impedidas de fazer parte da sociedade de forma “plena e efectiva” (ONU, 2006, artigo 3 alínea 6)). Neste contexto, a incapacidade mental não deve ser o motivo para a privação da liberdade. Assim dispõe o artigo 14 n.º 1 alínea b) da referida convenção. Este preceito, à semelhança do artigo 5 n.º 1 alínea e) da CEDH, revela-nos que privação da liberdade de pessoa com doença mental não se justifica pelo facto de esta padecer de doença

mental, mas porque existem critérios fixados pela lei ao abrigo dos quais tal restrição à liberdade individual se justifica, com respeito pelos princípios fundamentais dos direitos humanos, também incorporados na Constituição do Estado e nas suas leis infraconstitucionais subordinadas a esta. Não se admitindo, assim, privações de liberdade baseadas em presunções de risco ou percepções subjetivas de perigosidade associadas à estigmatização das incapacidades de natureza mental.

A lei portuguesa da saúde mental de 23 de Julho de 2023 eliminou os conceitos de “portadores de anomalia psíquica” e “pessoas com doença mental” consagrados na anterior lei da saúde mental de 1998 (Portugal, 1998, artigo 1), substituindo-os por “pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental” (Portugal, 2023, artigo 1). Esta opção legislativa está em consonância com o dever do Estado, consagrado no artigo 64 da CRP, de garantir os cuidados de saúde a todos os cidadãos, quer estes padecem de doença mental ou apenas tenham transtornos ligeiros e passageiros. Qualquer cidadão pode, no decorrer da sua vida, sofrer de algum desequilíbrio psicológico e emocional ou estar à beira de o sofrer.

Desta forma, a terminologia agora adotada pela lei portuguesa da saúde mental de 2023 surge como um manto normativo para qualquer alteração psicológica, alargando o espectro dos destinatários das medidas de proteção da saúde mental. Esta lei consagra, assim, a proteção da saúde mental numa dupla dimensão: reparadora e preventiva.

Quanto à legalidade da aplicação do tratamento involuntário, a jurisprudência do TEDH é unânime: qualquer medida restritiva da liberdade deve obedecer aos requisitos fixados na lei interna do Estado e o procedimento em causa deve ser efectuado em conformidade com o direito substantivo e processual interno que acautelem os direitos do indivíduo. Os Estados têm, assim, um dever de vigiar e garantir que o seu direito interno é aplicado. É nestes termos que o TEDH se pronuncia, por exemplo, no caso M.B. contra Espanha (TEDH, 2025, § 68), no qual a requerente, a Senhora M.B., diagnosticada com doença mental, apresenta uma queixa contra a Espanha por violação do artigo 5 n.º 1 alínea e) da CEDH em virtude de ter sido presa preventivamente ao abrigo do artigo 351 do código penal espanhol pela prática de crime de incêndio, uma vez que incendiou o apartamento onde residia. No momento da prática dos factos, constatou-se que a requerente ingeriu uma quantidade considerável de álcool, agravando o seu problema de saúde mental.

Em Portugal, a legalidade da aplicação do tratamento involuntário fundamenta-se no “princípio da tipicidade constitucional das medidas privativas da liberdade (Gomes Canotilho e Vital Moreira, 2007, p. 479) no âmbito do artigo 27 CRP, no regime jurídico dos direitos, liberdades e garantias consagrado no artigo 17 e 18 da lei fundamental, e também no princípio da reserva relativa de lei e na necessidade de intervenção judicial.

Tal como decorre da interpretação do artigo 17.º da CRP, o regime jurídico do artigo 18 da lei fundamental, aplica-se aos direitos, liberdades e garantias pessoais elencados no capítulo I do título II da CRP, onde se insere o artigo 27 que consagra o direito à liberdade e à segurança.

