



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS  
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

TRIBUNAL PLENO

**CASO FERNANDES DE OLIVEIRA c. PORTUGAL**

*(Queixa n.º78103/14)*

ACÓRDÃO

ESTRASBURGO

31 de janeiro de 2019

*Este acórdão é definitivo. Pode sofrer modificações de forma.*



**No caso Fernandes de Oliveira c. Portugal,**

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, reunido em Grande Câmara composto por:

Guido Raimondi, *Presidente*,  
Angelika Nußberger,  
Linos-Alexandre Sicilianos,  
Robert Spano,  
Luis López Guerra,  
Işıl Karakaş,  
Paulo Pinto de Albuquerque,  
Branko Lubarda,  
Yonko Grozev,  
Síofra O’Leary,  
Carlo Ranzoni,  
Mārtiņš Mits,  
Armen Harutyunyan,  
Alena Poláčková,  
Pauliine Koskelo,  
Jolien Schukking,  
Péter Paczolay, *juízes*,

e de Françoise Elens-Passos, *Secretária adjunta*

Após ter deliberado em conferência de 7 de março e de 14 de novembro de 2018,

Profere o seguinte acórdão, adotado na última data:

## O PROCESSO

1. Na origem do caso está uma queixa (n.º 78103/14) dirigida contra a República portuguesa apresentada por uma cidadã deste Estado, Maria da Glória Fernandes de Oliveira (“a requerente”), perante o Tribunal, em 4 de dezembro de 2014, nos termos do art.º 34 da Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (“a Convenção”).

2. A requerente foi representada pelos Drs. J. Pais do Amaral, A. Pereira de Sousa e C. Botelho, advogados em Coimbra. O Governo português (“o Governo”) foi representado pela sua agente, Dr.ª M. F. da Graça Carvalho.

3. Invocando o artigo 2.º da Convenção, a requerente alegou que o seu filho A.J., que se tinha suicidado, pudera ter cometido esse ato devido a uma negligência do hospital psiquiátrico onde estava internado com o seu consentimento. Baseando-se no artigo 6.º da Convenção, queixou-se, além disso, da duração do processo de natureza civil que tinha instaurado contra o hospital em questão.

4. A queixa foi atribuída à Quarta Seção do Tribunal (artigo 52.º, n.º 1, do Regulamento do Tribunal). Em 28 de março de 2017, uma câmara desta seção composta por Ganna Yudkivska, Presidente, Nona Tsotsoria, Paulo Pinto de Albuquerque, Krzysztof Wojtyczek, Egidijus Kūris, Iulia Antoanella Motoc e Marko Bošnjak, juízes, bem como por Andrea Tamietti, secretário adjunto de Secção, declarou a queixa admissível. No acórdão pronunciado nesse mesmo dia, a Câmara declarou por unanimidade que houve violação do artigo 2.º na sua vertente material e processual. Em 27 de junho de 2017, o Governo português (“o Governo”) solicitou o reenvio da queixa à Grande Câmara em conformidade com o artigo 43.º da Convenção. Em 18 de setembro de 2017, o colégio da Grande Câmara aceitou este pedido.

5. A composição da Grande Câmara foi decidida nos termos dos artigos 26.º, n.º 4 e n.º 5 da Convenção e 24.º do Regulamento. Luis López Guerra, cujo mandato tinha terminado durante o processo, continuou a examinar o caso (artigos 23.º, n.º 3 da Convenção e 24.º, n.º 4 do Regulamento). Péter Paczolay, juiz suplente, substituiu Helena Jäderblom, impedida (artigo 24.º, n.º 3 do Regulamento).

6. Tanto a requerente como o Governo apresentaram observações escritas suplementares (artigo 59.º, n.º 1 do regulamento combinado com o artigo 71.º, n.º 1 do Regulamento).

7. Uma audiência pública teve lugar no Palácio dos Direitos do Homem, em Estrasburgo, em 7 de março de 2018 (artigo 59.º, n.º 3 do Regulamento).

Compareceram:

– *pelo Governo*

Dr.ª M. DE FÁTIMA DA GRAÇA CARVALHO, *agente,*  
Dr.ª A. GARCIA MARQUES e  
Dr. A. J. PIRES PRETO, *consultores;*

– *pela requerente*

Dr.ª A. PEREIRA DE SOUSA, *advogado,*  
Dr. C. BOTELHO,  
Dr. C. FERNANDES DA SILVA, *consultores.*

O Tribunal ouviu as declarações da Dr.ª Graça Carvalho e da Dr.ª Pereira de Sousa e do Doutor Pires Preto, bem como as suas respostas às perguntas colocadas pelos juízes.

## OS FACTOS

### I. AS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO

8. A requerente nasceu em 1937 e reside em Ceira (Portugal).
9. Os factos, tal como apresentados pelas partes, podem ser resumidos da seguinte forma.

#### A. A origem do caso

10. O filho da requerente, A.J., nasceu em 29 de maio de 1964.
11. Tinha vários distúrbios mentais e, ao longo dos anos, foram feitos diagnósticos, tais como esquizofrenia e depressão grave. Apresentava também uma dependência patológica do álcool e de medicamentos e mostrava-se por vezes violento para com a mãe e a irmã. De acordo com a avaliação médica obtida após a sua morte no âmbito do procedimento interno (parágrafo 33 abaixo), talvez também A.J. sofresse de distúrbio de personalidade *borderline*.
12. Foi hospitalizado oito vezes, com o seu consentimento, no hospital psiquiátrico Sobral Cid (“o HSC”) em Coimbra:
  1. de 5 a 8 de agosto de 1984;
  2. de 15 de março a 3 de abril de 1985, período durante o qual lhe foi proibido, durante pelo menos uma parte da sua permanência, deixar o pavilhão onde se encontrava;
  3. de 15 a 28 de novembro de 1985;
  4. de 10 a 18 de janeiro de 1993, depois de ter sido levado ao hospital pela polícia, chamada a sua casa na sequência de uma disputa familiar. Deixou o estabelecimento a seu pedido, após ter preenchido um termo de responsabilidade;
  5. de 1 a 12 de fevereiro de 1993;
  6. de 1 a 3 de setembro de 1999; hospitalizado de urgência em 1 de setembro (diagnóstico de alcoolismo crónico), saiu do hospital em 3 de setembro de 1999, contra o parecer dos médicos, assinando um termo de responsabilidade;
  7. de 12 de dezembro de 1999 a 14 de janeiro de 2000, foi hospitalizado após um acesso de delírio e foi enviado para o HSC pelo serviço de urgências. No início da sua estadia, foi-lhe proibido abandonar o pavilhão onde estava confinado;
  8. de 2 a 27 de abril de 2000, estadia durante a qual deixou o pavilhão duas vezes sem autorização, em 3 e 27 de abril de 2000.
13. Os registos médicos mostram que, durante essas estadias, o grau de dependência de A.J. em relação à assistência médica tinha flutuado, e que a assistência de que tinha tido necessidade podia ser parcial, intensiva, ou total, conforme os momentos. Por vezes, o grau de dependência não era registado,

como aconteceu com a sua última estadia em 2000. Em algumas dessas estadias, em raras ocasiões foi visto por um médico do HSC em consulta externa.

14. De acordo com o Governo, essas estadias eram a sequência de urgências ou episódios de intoxicação alcoólica, e só a última foi devida a uma tentativa de suicídio.