A restrição aos direitos fundamentais não deve ser arbitrária e deve seguir as regras do artigo 18 da CRP. O artigo 18 n.º 1 consagra o princípio da aplicabilidade direta e imediata dos direitos fundamentais, ou seja, o exercício do direito por parte do seu titular não depende do reconhecimento deste direito por parte de uma lei infraconstitucional, nem está dependente de “condições económicas e sociais favoráveis” (Gouveia, 2021, p. 373),

bastando a sua consagração na CRP para se imporem a todas as entidades públicas e privadas.

De acordo com o artigo 18 n.º 2 da CRP as restrições aos direitos fundamentais só são admitidas nos casos expressamente previstos nessa lei. Nos termos do artigo 164 n.º 1 alínea b) da CRP, os direitos, liberdades e garantias, e suas restrições, são matéria da competência legislativa exclusiva relativa da Assembleia da República, podendo este órgão, mediante lei de autorização, autorizar o Governo a legislar neste âmbito.

O artigo 18 n.º 2 consagra a possibilidade da existência de limites internos aos direitos fundamentais. Um desses limites encontra-se no artigo 27 n.º 3, ou seja, é um limite ao direito à liberdade através do internamento “de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.” É o órgão judicial que aplica a medida de internamento, de forma fundamentada, e tendo por base os princípios constitucionais da igualdade, da proporcionalidade, da não retroactividade e da proteção do núcleo essencial do direito fundamental, avaliando a possibilidade de adoptar medidas menos gravosas do que o internamento.

A não arbitrariedade ao nível da aplicação do tratamento involuntário é acautelada pela CRP e pela lei da saúde mental que fixa, no seu capítulo IV, os pressupostos formais e materiais e os limites ao internamento involuntário.

Em caso de comprovada doença mental, que ponha em risco pessoas e bens, e recusa de tratamento prescrito por psiquiatra, a lei portuguesa da saúde mental prevê que o tratamento involuntário seja realizado sempre que possível em ambulatório e só em casos excepcionais, através de internamento (artigos 15 n.º 1 e 3 e 27 da lei da saúde mental). Esta é uma inovação da lei da saúde mental de 2023, uma vez que a lei de 1998 previa que o tratamento em ambulatório como medida de substituição, apenas aplicável após a decisão de internamento. O internamento é decerto para situações mais graves e quando é a única alternativa que permite aplicar ao doente o tratamento clinicamente adequado (artigos 15 n.º 3 e 27 n.º 1 da lei da saúde mental). Esta tem sido, aliás a tendência interpretativa da lei por parte da jurisprudência portuguesa, nomeadamente no acórdão do tribunal da relação do Porto, processo 2415/24.0T8VNG.P2 de 19 de Fevereiro de 2025, no qual expressamente se refere que o tratamento involuntário “é preferencialmente realizado em ambulatório, estando o internamento reservado para os casos em que essa seja a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, devendo, ainda assim, cessar logo que o tratamento possa ser retomado em ambulatório” (Tribunal da Relação do Porto, 2025, § II). O tratamento em regime de internamento é, assim, uma medida de ultima ratio, e, segundo o supracitado acórdão, sendo uma medida que restringe “direitos, vontade e preferências da pessoa necessitada de tratamento involuntário”, a sua aplicação deve obedecer ao princípio da proporcionalidade (Tribunal da Relação do Porto, 2025, § II).

A proporcionalidade compreende três dimensões: a adequação, a necessidade e a proporcionalidade em sentido estrito. Concordamos com Vieira de Andrade, segundo o qual a medida, no nosso caso o internamento involuntário, deve ser aplicada se for absolutamente necessária para atingir o fim pretendido (Vieira de Andrade, 2000): a garantia da saúde e segurança do doente. Tal necessidade obriga a que se ponderem diversas alternativas e se escolha aquela que, segundo uma avaliação de custos e benefícios para o doente e a sociedade, permita conciliar os dois lados desta problemática: a segurança da

sociedade e os direitos do doente em internamento. Neste contexto, deverá ser escolhida a alternativa menos lesiva do destinatário da medida, aquela a quem é aplicada a medida de internamento, acautelando-se também a segurança de terceiros, da sociedade ou como afirma Vieira de Andrade “os valores comunitários envolvidos” (Vieira de Andrade, 2000, p. 75) e, claro, do próprio doente.