15. Durante algumas das suas estadias no hospital, A.J. foi autorizado a passar fins de semana em casa com a família: três fins de semana entre 12 de dezembro de 1999 e 14 de janeiro de 2000, e dois entre 2 e 27 de abril de 2000.

### **B. Os factos que precederam a morte de A.J.**

16. Em março de 2000, A.J. deslocou-se a Lisboa para solicitar a renovação da sua carta de condução de veículos pesados, em vão. Em 1 de abril de 2000, tentou pôr termo à sua vida ingerindo uma dose excessiva de medicamentos. Foi levado para o serviço de urgências do hospital universitário de Coimbra.

17. Em 2 de abril de 2000, A.J. foi transferido com o seu consentimento do serviço de urgências para o HSC (foi a sua última estadia no HSC - parágrafo 12 supra). Foi tratado pela médica A.A., que era a sua psiquiatra desde dezembro de 1999. De acordo com as notas dos registos clínicos referentes a 2 de abril de 2000 e com o testemunho da médica A.A., a tentativa de suicídio podia ser imputável ao facto de A.J. não ter obtido a renovação da sua carta de condução de veículos pesados. De acordo com a psiquiatra, ele estava deprimido e achava que a sua vida já não valia a pena ser vivida, sentia-se marginalizado e impotente para concretizar qualquer objetivo na vida.

18. Durante a primeira semana da sua estadia no HSC, A.J. foi internado sob um regime restritivo, embora tivesse consentido a sua hospitalização (parágrafo 54 abaixo). Foi confinado, em pijama, ao pavilhão 8, onde se encontrava a clínica psiquiátrica geral para homens (hospitalização dos casos agudos), e não foi autorizado a sair do pavilhão. No entanto, de acordo com os registos clínicos, em 3 de abril de 2000, A.J. deixou o pavilhão após o almoço e foi para casa. Foi levado para o HSC pelo seu cunhado por volta das 13h30. Nas segunda e terceira semanas da sua estadia no HSC, tendo em conta uma melhoria do estado de A.J., o regime restritivo a que estava sujeito foi levantado e foi autorizado a circular fora do pavilhão, no perímetro do hospital. Este regime permaneceu inalterado até à data da sua morte, em 27 de abril de 2000 (parágrafo 28 abaixo). Durante esse período, foi autorizado a passar dois fins de semana em casa.

19. No segundo fim de semana, A.J. pôde voltar para casa para passar a Páscoa com a requerente e outros membros da sua família. Deixou o HSC na sexta-feira, 21 de abril de 2000, às 10 horas, após o pequeno-almoço, e tinha indicações para regressar na quarta-feira, 26 de abril de 2000, após o

pequeno-almoço. Estando a doutora A.A. de licença durante esse período (iniciada em 19 de abril de 2000), foi substituída pelo doutor E.R., que viu A.J. duas vezes antes de ele ter voltado para casa no fim de semana de Páscoa.

20. Na terça-feira, 25 de abril de 2000, por volta das 22h30, a requerente levou A.J. ao serviço de urgências do hospital universitário de Coimbra na sequência de este ter bebido uma grande quantidade de álcool. A ficha de observação elaborada pelo serviço de urgências em 25 de abril de 2000, por volta da meia-noite, indicava:

“Paciente hospitalizado no HSC, seguido pela médica A.A; passou o fim de semana fora do estabelecimento e teve de se comportar de forma irresponsável, uma vez que estava etilizado. Histórico de fragilidade mental, episódios depressivos e tentativas de suicídio recorrentes: características não observadas este fim de semana. Enviado para o HSC, onde está hospitalizado.”

Foram receitados a A.J. medicamentos para caso de emergências. De acordo com os registos clínicos, estes medicamentos foram-lhe administrados no HSC por volta das 2 horas da manhã, de 26 de abril de 2000.

21. De acordo com as observações registadas no dossiê médico entre as 8h00 e as 16h00 de 26 de abril de 2000, A.J. permaneceu deitado e só se levantou para comer. Recebeu telefonemas e a visita da irmã. Nada foi inscrito relativamente ao período das 16h00 à meia-noite nem ao período seguinte, da meia-noite às 8h00. Os tribunais nacionais declararam que o filho da requerente tinha tomado medicamentos durante todo o dia, o que a requerente contestou, baseando-se na ausência de indicação no registo médico.

22. As observações médicas foram retomadas às 8h00 do dia 27 de abril de 2000; o enfermeiro anotou que, das 8h00 às 16h00, A.J. tinha-se mostrado calmo e tinha caminhado à volta do pavilhão 8. De acordo com o testemunho de um enfermeiro e os registos clínicos, A.J. tinha comido bem, inclusive no momento do lanche por volta das 16h45.

23. O dossiê clínico não menciona que, quando regressou ao HSC, A.J. tenha sido visto pelo médico de serviço. O médico E.R. declarou, no seu depoimento, que partira do pressuposto que A.J. estava bem, uma vez que o pessoal de enfermagem não tinha solicitado conselho médico sobre ele (parágrafo 35 baixo).

24. Por volta das 16h00, a requerente telefonou para o hospital. Foi-lhe dito que o seu filho não se encontrava no edifício nessa altura e foi-lhe pedido que ligasse mais tarde, durante o lanche. Garantiram-lhe que, alguns minutos antes, tinham visto o filho à porta e que ele parecia estar bem.

25. Por volta das 19h00, notaram que A.J. não se tinha apresentado ao jantar. O enfermeiro coordenador foi informado da sua ausência. O pessoal do hospital iniciou então uma pesquisa nas áreas do HSC onde os pacientes eram autorizados a circular livremente, como o refeitório e o parque.

26. Entre as 19h00 e as 20h00, o enfermeiro coordenador comunicou o desaparecimento ao médico M.J.P., que estava de serviço naquele dia (mas não se encontrava no HSC nessa altura), e chamou a guarda nacional republicana.

27. Por volta das 20h00, o enfermeiro coordenador telefonou à requerente e informou-a de que A.J. não estivera presente no jantar.

28. Não se sabe a que horas exatamente A.J. terá deixado o pavilhão e o perímetro do hospital depois do lanche para tomar um caminho que levava à casa da requerente. Às 17h37, de pijama vestido, atirou-se para debaixo de um comboio na linha que ligava Lousã a Coimbra.

### **C. O processo interno contra o hospital**

29. Em 17 de março de 2003, a requerente intentou uma ação cível contra o HSC no Tribunal Administrativo do Círculo de Coimbra, com base na lei sobre a responsabilidade do Estado (Decreto-Lei n.º 48051 de 21 de novembro de 1967) e solicitou 100 403 euros (EUR) por danos materiais e morais.