O princípio da proporcionalidade é o princípio da “justa medida” entre a lei que restringe direitos fundamentais e os fins que esta visa (Canotilho e Moreira, 2007, p. 393), para que a restrição não seja excessiva. Sendo o internamento ou a terapia em causa, após a ponderação de várias alternativas, o meio mais adequado para curar o estabilizar a doença.

São várias as disposições da lei da saúde mental que acautelam o princípio da proporcionalidade. Entre elas destacamos, as normas 11 n.º 1 e 2 e 15 n.º 4, mediante as quais: as medidas restritivas dos direitos ou que possam contrariar a vontade da pessoa a quem foi prescrito o tratamento involuntário devem ser as “estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento, à segurança e à normalidade do funcionamento da unidade de internamento” (artigo 15 n.º 4); o isolamento ou outras medidas de contenção física ou química só devem ser usadas no tratamento se outras alternativas não existirem para prevenir os danos à integridade física da pessoa que carece do cuidado de saúde mental ou de terceiros e sempre “na medida do estritamente necessário (...) e por um período limitado à estrita necessidade” para prevenir esses danos (artigo 11 n.º 1 e n.º 2).

A aplicação do princípio da proporcionalidade no âmbito das decisões judiciais que decretam o internamento involuntário obriga à que seja ponderado o grau de perigosidade em causa, o valor do bem jurídico que se pretende defender e a gravidade da doença.

É esta a posição da jurisprudência portuguesa, que pode ser constatada, por exemplo, no acórdão do tribunal da relação de Évora, no processo n.º 276/14.6TBLLE.E1, de 14 de Julho de 2015 sobre a revisão da medida de tratamento involuntário em ambulatório. Neste sentido, se pronunciou também o TEDH no caso Winterweep c. Países Baixos, ao considerar que a legalidade do internamento involuntário depende: da existência de relatório médico objectivo, imparcial e actual que ateste a gravidade e persistência da perturbação mental, de tal forma que o indivíduo represente um perigo efectivo para si próprio ou para terceiros ou a gravidade da doença seja de tal ordem que inviabilize o tratamento em ambulatório, bem como a renovação do internamento dependerá sempre de um novo relatório actual sobre o seu estado de saúde mental que comprove a necessidade da manutenção do tratamento para a recuperação do doente, uma vez que a doença ainda subsiste (TEDH, 1979, § 39). Um relatório actual será aquele que se reporta ao momento em que medida é aplicada e não ao momento da prática dos factos. Por exemplo, no caso M.B c. Espanha, o TEDH observou que avaliação realizada pelos tribunais espanhóis sobre o estado mental da requerente reportou-se à data da prática dos factos, ou seja à data da prática do crime de incêndio que aconteceu dois anos antes da aplicação da medida (TEDH, 2025, § 78). É com base nesses relatórios que a autoridade judicial deverá decertar o internamento. Um diagnóstico vago ou impreciso, baseado num perigo abstracto e não actual, não é suficiente para decretar o internamento. O perigo deve ser comprovadamente efectivo e real, não podendo estar em causa um receio social ou um alarme difundido pelos meios de comunicação social.

Não é um qualquer risco hipotético e abstracto que legitima uma medida de interna-

mento. É necessária uma demonstração cabal e empírica de um grau concreto de perigo específico, que seja suficientemente severo e gravoso, quer para o doente quer para terceiros (TEDH, 2025, § 72).

A legalidade do internamento depende da continuidade da doença mental, não podendo a medida ser decretada por prazo indeterminável ou sem previsão de término. Mesmo nos casos em que o doente comete crimes, pois o princípio da legalidade, em matéria penal, proíbe a não determinação da durabilidade das penas. Assim, nos termos do artigo 25 n.º 2 da lei da saúde mental prevê a revisão periódica da decisão de internamento, “decorridos dois meses sobre o início do tratamento ou sobre a decisão que o tiver mantido”. E, também, a estrita necessidade da medida terapêutica obriga à limitação da sua aplicação no tempo, nos termos do artigo 11 n.º 2 da lei da saúde mental, assim como, e segundo o artigo 26 da mesma lei, o tratamento deve terminar quando “cessam os pressupostos que o justificaram”, como por exemplo, a doença mental já não existe ou está controlada.

Apesar do internamento involuntário ser uma medida que pode ser aplicada ao doente, contrariamente à sua vontade, tal não significa que esvazie o núcleo essencial da liberdade. O direito à liberdade expressa-se numa liberdade física e psicológica, que abrange a liberdade de locomoção, não ser detido, preso nem confinado de forma arbitrária. O direito à liberdade e a proibição da detenção ou prisão arbitrária estão consagrados em vários instrumentos jurídicos de direitos humanos, nomeadamente no artigo 3 da declaração universal dos direitos humanos (DUDH), no artigo 6 da carta dos direitos fundamentais da União Europeia, no artigo 9 do pacto internacional sobre os direitos civis e políticos ou ainda no já referido artigo 5 n.º 1 da CEDH. É com base nestes preceitos normativos que o TEDH exige aos Estados a aplicação do tratamento involuntário em regime de internamento no estrito respeito de requisitos de legalidade, dignidade, igualdade e proporcionalidade.

A par deste direito à liberdade, existem outras liberdades individuais, a título de exemplo, a liberdade de expressão, a liberdade religiosa, entre outras, bem como outros direitos que não devem ser eliminados. Portanto, a decisão de internamento limitadora das liberdades individuais será legal se obedecer ao princípio da proporcionalidade, em conjugação com o princípio da igualdade e não discriminação e princípio do respeito pelo núcleo essencial do direito em questão.

Por exemplo, no caso TEDH, *Winterwerp c. Países Baixos*, o requerente, o senhor Winterwerp, foi submetido a internamentos sucessivos em instituição psiquiátrica entre 1968 e 1970, inicialmente por via administrativa e, posteriormente, através de autorizações judiciais renovadas anualmente a pedido da esposa ou do Ministério Público. Na queixa ao TEDH, o requerente alegou que não foi ouvido pelo tribunal que ordenou o internamento, não lhe foi facultada assistência jurídica nem lhe foram notificadas as decisões e não lhe foi concedida a possibilidade de contestar o conteúdo dos relatórios médicos que serviram de prova documental ao internamento (TEDH, 1979, § 10).

Ficando provado que houve a violação do direito a um processo justo e equitativo, a actuação judicial não é proporcional na medida em que a restrição deste direito não é adequada nem necessária para concretizar o fim que se pretende, esvazia o conteúdo essencial do direito em causa e não respeita o princípio da igualdade no que diz respeito ao acesso ao direito.

Apesar do direito à liberdade ser limitado, não deverá a decisão do juiz afectar o nú-

cleo essencial desse mesmo direito, ou seja, deverá assegurar que o doente consegue usufruir de um mínimo de autonomia essencial ao desenvolvimento pessoal, sem comprometer a finalidade do tratamento involuntário (Abreu, 2024). Assim, o indivíduo mantém na sua esfera jurídica a autonomia necessária compatível com uma privação da liberdade não arbitrária. Tem o direito a ser esclarecido, a ser compreendido, a se pronunciar sobre tudo o que diga respeito ao seu tratamento. Sobre este assunto, o TEDH sublinhou, no acórdão *Rooman c. Bélgica*, a importância da comunicação entre o paciente institucionalizado, o médico e demais pessoal da unidade de tratamento (TEDH, 2019, § 156). No caso concreto, o requerente, o senhor Rooman, belga, mas pertencente a uma comunidade de língua alemã, estava internado num hospital na zona francófona da Bélgica. O TEDH considerou que apesar do requerente ter tido contacto com uma enfermeira que falava alemão, esses contactos não foram suficientes e a ausência de uma efectiva comunicação, sobre o tratamento, entre o requerente, que não compreendia a língua francesa e os médicos, que não falavam alemão ou os atrasos na adopção de medidas que permitissem tal comunicação, são obstáculos a um tratamento adequado (TEDH, 2019, §§ 68, 154 e 156).