30. Nessa ação, afirmou que o seu filho tinha sido repetidamente tratado por perturbações mentais no HSC, onde tinha sido admitido com o seu consentimento em 2 de abril de 2000, na sequência de uma tentativa de suicídio. Alegou que ele tinha feito uma nova tentativa no fim de semana de Páscoa, quando estava em casa, consigo. Referiu que o facto de o seu filho ter podido deixar o estabelecimento em 27 de abril de 2000 a levou a concluir que o pessoal hospitalar tinha revelado negligência no exercício das suas funções. Considerava que o seu filho, tendo em conta as suas tentativas de suicídio e o seu estado de saúde mental, devia ter sido colocado sob vigilância médica e que o pessoal hospitalar devia tê-lo impedido de abandonar o estabelecimento. Sustentava que o seu filho se pudera suicidar devido a uma má organização dos serviços hospitalares. Esta deficiente organização observava-se, segundo ela, a três níveis: a) a ausência de vedações em redor do perímetro do hospital, o que permitiria aos pacientes sair facilmente do hospital, sem qualquer vigilância; b) a ausência de um mecanismo de verificação da presença dos doentes capaz de fazer notar imediatamente ao pessoal qualquer ausência; c) a ausência de um procedimento de urgência que permitisse ao pessoal do hospital detetar a ausência de um doente e tomar as medidas efetivas necessárias para garantir o seu regresso, são e salvo, sem pôr a sua vida ou a de outrem em perigo. A requerente baseava-se no contexto particular que tinha conduzido à hospitalização do seu filho desde o início do mês de abril, bem como nos elementos do processo clínico, nomeadamente o consumo excessivo de álcool, de forma repetida, a sua doença mental e a sua anterior tentativa de suicídio. Considerou que, tendo em conta todas estas circunstâncias, as medidas de controlo deveriam ter sido reforçadas para impedir A.J. de deixar o hospital.



31. Em 29 de outubro de 2003, o tribunal proferiu despacho saneador, especificando os factos considerados provados e os que ficavam por provar.

32. Em 5 de julho de 2005, o tribunal ordenou a realização de uma perícia médico-legal sobre o estado clínico de A.J. e sobre as medidas de vigilância necessárias.

33. Em 27 de setembro de 2006, um psiquiatra designado pela Ordem dos Médicos apresentou o seu relatório, que se baseava na análise de fotocópias dos registos médicos do HSC. Nas partes pertinentes para o caso em apreço, o relatório dizia o seguinte:

“ (...)

Apesar de o diagnóstico de dependência alcoólica ser o predominante, foram colocados outros diagnósticos: nomeadamente o de personalidade dependente, surto delirante, esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva (...).

Os antecedentes clínicos de A.C. permitem-nos pensar que se tratava de um doente com frequentes recaídas no consumo excessivo de álcool (...) mas também com outro tipo de sintomatologia (...).

Era um indivíduo “quando etilizado muito violento, agressivo e mesmo sem o estar é um jovem conflituoso, com irritabilidade fácil.”(...)

(...)

Não há referência específica, na documentação clínica, ao quadro psicopatológico que o doente apresentava em 26 de abril de 2000 (após o episódio de intoxicação alcoólica que motivou o recurso ao Serviço de Urgência em 25 de abril de 2000), 27 ou 28 de abril de 2000. (...)

(...)

O filho da [requerente] sofria de perturbações que lhe provocavam comportamentos depressivos com uma forte tendência para o suicídio.

Considerando a documentação clínica, o quadro clínico pode ter conduzido a mais uma tentativa de suicídio que, em concreto, se revelou fatal.

Aliás, é de salientar o polimorfismo do quadro psiquiátrico do doente. Um quadro psicopatológico como o que o doente apresentava tem mau prognóstico e o suicídio efetivo é frequentemente precedido de uma ou várias tentativas de suicídio. Esclarece-se que (...) será também de colocar a hipótese de diagnóstico de distúrbio da personalidade *borderline* (...)

(...)

Aliás, está referenciada uma multiplicidade de diagnósticos, qualquer deles suscetível de agravar o risco de suicídio (e o comportamento suicidário) do doente.

(...)

Os antecedentes clínicos e o quadro psicopatológico, pelas razões já explicitadas, podiam fazer prever comportamentos suicidários futuros pelo que a ocorrência de suicídio não é surpreendente.

Em termos de prevenção, sem dúvida que se devem tomar medidas de confinamento e vigilância. Mas, num doente como o referido, estas medidas são frequentemente

difíceis de tomar (vejam-se, por exemplo, as exigências do doente de ter alta, contra parecer médico, tal como resulta do processo clínico) e nunca são suficientes face ao elevado risco de suicídio.

(...)

Pode-se presumir ou afirmar que há um risco acrescido para o suicídio de um indivíduo que apresenta um quadro psicopatológico caracterizado por esquizofrenia, depressão grave, alcoolismo crónico, patologias referenciadas na documentação clínica do doente. Potencial aumentado, também se o doente sofre de PBP, como já afirmámos, patologia que nos parece não ser de excluir neste doente. A prevalência de suicídio está acentuada entre os doentes que sofrem destas patologias. Assim sendo, não é de estranhar o ocorrido

O facto de o doente se encontrar sob efeito de antidepressivos há mais de duas semanas, deambular pelo hospital sem nunca ter posto em perigo a sua vida, e de nada constar, nos registos clínicos, quanto a ideação suicida do doente, não significa que a probabilidade desse evento (suicídio) fosse menosprezível. Todavia, muito dificilmente evitável.

Uma prevenção inteiramente eficaz na prevenção do suicídio destes doentes é tarefa impossível.

Num doente que deambula pelo hospital e não apresenta sintomas que deixem prenunciar um suicídio iminente, mas em que (considerando os seus antecedentes e características) a probabilidade (de suicídio) é mais elevada, embora não seja superior nesse momento, a prevenção é muito mais difícil.”

34. A primeira sessão da audiência de julgamento teve lugar em 8 de outubro de 2008. A requerente e o psiquiatra que tinha realizado a referida perícia médica prestaram depoimento.

35. Durante cinco sessões (8 e 9 de outubro de 2008, 14 de janeiro de 2009 e 9 e 13 de fevereiro de 2009), o tribunal ouviu várias testemunhas, nomeadamente a filha da requerente - irmã de A.J.; enfermeiros, médicos e auxiliares que trabalharam ou trabalhavam ainda no HSC, alguns dos quais entraram ao serviço às 16h00 de 27 de abril de 2000; um assistente social que trabalhou para o HSC desde 1995 e teve contatos com o A.J., e o maquinista do comboio. A Dr.<sup>a</sup> A.A., psiquiatra que acompanhava A.J. no HSC, declarou que o tratamento consistia em fazer com que A.J. tomasse os medicamentos prescritos, em levá-lo a aceitar o tratamento e em estabelecer com ele uma relação de confiança que permitisse a realização da terapia. Confirmou que os doentes hospitalizados com o seu consentimento podiam ver a sua liberdade de circulação restringida sempre que tal fosse considerado necessário. Nestas circunstâncias, estavam proibidos de sair do pavilhão e deviam estar de pijama. O médico E.R. (que substituiu a médica A.A. no momento dos factos) confirmou que, em 27 de abril de 2000, o quadro de pacientes do pavilhão 8 não mencionava qualquer medida restritiva relativa a A.J., o que significava que ele era livre de sair do pavilhão, mas precisava de autorização de um médico para deixar o recinto do HSC. O médico M.J.P., que estava de serviço às urgências em 27 de abril de 2000, explicou que, se os enfermeiros do pavilhão tivessem constatado um problema no

comportamento do A.J. naquele dia, lhe teriam telefonado, o que não tinham feito. Além disso, o tribunal analisou diversos documentos anexados ao processo clínico de A.J. fornecido pelo HSC.