A pessoa internada não é objecto do tratamento. Ela é sujeito activo e destinatário desse tratamento. E, por conseguinte, deve ser ouvido aquando do processo de decisão de internamento e da sua renovação. A lei da saúde mental assegura estes direitos, em conformidade com a CRP, nos seus artigos 7, 8, 18 e 35.

Neste sentido, pode recusar o tratamento ou algumas terapias que, mediante parecer médico, têm mais efeitos secundários ou são mais invasivas do que outras que poderiam ser escolhidas. Embora a liberdade tenha limites, quando está em causa proteção do doente, também é inegável que a dignidade da pessoa humana e os valores sobre os quais repousam as nossas condutas se medem pela capacidade de decisão sobre a própria vida. Todavia, a pessoa com doença mental é uma pessoa particularmente frágil, desprovida de capacidade suficiente para ter uma percepção correcta da realidade, até porque, muitas vezes, está convicto de que não padece de nenhuma doença, justificando-se, assim, a ingerência do Estado na sua vida, dado o seu estado desprotegido, pelo que se permanecesse em liberdade seria uma ameaça à sua segurança e da sociedade.

A segurança pública é um fim fundamental do Estado. A colisão entre liberdade e segurança não significa que um dos direitos deva automaticamente prevalecer sobre o outro. É possível harmonizar liberdade e segurança, restringindo um dos direitos sem eliminar o conteúdo essencial do outro. Importa não esquecer que todos os direitos humanos são irrenunciáveis e inalienáveis (Abreu, 2024). Assim, com o internamento involuntário a liberdade do indivíduo é diminuída mas não é eliminada. Restar-lhe-á sempre uma dimensão mínima de autonomia pessoal que nenhuma medida, seja ela decorrente de pena de prisão ou do internamento em instituição psiquiátrica, lhe poderá retirar.

A referida compatibilidade entre os direitos em causa só se logrará se o internamento se traduzir num apoio, por parte do Estado, à autonomia do doente, visando ajudá-lo a recuperar o seu discernimento e sua capacidade de entendimento.

A legalidade do internamento pauta-se também por outros requisitos patentes na lei da saúde mental, encontrando o seu fundamento em direitos e princípios, nomeadamente na interligação entre dignidade da pessoa humana, liberdade e direito à saúde.

A dignidade da pessoa humana é um princípio axiológico e universal do sistema de

proteção dos direitos humanos, fixando o conteúdo essencial desses direitos.

A dignidade da pessoa humana significa que cada indivíduo tem direito ao livre desenvolvimento pessoal. Sem saúde mental o desenvolvimento pessoal fica comprometido. Uma existência livre, quer física quer cognitiva, incluído o respeito pelo corpo e mente de si próprio e do outro é uma garantia de bem-estar mental.

Esta premissa justifica a finalidade do tratamento involuntário consagrado no artigo 14 da lei da saúde mental: “a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”. Todavia, tal premissa também justifica a obrigação desse tratamento ser realizado em condições condignas. O respeito pela dignidade da pessoa humana, aliado à saúde, impõe que não se sujeite o indivíduo a tratamentos e penas degradantes. As pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental através de internamento, não perdem a sua dignidade enquanto pessoa humana.

No caso *Rooman c. Bélgica*, o TEDH considera que a legalidade do internamento também se pauta pela existência de um plano de tratamento efectivo e adequado durante todo o internamento com vista a curar ou controlar a doença mental, (TEDH, 2019, § 146), e, conseqüentemente, eliminar o potencial de perigosidade do indivíduo com vista a sua reinserção social (Silva, 2020). De acordo com o TEDH, para que se considere o tratamento adequado não é suficiente a constatação de que o indivíduo foi examinado por um médico e recebeu um tratamento (TEDH, 2019, § 147). A adequação do tratamento depende da existência de um registo detalhado do estado saúde e das terapias, durante o tempo que o indivíduo ficou privado da sua liberdade, da celeridade e exactidão do diagnóstico e cuidados de saúde aplicados, da regularidade da supervisão médica, da adoção de terapias destinadas a tratar a doença em causa ou prevenir o seu agravamento e de tratamento em unidades hospitalares destinadas ao tratamento psiquiátrico e psicológico, tal como é disponibilizado para a população em geral e não em estabelecimento prisional sem condições de tratamento (TEDH, 2019, § 147). Tal como veio a esclarecer o TEDH no acórdão *Rooman c. Bélgica*, o internamento prolongado sem tratamento adequado que permita a reabilitação do paciente ou o controlo da sua doença é um facto que poderia consubstanciar uma violação do artigo 3 da CEDH - que proíbe a tortura, as penas e tratamentos degradantes - se não fossem adoptadas medidas para alterar tal situação (TEDH, 2019, § 166).

O tratamento da doença mental é um processo complexo e por vezes moroso. Para conseguir os resultados que se pretendem pode levar tempo. Assim, o prolongamento do internamento deve ser revisto periodicamente por entidade judicial de forma a prevenir violações dos direitos do paciente

4. Conclusão

O tratamento involuntário da doença mental apresenta-se como um desafio de conciliação entre a proteção do núcleo essencial do direito à liberdade e a necessidade de salvaguarda da segurança pública e do próprio doente, em benefício também da sua saúde. Através de uma análise dos preceitos constitucionais e dos instrumentos jurídicos internacionais depreendemos que a privação da liberdade do doente mental só é legítima se obedecer aos princípios da legalidade, da proporcionalidade, da dignidade da pessoa humana,

da igualdade e não discriminação e da proibição da violação do núcleo essencial do direito, e em benefício da saúde.

A lei da saúde mental de 2023 constitui um reflexo da preocupação cada vez mais proeminente, por parte da sociedade e do próprio direito, em conciliar a necessidade do tratamento psiquiátrico e psicológico com o respeito do um mínimo de autonomia do doente quanto às decisões sobre a sua própria vida, onde se inclui, entre outras, o direito a ser ouvido sobre o tipo de tratamento que lhe será aplicado. Por sua vez, a jurisprudência do TEDH têm tido um papel relevante na alteração da forma como a doença mental é entendida pelo direito e quais os limites da privação da liberdade do doente mental, através, por exemplo, da definição dos critérios de admissibilidade do internamento involuntário: uma perturbação mental grave, e que persista no tempo, medicamente comprovada, de forma objectiva – ou seja baseada numa avaliação atual do doente - e validada, de forma fundamentada, por uma autoridade judicial, a existência de um perigo real e atual para o doente e a sociedade, o acompanhamento médico adequado, efectivo e em condições condignas, relatórios atuais da evolução do estado de saúde do doente e o respeito das garantias processuais ao nível do processo judicial com vista a ser decretado o internamento. A ausência de algum destes requisitos consubstancia a privação da liberdade como uma ingerência arbitrária e ilegal do Estado na vida da pessoa.

Assim, o tratamento involuntário decretado por decisão judicial deve ser uma medida aplicada para a proteção da pessoa, tendo como fim a recuperação da sua saúde e autonomia, ou, quando tal não for totalmente possível, o controlo dos efeitos negativos ou a progressão da sua doença, não utilizando a pessoa como instrumento de punição, para que esta possa ser reintegrada na sociedade.

Acresce ainda que a decisão judicial não é um mecanismo de total substituição da vontade do doente. Apesar do tratamento involuntário ser imposto, a pessoa a quem será aplicado tal tratamento tem ainda uma parcela de autonomia sobre a forma e os meios desse tratamento. O Estado, enquanto garante da proteção do núcleo essencial de cada direito fundamental, deve dar preferência a medidas menos obliteradoras da liberdade individual, asseverando um tratamento clínico adequado à perturbação mental em causa e um acompanhamento regido pelo respeito dos direitos do doente. Cabe ao Estado a tarefa de velar pelo respeito da dignidade humana e pelo núcleo essencial do direito à liberdade, implementando medidas que minimizem o estigma associado à doença mental.