36. Em 9 de março de 2009, o tribunal realizou uma inspeção ao local (parágrafo 48 abaixo).

37. Em 7 de Janeiro de 2010, o tribunal realizou uma audiência na qual proferiu decisão sobre os factos. Considerou, nomeadamente, que não lhe competia definir explicitamente a patologia de A.J. No que se refere ao episódio de 25 de abril de 2000, considerou-o simplesmente um abuso de álcool, tendo em conta o alcoolismo crónico subjacente ao interessado e o facto de este se ter embriagado durante a tarde, principalmente num café.

38. Em 25 de abril de 2011, o Tribunal Administrativo de Coimbra proferiu sentença, julgando improcedente o pedido da requerente. Respondendo ao argumento por esta invocado, segundo o qual os edifícios do hospital deveriam ser rodeados por vedações ou outras barreiras, o tribunal salientou que a abordagem seguida na altura para o tratamento dos doentes com doenças mentais consistia em incentivar a interação social e que a presença de vedações conduzia à estigmatização e ao isolamento dos doentes com deficiências mentais. A este respeito, o tribunal declarou que a ausência de vedações ou de muros de segurança era

“consonante com as modernas teorias da psiquiatria, que propugnam que a terapêutica e tratamento dos doentes do foro psiquiátrico devem acontecer num ambiente de confiança e de liberdade de movimento, em condições físicas que propiciem liberdade e autonomia de movimentos, favorecendo a interação e convívio entre os doentes e o pessoal de serviço, por forma a incentivar a readaptação do doente, devendo a vigilância destes doentes decorrer de modo discreto”.

39. No que respeita à queixa da requerente sobre a ausência de um dispositivo de controlo da presença dos doentes, o tribunal constatou que o HSC dispunha de um procedimento de vigilância que consistia em verificar a presença dos doentes nas horas das refeições e da toma dos medicamentos, e que isso estava em conformidade com as conceções recentes da ciência psiquiátrica e respeitava o direito dos doentes à privacidade e à dignidade. Além disso, o tribunal considerou que os doentes submetidos a um particular regime de hospitalização restritivo eram objeto de maior atenção por parte da equipa de enfermagem e dos auxiliares de saúde, que verificavam a sua presença nos edifícios onde estavam hospitalizados ou na proximidade das entradas, consoante o caso. Quanto ao argumento da requerente segundo o qual não existia qualquer procedimento de emergência, o Tribunal Administrativo de Coimbra salientou que existia efetivamente um procedimento, que consistia em alertar a polícia e a família do doente, e considerou-o adequado.

40. Quanto à acusação da requerente segundo a qual o seu filho pudera suicidar-se devido à ausência de vigilância permanente, o tribunal considerou que o suicídio não era previsível. Considerou que era verdade que o filho da

requerente sofria de uma doença mental que nunca tinha sido realmente diagnosticada, quer devido à complexidade dos sintomas, quer devido à dependência álcool e de medicamentos. A este respeito, sublinhou que, ao longo dos anos, os médicos tinham feito um diagnóstico de esquizofrenia e de depressão grave, e que só após a morte e na sequência de uma perícia médica solicitada à Ordem dos Médicos no decurso do processo (parágrafo 33 supra) tinha sido diagnosticado um possível transtorno de personalidade *borderline*. O tribunal estatuiu que o último internamento de A.J. se seguiu a uma tentativa de suicídio. Todavia, considerou que, apesar do risco de suicídio em doentes com doenças mentais como as que tinha o filho da requerente, este, durante os últimos dias que precederam a sua morte, não revelou qualquer comportamento ou humor suscetíveis de levar o pessoal do hospital a pensar que o dia 27 de abril de 2000 seria um dia diferente dos anteriores.

Segundo o Tribunal Administrativo de Coimbra, não foi uma tentativa de suicídio, mas sim um comportamento irresponsável que esteve na origem da admissão de A.J. no serviço de urgências do hospital universitário desta cidade, depois de ter bebido uma grande quantidade de álcool. O Tribunal Administrativo assinalou que, após o seu regresso ao HSC, A.J. tinha sido mantido sob vigilância médica durante todo o dia, tinham-lhe sido administrados medicamentos e tinha sido acompanhado pelo pessoal de saúde e o seu estado de saúde tinha melhorado. O tribunal chegou, portanto, à conclusão de que não havia nada que indicasse o trágico acontecimento que ocorreu. Considerou que não se podia afirmar que o suicídio do interessado era previsível e acrescentou que o processo não continha qualquer elemento suscetível de justificar a adoção de um procedimento de tratamento sem consentimento do interessado nos dias que precederam a tragédia, uma vez que o suicídio não era previsível. Concluiu que o comportamento da A.J. era “totalmente inesperado e imprevisível”, dadas as circunstâncias concretas no momento dos factos.

41. No dia 12 de maio de 2011, a requerente interpôs recurso para o Supremo Tribunal Administrativo, alegando que o tribunal de primeira instância não tinha apreciado corretamente os elementos de prova, que as constatações factuais estavam erradas e que tinha interpretado mal a lei.

42. Em 26 de setembro de 2012, o procurador-geral adjunto do Supremo Tribunal Administrativo foi chamado a emitir parecer sobre o recurso. Pronunciou-se a favor da revogação da sentença de primeira instância. Nesse parecer examinou, em especial, a ausência de um quadro de vigilância especificamente adaptado às perturbações mentais e ao risco de suicídio que A.J. apresentava, bem como o alegado incumprimento por parte do HSC da sua obrigação de prevenir o suicídio do interessado. Afirmou o seguinte:

“(…)

para os doentes com tendência para o suicídio apenas pode ser considerada adequada a prescrição e aplicação de vigilância acrescida.

O processo clínico de A.J. continha referências a tentativas de suicídio, a última em 01.04.2000, data próxima daquela em que este entrou nos serviços do HSC., em 26.04.2000, após ter sido assistido nos H.U.C. por ingestão de grande quantidade de álcool. A possibilidade de uma nova tentativa de suicídio era, pois, um “risco provável” ou, de entre os riscos possíveis, um risco que podia ser antecipado na medida em que podia ser previsto por um avaliador prudente”.

Pelo que, a nosso ver, a decisão recorrida enferma de erro, ao considerar, para efeitos de aferir o grau de vigilância exigível ao HSC, que o suicídio de A.J. era absolutamente inesperado e imprevisível e ao concluir que nada justificava reforçar a vigilância no seu caso concreto.

Ora, nunca foi prescrito, nem aplicado, a A.J. um regime de vigilância reforçada, adequado a impedir qualquer eventual saída do doente do hospital (...)

Esta vigilância reforçada, que se destina a proteger o doente, está abrangida pela obrigação terapêutica do hospital e não contende com o regime aberto como método de tratamento aplicado aos doentes nas circunstâncias em que é julgado adequado.”

43. Quanto aos factos invocados pela requerente acerca dos doentes do HSC que tinham deixado o estabelecimento sem autorização e às consequências trágicas que daí resultaram, o procurador-geral adjunto considerou que estes elementos não tinham de ser tomados em consideração. Na opinião do procurador-geral adjunto,

“O grau de vigilância a aplicar deve ter em consideração “todos os riscos prováveis” e ainda todos os que “possam ser previstos por um avaliador prudente”.

O processo clínico de A. J. continha já, ele próprio, referências a tentativas de suicídio, uma das quais vinte cinco dias antes. A repetição desse gesto era, pois, previsível.