O verdadeiro desafio consiste em conciliar a proteção do doente e da sociedade e a liberdade individual, garantindo simultaneamente uma intervenção estatal proporcional, orientada por valores humanos e direccionada à proteção e cura do doente mental, sem, no entanto, violar os direitos que se pretendem proteger.

Na mudança sobre a forma de se encarar a doença mental, a sociedade também tem um papel importante, nomeadamente na inclusão, respeito e não discriminação da pessoa humana. Neste sentido, é importante encarar a saúde mental não só como um direito subjetivo, mas também um objetivo de saúde pública.

Em suma, o tratamento da saúde mental é um instrumento para a paz e a coesão social, bem como de proteção dos direitos do doente, pelo que o tratamento involuntário não deve se metamorfosear em violação da dignidade e da liberdade da pessoa humana.

Referências

ABREU, L. C. A. Direito à Liberdade. Kuttner c. Áustria. **O TEDH e a saúde através das opiniões do juiz Paulo Pinto de Albuquerque**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2024, pp. 105-123.

ANDRADE, J. C. V. de. O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. **A lei de saúde mental e o internamento compulsivo**, Coimbra: Coimbra Editora, 2000, pp. 71-90.

CANOTILHO, J. J. G. e MOREIRA, V. **Constituição da República Portuguesa anotada**. Volume 1, 4ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2014.

COMISSÃO EUROPEIA, Direção - Geral da Saúde e da Segurança dos Alimentos. **Eurobarometer Mental Health**. Bruxelas. 2023. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/publications/mental-health-o_en . Acesso em: 20 mar. 2026.

COMISSÃO EUROPEIA. **Communication from the commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, on a comprehensive approach to mental health**. Bruxelas. 2023. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf&prefLang=pt . Acesso em: 20 mar. 2026.

COMISSÃO EUROPEIA. **Saúde Mental**. Bruxelas. 2026. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_pt . Acesso em: 20 mar. 2026.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia dos Direitos Humanos**. Estrasburgo. 1950. Disponível em: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_por . Acesso em: 20 mar. 2026.

FERREIRA, A. E. Direito à Liberdade. Inseher c. Alemanha. **O TEDH e a saúde através das opiniões do juiz Paulo Pinto de Albuquerque**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2024, pp. 94-104.

GOUVEIA, J. B. **Manual de Direito Constitucional**. 7ª edição. Coimbra: Almedina, 2021.

KUZMAN, M. R., FIORILLO, A. e BEEZHOLD, J. Protection of human rights during involuntary treatment in mental healthcare services: A European perspective. **European Psychiatry**. Volume 68, Nº 1, e174, pp. 1-3. Cambridge: Cambridge University Press. 2025. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/protection-of-human-rights-during-involuntary-treatment-in-mental-healthcare-services-a-european-perspective/CB5A09CEDFE24B2D906CF3109ED7A669> . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa**. Lisboa. 1976. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Lei nº 35/2023, de 21 de Julho: Lei da Saúde Mental**. Lisboa. 2023. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&ta

bela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo= . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Lei 36/1998, de 24 de Julho: Lei da Saúde Mental revogada pela Lei de Saúde Mental de 2023.** Lisboa. 1998. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=276&tabela=leis . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Resolução do Conselho de Ministros nº 93/2023: Plano Nacional de Saúde 2030.** Lisboa. 2023. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/08/15800/0007200126.pdf> . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Lei nº 73-A/2025, de 30 de Dezembro: Orçamento de Estado.** Lisboa. 2023. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/73-a-2025-993270096> . Acesso em: 20 mar. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de Dezembro.** Lisboa. 2021. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938> . Acesso em: 20 mar. 2026.

OMS. **Mental Health.** Genebra. Outubro 2025 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> . Acesso em: 20 mar. 2026.