Pelo que se pode concluir que o estabelecimento não adotou nem aplicou medidas de vigilância que possam considerar-se adequadas, quer ao estatuto de hospital psiquiátrico quer às características de A. J., enquanto doente – como podia e devia fazer.”

44. Em 29 de maio de 2014, o Supremo Tribunal Administrativo rejeitou o recurso da requerente por dois votos a favor e um contra, confirmando as conclusões factuais e jurídicas do Tribunal Administrativo de Coimbra. O Supremo Tribunal considerou irrelevantes para a decisão, no caso em apreço, os factos invocados pela requerente em primeira instância relativamente a casos semelhantes de pacientes que tinham saído do HSC sem autorização. Rejeitou o argumento da requerente que sustentava que A.J. apresentava um comportamento depressivo associado a uma “forte” tendência suicida e que tinha tentado pôr termo à sua vida várias vezes. Confirmou a conclusão do tribunal *a quo*, que tinha fixado uma única tentativa de suicídio, em 1 de abril de 2000.

45. O Supremo Tribunal Administrativo considerou que a prática que consistia em contar os doentes nas horas das refeições e nas horas em que tomavam os medicamentos era suficiente e tinha permitido ao pessoal do hospital verificar que A.J. estava presente no almoço e no lanche, em 27 de abril de 2000. Rejeitou o argumento da requerente segundo o qual a contagem

dos pacientes quando lhes eram distribuídos os tabuleiros das refeições relevava de “amadorismo”. Quanto ao carácter previsível do suicídio, o Supremo Tribunal declarou que o HSC não tinha faltado a nenhum dever de vigilância, uma vez que não existia qualquer elemento que levasse o pessoal do hospital a pensar que o filho da requerente corria o risco de se suicidar nesse dia, nomeadamente saindo do hospital. O Supremo Tribunal Administrativo teve em conta o facto de, em anteriores períodos de hospitalização, o filho da requerente ter igualmente deixado o estabelecimento e de não ter sido estabelecida qualquer relação entre este comportamento e um risco particular de suicídio, uma vez que só se conseguiu provar uma única tentativa de suicídio, que ocorreu em 1 de abril de 2000.

46. Em voto dissidente, um dos juízes declarou que o hospital devia ter providenciado a segurança do seu perímetro, de uma forma ou de outra, para cumprir os seus deveres de vigilância e controlo. Acrescentou que, na falta de tal segurança, o estabelecimento tinha permitido que os doentes saíssem facilmente sem serem autorizados a fazê-lo e que, por conseguinte, tinha faltado a esses deveres. Segundo esse juiz, esta lacuna tinha permitido a “fuga” e o suicídio do filho da requerente.

#### **D. Informações gerais sobre o HSC**

47. O HSC é um hospital psiquiátrico situado fora da cidade de Coimbra, numa propriedade de 17 hectares. É um estabelecimento público, ligado ao Hospital Universitário de Coimbra.

48. De acordo com uma inspeção às instalações efetuada pelo Tribunal Administrativo de Coimbra em 9 de março de 2009, no âmbito do processo instaurado contra o hospital, o HSC possui dezoito edifícios abrigando cada um deles um dos serviços do hospital. Com base nos elementos de que o Tribunal Europeu dispõe, afigura-se que cada um destes edifícios acolhia um certo tipo de pacientes, em função do sexo, da doença e da gravidade da mesma. Nenhuma vedação nem nenhum muro de segurança de qualquer tipo foram construídos à volta da propriedade. Os espaços verdes, constituídos por árvores e plantações diversas, rodeavam os diferentes edifícios, aos quais se acedia por passeios e caminhos, igualmente ladeados por árvores e outros tipos de vegetação. A entrada principal do HSC estava equipada com uma barreira e era vigiada por um segurança. Uma das saídas do hospital ia dar a um atalho que conduzia a um cais ferroviário. Chegava-se a este atalho através do caminho que passava pelas traseiras do edifício n.º 9. O cais ferroviário encontrava-se a cerca de quinze-vinte minutos a pé desta parte do hospital.

49. Segundo o regulamento aprovado pelo HSC, as refeições eram tomadas no refeitório do hospital e os pacientes deviam aí ficar até ao fim da refeição. Um guia de informação destinado aos doentes especificava as regras

que regiam a sua hospitalização. Os doentes não eram autorizados a abandonar o seu pavilhão sem informar, previamente, o enfermeiro responsável. Estavam também proibidos de sair do perímetro do hospital sem autorização de um especialista. Se um doente desejasse abandonar o estabelecimento antes de lhe ser dada autorização, devia assinar um termo de responsabilidade para o efeito.

50. Quando A.J. permaneceu no HSC, em abril de 2000, os horários eram os seguintes:

- i. Acordar: entre as 7 e as 8 horas;
- ii. Deitar: flexível; a partir das 22 horas, o paciente não devia fazer barulho e as luzes deviam estar desligadas;
- iii. Refeições:
  1. Pequeno-almoço: das 8h35 às 9h30;
  2. Almoço: do meio-dia às 13h00;
  3. Lanche: 16h45;
  4. Jantar: das 19h00 às 20h00;
  5. Ceia: 22h00.

51. Como os tribunais internos reconheceram, um dispositivo que consistia em contar os doentes a cada refeição (cinco vezes por dia) e no momento em que tomavam os medicamentos, permitia assegurar a sua presença. Por outro lado, a sua presença era verificada à hora de dormir. Os doentes submetidos a um regime hospitalar restritivo eram sujeitos a uma vigilância mais apertada por parte da equipa de enfermagem.

52. Um procedimento de emergência era desencadeado quando se verificava a ausência de um doente. Este procedimento consistia em alertar a polícia, o médico de serviço e seus familiares.

53. Durante a hospitalização, o paciente era seguido por uma equipa terapêutica composta, nomeadamente, por um médico, um enfermeiro, um assistente social e um auxiliar médico.

54. Era estabelecida uma distinção entre hospitalização com consentimento e hospitalização sem consentimento (parágrafo 58, à frente). No primeiro caso, o paciente podia abandonar o tratamento a qualquer momento. Contudo, como se depreende dos depoimentos dos médicos no âmbito do procedimento interno e das observações do Governo, existiam dois tipos de regimes para os pacientes admitidos com o seu consentimento: um regime restritivo, em que os doentes não eram autorizados a abandonar o seu pavilhão, e um regime geral em que podiam sair do edifício, após terem informado o enfermeiro de serviço, mas não podiam deixar o perímetro do hospital sem autorização. Os doentes sujeitos ao regime restritivo usavam, normalmente, pijamas e roupões, ao passo que os sujeitos ao regime geral eram, ao que parece, livres de se vestirem como quisessem. Constata-se que, no início da estadia, os doentes eram frequentemente submetidos ao regime restritivo, mesmo quando tinham sido admitidos com o seu consentimento. Um quarto de isolamento era destinado a pacientes muito agitados e

agressivos, podendo ser utilizado também por doentes hospitalizados com o seu consentimento.

55. A requerente apresentou ao Tribunal artigos de imprensa relativos a doentes hospitalizados no HSC que, aparentemente tinham conseguido sair do perímetro do estabelecimento. Os cinco primeiros artigos acima referidos já tinham sido apresentados aos tribunais internos (parágrafo 44 supra, tendo o Supremo Tribunal Administrativo decidido que as informações neles contidas não eram pertinentes para o caso em apreço):

i. em 9 de março de 2008, o corpo de um doente que tinha fugido duas semanas antes foi descoberto perto do hospital (Diário de Coimbra);

ii. em 29 de outubro de 2008, um homem que tinha fugido do HSC foi atropelado pelo carro para a frente do qual se atirou (Diário das Beiras);

iii. em 31 de julho de 2008, o corpo de um doente que tinha fugido do hospital no mês anterior foi encontrado num rio (Diário de Coimbra);

iv. em 14 de agosto de 2008, um doente que tinha sido hospitalizado sem o seu consentimento fugiu do HSC (Diário de Coimbra);

v. no início de março de 2010, três pacientes fugiram do hospital; um deles foi localizado pela polícia depois de ter furtado um carro e outro foi encontrado morto num rio nas proximidades (Bombeiros ponto pt);

vi. em 16 de outubro de 2011, um paciente fugiu do HSC e agrediu dois polícias com uma enxada (Correio da Manhã);

vii. em 1 de março de 2015, dois pacientes fugiram do HSC e furtaram um carro (Tvi24).

## II. O DIREITO E A PRÁTICA INTERNA PERTINENTES

### A. Lei de Bases da Saúde

56. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990) estabelece que os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob controlo deste, por outras entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. De acordo com o princípio fundamental – base XIV - da Lei de Bases da Saúde, os utentes do sistema de saúde têm o direito de escolher livremente o seu médico e o estabelecimento de saúde, o direito de receber ou recusar o tratamento proposto, o direito de serem tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão e respeito, o direito a ser informados sobre o seu estado de saúde e a evolução provável do seu estado, bem como sobre a existência de outros tratamentos possíveis, e o direito de se queixarem sobre a forma como foram tratados e de serem indemnizados por prejuízos sofridos.



57. A Lei de Bases da Saúde é regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro de 1993, que aprovou a regulamentação do Serviço Nacional de Saúde. De acordo com o artigo 38.º deste decreto-lei, o Estado supervisiona os estabelecimentos de saúde; o Ministério da Saúde é responsável pela definição das normas em matéria de saúde, sem prejuízo das funções atribuídas à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos.

## **B. A Lei de Saúde Mental**

58. A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho de 1998) estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo bem como o internamento voluntário das pessoas com problemas psiquiátricos. As disposições pertinentes no caso em apreço têm a seguinte redação:

### **Artigo 3.º – Princípios gerais de política de saúde mental**

“(…)

a) A prestação de cuidados de saúde mental deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;

b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;

(…)”

### **Artigo 7.º – Definições**

“(…)

a) Internamento compulsivo é o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;

b) Internamento voluntário é o internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;

(…)”

### **Artigo 12.º – Pressupostos**

“1 – 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.

2 – 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.”

### **Artigo 13.º – Legitimidade**

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

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

3 – Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o diretor clínico do estabelecimento.»

### **C. O Decreto-Lei nº 48051, de 21 de novembro de 1967**

59. O Decreto-Lei nº 48051, que estava em vigor na altura em que a requerente instaurou o processo, regia o regime de responsabilidade civil extracontratual do Estado. As suas disposições pertinentes no caso em apreço tinham o seguinte conteúdo:

#### **Artigo 2.º**

“1. O Estado e demais pessoas coletivas públicas respondem civilmente perante terceiros pelas ofensas dos direitos destes ou das disposições legais destinadas a proteger os seus interesses, resultantes de atos ilícitos culposamente praticados pelos respetivos órgãos ou agentes administrativos no exercício das suas funções e por causa desse exercício.”

#### **Artigo 4.º**

“1. A culpa dos titulares do órgão ou dos agentes é apreciada nos termos do artigo 487.º do Código Civil.

2. Se houver pluralidade de responsáveis, é aplicável o disposto no artigo 497.º do Código Civil.”

#### **Artigo 6.º**

“Para os efeitos deste diploma, consideram-se ilícitos os atos jurídicos que violem as normas legais e regulamentares ou os princípios gerais aplicáveis e os atos materiais que infrinjam estas normas e princípios ou ainda as regras de ordem técnica e de prudência comum que devam ser tidas em consideração.”

60. De acordo com a jurisprudência sobre responsabilidade extracontratual do Estado, este só é obrigado a indemnizar se tiver sido cometido um ato ilícito, culposo, e se existir um nexo de causalidade entre o ato e o dano alegado.

#### **D. O Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de fevereiro de 1999**

61. O Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de fevereiro de 1999, em vigor aquando da última hospitalização de A.J., contém disposições sobre a organização dos cuidados psiquiátricos e de saúde mental. O seu preâmbulo tem a seguinte redação:

“ (...)

Assim, considerando em especial as recomendações da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde quanto à promoção prioritária da prestação de cuidados a nível da comunidade, no meio menos restritivo possível, e, no âmbito específico da reabilitação psicossocial, à prestação de cuidados em centros de dia e estruturas residenciais adequadas ao grau específico de autonomia dos doentes, desde meados da década de 90 tornou-se ainda mais premente a urgência da reformulação da política de saúde mental e consequente revisão do modelo de organização dos serviços, que o Decreto-Lei n.º 127/92, afinal, não logrou prosseguir.”

As disposições deste decreto-lei, pertinentes para o caso em apreço, têm a seguinte redação:

##### **Artigo 1.º - Objeto**

“O presente diploma estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental, adiante designados «serviços de saúde mental.”

##### **Artigo 2.º - Princípios gerais**

“ (...)

6 – A prestação de cuidados de saúde mental deve centrar-se nas necessidades e condições específicas dos indivíduos, em função da sua diferenciação etária, e ser prioritariamente promovida a nível da comunidade, no meio menos restritivo possível, devendo as unidades de internamento localizar-se, tendencialmente, em hospitais gerais.”

##### **Artigo 16.º - Atribuições dos hospitais psiquiátricos**

“1 – Aos hospitais psiquiátricos incumbe:

(...)

c) Assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que neles se encontram institucionalizados e promover a humanização e melhoria das suas condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade.

(...)”

#### **E. O Protocolo relativo à utilização da “contenção mecânica” no conjunto dos hospitais portugueses, incluindo os hospitais psiquiátricos (Circular Normativa n.º 8/DSPSM)**

62. Em 2007, o Ministério da Saúde firmou um protocolo sobre a utilização de meios de contenção mecânica em todos os hospitais

portugueses, incluindo os hospitais psiquiátricos. Este texto foi revogado e substituído em 2011 por orientações mais gerais (ver adiante).

#### **F. Orientações sobre a contenção emitidas pela Direcção-Geral da Saúde (n.º 21/2011 de 6 de junho de 2011)**

63. Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro 2008, foram emitidas as seguintes orientações:

“1. O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico.

2. Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:

2.1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.

2.2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.

2.3. Recusem tratamento vital, urgente.

(...)

6. Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar que no processo do doente são obrigatoriamente registados os seguintes elementos:

6.1. Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.

6.2. Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.

6.3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida.

6.4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.

6.5. Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.

6.6. Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.

(...)

9. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção, enquadrado na presente Orientação, de acordo com as especificidades dos cuidados que presta

(...)