OMS. **Landmark Paris conference aims to make mental health everyone's business and not just a health issue.** Genebra. Junho 2025 Disponível em: <https://www.who.int/europe/news/item/16-06-2025-with-17--of-people-in-the-region-living-with-a-mental-health-condition--31-countries-commit-to-integrating-mental-health-into-all-policies> . Acesso em: 20 mar. 2026.

OMS. **The ICD-11. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research.** Genebra. 2018 Disponível em: https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/icd-_11_2018.pdf . Acesso em: 20 mar. 2026.

ONU. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Nova Iorque. 2006.** Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf . Acesso em: 20 mar. 2026.

ONU. **Declaração universal dos direitos humanos.** Paris. 1948. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf> Acesso em: 20 mar. 2026.

ONU. **Pacto internacional sobre os direitos civis e políticos.** Nova Iorque. 1966. Disponível em: <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/pacto-internacional-sobre-os-direitos-civis-e-politicos-o> . Acesso em: 20 mar. 2026.

SILVA, J. B. O Internamento compulsivo e a jurisprudência do tribunal europeu dos direitos do homem. O caso Rooman contra a Bélgica, de 31 de Janeiro de 2019. **Anomalia psíquica e direito: colóquio comemorativo dos 20 anos da entrada em vigor da lei da saúde mental.** Coimbra: Instituto Jurídico da Faculdade de Direito de Coimbra, 2020, pp. 125-134.

TEDH. M.B. c. a Espanha. **Queixa nº 38239/22.** Estrasburgo. 6 de Maio de 2025. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-61414%22%5D%7D> Acesso em: 20 mar. 2026.

TEDH. Rooman c. Bélgica. **Queixa nº 18052/11**. Estrasburgo. 31 de Janeiro de 2019. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-189902%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-189902%22]})

Acesso em: 20 mar. 2026.

TEDH. Rakevich c. Rússia. **Queixa nº 58973/2000**. Estrasburgo. 28 de Outubro 2003. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-61414%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-61414%22]})

Acesso em: 20 mar. 2026.

TEDH. Winterwerp c. Países Baixos. **Queixa nº 6301/73**. Estrasburgo. 24 de Outubro de 1979. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-57597%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57597%22]})

Acesso em: 20 mar. 2026.

TEDH. Inseher c. Alemanha. **Queixa nº 10211/12 e 27505/14**. Estrasburgo. 4 de Dezembro de 2018. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-187540%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-187540%22]})

Acesso em: 20 mar. 2026.

TRIBUNAL DA RELAÇÃO DO PORTO. **Tratamento compulsivo em regime de ambulatório**. Processo 2415/24.OT8VNG.P2 de 19 de Fevereiro de 2025. Disponível em: <https://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/fd361564d7bd0def80258c44004ba356?OpenDocument>

Acesso em: 20 mar. 2026.

TRIBUNAL da RELAÇÃO DE ÉVORA. **Revisão da medida de tratamento involuntário em ambulatório**. Processo nº 276/14.6TBLLE.E1, de 14 de Julho de 2015. Disponível em: <https://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/5c8bdb76756802980258d9400394745?OpenDocument>

Acesso em: 20 mar. 2026.

THE LANCET REGIONAL HEALTH – EUROPE. Transforming mental health in Europe: from crisis to opportunity. **The Lancet Regional Health – Europe Editorial**, 2025, vol. 57, pp. 1-2, Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00284-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00284-4/fulltext)

Acesso em: 20 mar. 2026.

UNIÃO EUROPEIA. **Carta dos direitos fundamentais da União Europeia**. Nice. 2000. Disponível em: <https://op.europa.eu/webpub/com/carta-dos-direitos-fundamentais/pt/>

Acesso em: 20 mar. 2026.

VILELA, A. Princípio da legalidade no Direito Penal. Inseher c. Alemanha. **O TEDH e a saúde através das opiniões do juiz Paulo Pinto de Albuquerque**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2024, pp. 125-140.