#### **CRITÉRIOS**

(...)

k) Considera-se:

i. Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O

objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.

ii. Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

iii. Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

iv. Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

v. Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

### **FUNDAMENTAÇÃO**

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção.

(...)"

## **G. O Código Civil português**

64. O código estatui nas suas disposições pertinentes para o caso em apreço:

### **Artigo 487.º**

“1. É ao lesado que incumbe provar a culpa do autor da lesão, salvo havendo presunção legal de culpa.

2. A culpa é apreciada, na falta de outro critério legal, pela diligência de um bom pai de família, em face das circunstâncias de cada caso.”

## **H. A jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Administrativo**

65. Em 25 de julho de 1985, o Supremo Tribunal de Justiça proferiu um acórdão no qual analisou a obrigação de vigiar os doentes hospitalizados com doença mental. Nesse acórdão afirmou-se que, quando um tal doente é hospitalizado e recebe tratamento, o hospital tem a obrigação de prestação de cuidados e de vigilância. Ora, no processo em causa, o Supremo Tribunal considerou que o hospital tinha incumprido esta obrigação ao deixar que um doente com deficiência mental, hospitalizado em regime aberto, abandonasse o local sem autorização e sem ter envidado todos os esforços necessários para assegurar o seu regresso imediato.

66. Num acórdão de 25 de novembro de 1998, o Supremo Tribunal de Justiça ponderou se, ao não se opor a que uma paciente abandonasse o departamento de psiquiatria, o hospital tinha faltado à sua obrigação de vigilância. A resposta foi negativa, considerando que se provara, nomeadamente que i) o Departamento de Psiquiatria do hospital funcionava em regime «aberto», ii) ninguém tinha dado ordem expressa de impedir a paciente de abandonar o serviço, iii) os médicos consideraram inoportuno restringir a liberdade de circulação da paciente, iv) no dia da tentativa de suicídio, a paciente parecia comportar-se normalmente, e v) o comportamento desta última não permitia prever a sua tentativa de suicídio.

67. Num acórdão de 29 de janeiro de 2009, o Supremo Tribunal Administrativo considerou, relativamente a um doente mental que tinha saltado de uma janela do seu quarto, que não tinha havido incumprimento da obrigação de vigilância. O tribunal considerou, entre outros aspetos, que a obrigação de vigilância existia apenas relativamente aos riscos suscetíveis de serem determinados por um “avaliador prudente”. Salientou que, no caso em apreço, não existiam elementos que levassem a suspeitar que o doente poderia tentar suicidar-se. Por conseguinte, considerou que o nível de vigilância adotado correspondia ao estado do doente e aos riscos previsíveis e concluiu que o hospital não era responsável pelo facto de o doente ter saltado subitamente pela janela.

### III. O DIREITO E A PRÁTICA INTERNACIONAL

#### A. As Nações Unidas

##### *1. Assembleia Geral das Nações Unidas*

68. A Resolução da Assembleia-Geral A/RES/46/119, de 17 de dezembro de 1991, estabelece os princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. Os princípios a ter em consideração para o caso em questão são os seguintes:

#### **Princípio 8 – Padrões de tratamento**

“1. Cada paciente terá direito a receber os cuidados de saúde e a proteção social adequada às suas necessidades de saúde, e tem direito a cuidados e tratamentos que obedeçam às mesmas normas que as aplicáveis a outras pessoas doentes.

2. Cada paciente será protegido contra quaisquer malefícios, incluindo medicação injustificada, maus tratos cometidos por outros pacientes, pelo pessoal ou por terceiros, ou outros atos causadores de sofrimento mental ou desconforto físico.”

**Princípio 9 - Tratamento**

“1. Cada paciente terá o direito a ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo adequado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de terceiros.

(...)

3. Os cuidados de saúde mental serão sempre prestados em conformidade com as normas deontológicas aplicáveis aos profissionais de saúde mental (...)

4. O tratamento de cada paciente será orientado no sentido da preservação e do reforço da sua autonomia pessoal.”

**Princípio 15 – Princípios relativos ao ingresso**

“(…)

2. O acesso a uma instituição de saúde mental será gerido da mesma forma que o acesso a qualquer instituição para o tratamento de qualquer outra doença.

3. Todo o paciente que não ingresse voluntariamente terá direito a deixar a instituição de saúde mental em qualquer momento, a menos que estejam preenchidos os requisitos para a sua retenção como paciente involuntário, enunciados no Princípio 16, e a pessoa será informada desse direito.”

**2. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**

69. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (adotada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 13 de dezembro de 2006, Resolução A/RES/61/106, a “CDPC”) tem como objeto promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e de todas as liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência e promover o respeito pela dignidade que lhes é inerente. Esta Convenção atualizou e reviu as normas estabelecidas através da resolução da Assembleia geral anteriormente citada. Foi ratificada por Portugal, em 23 de setembro de 2009. Todos os Estados membros do Conselho da Europa, à exceção do Liechtenstein, são atualmente parte da CDPC. As suas disposições pertinentes têm o seguinte conteúdo:

**Artigo 10.º - Direito à vida**

“Os Estados Partes reafirmam que todo o ser humano tem o direito inerente à vida e tomam todas as medidas necessárias para assegurar o seu gozo efetivo pelas pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais.”

**Artigo 12.º - Reconhecimento igual perante a lei**

“1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito ao reconhecimento perante a lei da sua personalidade jurídica em qualquer lugar.

2. Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiências têm capacidade jurídica, em condições de igualdade com as outras, em todos os aspetos da vida.

3. Os Estados Partes tomam medidas apropriadas para providenciar acesso às pessoas com deficiência ao apoio que possam necessitar no exercício da sua capacidade jurídica.

4. Os Estados Partes asseguram que todas as medidas que se relacionem com o exercício da capacidade jurídica fornecem as garantias apropriadas e efetivas para prevenir o abuso de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Tais garantias asseguram que as medidas relacionadas com o exercício da capacidade jurídica em relação aos direitos, vontade e preferências da pessoa estão isentas de conflitos de interesse e influências indevidas, são proporcionais e adaptadas às circunstâncias da pessoa, aplicam-se no período de tempo mais curto possível e estão sujeitas a um controlo periódico por uma autoridade ou órgão judicial competente, independente e imparcial. As garantias são proporcionais ao grau em que tais medidas afetam os direitos e interesses da pessoa.

(...)”

#### **Artigo 14.º - Liberdade e segurança da pessoa**

“1. Os Estados Partes asseguram que as pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais:

a) Gozam do direito à liberdade e segurança individual;

b) Não são privadas da sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária e qualquer privação da liberdade é conforme à lei e a existência de uma deficiência não deverá, em caso algum, justificar a privação da liberdade.

2. Os Estados Partes asseguram que, se as pessoas com deficiência são privadas da sua liberdade através de qualquer processo, elas têm, em condições de igualdade com as demais, direito às garantias de acordo com o direito internacional de direitos humanos e são tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, incluindo o fornecimento de adaptações razoáveis.”

#### **Artigo 25.º Saúde**

“ Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para garantir o acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde que tenham em conta as especificidades do género, incluindo a reabilitação relacionada com a saúde. Os Estados Partes devem, nomeadamente:

a) Providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais (...);

b) Providenciar os serviços de saúde necessários às pessoas com deficiência, especialmente devido à sua deficiência, incluindo a deteção e intervenção atempadas, sempre que apropriado, e os serviços destinados a minimizar e prevenir outras deficiências, incluindo entre crianças e idosos;

c) Providenciar os referidos cuidados de saúde tão próximo quanto possível das suas comunidades, incluindo nas áreas rurais;

d) Exigir aos profissionais de saúde a prestação de cuidados às pessoas com deficiência com a mesma qualidade dos dispensados às demais, com base no consentimento livre e informado, *inter alia*, da sensibilização para os direitos humanos,



dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência através da formação e promulgação de normas deontológicas para o sector público e privado da saúde;

(...)»

### *3. O Comité sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*

70. Em abril de 2014, o Comité sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (“o CDPD”) adotou uma observação geral sobre o artigo 12.º da Convenção, relativa ao reconhecimento da personalidade jurídica em condições de igualdade. Na parte relevante, referente às pessoas internadas contra a sua vontade, estabelece:

#### **Artigos 14.º e 25.º**

##### **Liberdade e segurança da pessoa e consentimento**

“36. (...) A negação da capacidade jurídica das pessoas com deficiência e a sua detenção em instituições contra a sua vontade, sem o seu consentimento ou de pessoas habilitadas a substituí-las para tomar as decisões que lhes dizem respeito, é um problema muito atual. Esta prática constitui uma privação arbitrária de liberdade e viola os artigos 12.º e 14.º da Convenção (...)

37. O direito a gozar do melhor estado de saúde possível (artigo 25.º) implica o direito a cuidados de saúde com base no consentimento livre e esclarecido. Os Estados membros têm a obrigação de exigir que todos os médicos e profissionais de saúde (incluindo os psiquiatras) obtenham o consentimento livre e informado das pessoas com deficiência antes de as tratarem.

(...)”

71. Em setembro de 2015, o CDPD adotou as Diretivas relativas ao artigo 14.º da Convenção. As suas partes pertinentes para o caso em apreço, que dizem respeito às pessoas internadas contra a sua vontade, têm a seguinte redação:

##### **“B. Direito à liberdade e à segurança das pessoas com deficiência**

3. O Comité reafirma que o direito à liberdade e à segurança da sua pessoa é um dos direitos mais preciosos a que cada um pode aspirar. De facto, todas as pessoas com deficiência, em especial as pessoas com deficiência mental ou psicossocial, têm direito à liberdade, nos termos do artigo 14.º da Convenção.

4. O artigo 14.º é, em si, uma disposição sobre a não discriminação. Precisa o alcance do direito à liberdade e à segurança das pessoas com deficiência e proíbe qualquer forma de discriminação em razão da deficiência no exercício desse direito.

(...)

##### **C. Proibição absoluta da detenção por incapacidade**

6. Ainda existem nos Estados-membros práticas que permitem a privação de liberdade devido a uma incapacidade real ou suposta. (...) O Comité estabeleceu que o artigo 14.º não previa qualquer exceção que permitisse privar as pessoas da sua liberdade com base numa deficiência real ou percebida. No entanto, a legislação de vários Estados membros, nomeadamente a legislação relativa à saúde mental, continua a prever vários casos em que as pessoas podem ser colocadas em estabelecimentos com base numa deficiência, real ou percebida, desde que existam outros motivos para tal colocação,

nomeadamente o facto de representarem um perigo para si próprias ou para outrem. Esta prática não é compatível com o artigo 14.º; é discriminatória por natureza e constitui uma privação arbitrária de liberdade.

(...)

#### **D. Internamento forçado ou não autorizado em instituições psiquiátricas**

10. O internamento forçado de pessoas com deficiência justificada por cuidados de saúde é incompatível com a proibição absoluta da privação de liberdade por razões de deficiência (artigo 14.º, n.1 b)) e com o princípio do consentimento livre e esclarecido da pessoa abrangida pelos cuidados de saúde (artigo 25.º). O Comité sublinhou em várias ocasiões que os Estados membros deviam abolir as disposições que preveem a colocação de pessoas com deficiência em instituições psiquiátricas sem o seu consentimento, devido a uma deficiência real ou suposta. O internamento não consentido priva a pessoa da sua capacidade jurídica de decidir se deseja ou não ser objeto de cuidados de saúde e de tratamentos, ser hospitalizada ou colocada numa instituição, constituindo assim uma violação do artigo 12.º, conjugado com o artigo 14.º.

(...)

#### **G. Privação de liberdade por a pessoa com deficiência apresentar perigo, necessitar de cuidados ou tratamentos ou por qualquer outro motivo**

13. Em todas as análises dos relatórios dos Estados membros, o Comité considerou que a detenção de pessoas com deficiência, com base no facto de poderem representar um perigo para si próprias ou para outrem era contrária ao artigo 14.º. A detenção forçada de pessoas com deficiência por apresentarem um risco ou perigo, por necessitarem de cuidados ou tratamentos ou por qualquer outra razão relacionada com a sua deficiência ou diagnóstico, incluindo a gravidade da sua deficiência, ou para fins de observação, é contrário ao direito à liberdade e constitui uma privação arbitrária de liberdade.

14. Considera-se muitas vezes que as pessoas com perturbações intelectuais ou psicossociais constituem um perigo para si próprias e para outrem quando não consentem ser objeto de um tratamento médico ou terapêutico ou se lhe opõem. Todas as pessoas, incluindo as pessoas com deficiência, têm a obrigação de não causar danos e os sistemas jurídicos baseados na lei contêm leis penais e outras para fazer face a qualquer incumprimento dessa obrigação. As pessoas com deficiência não são muitas vezes protegidas em pé de igualdade com as outras por estas leis, na medida em que dependem de um conjunto de leis diferente, nomeadamente sobre a saúde mental. Estas leis e procedimentos preveem, em geral, critérios menos rigorosos em matéria de proteção dos direitos humanos, nomeadamente o direito a um processo regular e a um processo equitativo, e não estão em conformidade com o artigo 13.º da Convenção, em conjugação com o artigo 14.º.

15. A liberdade de fazer as suas próprias escolhas, erigida como princípio no artigo 3.º, alínea a), da Convenção, inclui a liberdade de assumir riscos e cometer erros, em pé de igualdade com os outros. Na sua Observação Geral n.º 1, o Comité indicou que as decisões relativas aos tratamentos médicos e psiquiátricos devem basear-se no consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa e respeitar a sua autonomia, vontade e preferências. O internamento em instituições psiquiátricas com base na deficiência, real ou suposta, ou nas condições de saúde das pessoas em causa, priva as pessoas com deficiência da sua capacidade jurídica e constitui uma violação do artigo 12.º da Convenção.

(...)”

#### *4. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos*

72. Em setembro de 2014, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos adotou uma Declaração sobre o artigo 14.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com o seguinte conteúdo:

“O direito à liberdade e à segurança da própria pessoa é um dos direitos mais preciosos a que todos podemos aspirar. De facto, todas as pessoas com deficiência, em especial as pessoas com deficiência mental ou psicossocial, têm direito à liberdade, nos termos do artigo 14.º da Convenção.

Desde que o Comité começou a examinar os relatórios dos Estados membros na sua quinta sessão, em abril de 2011, tem sistematicamente chamado a atenção dos Estados membros para a necessidade de fazer respeitar corretamente este direito consagrado pela Convenção. A jurisprudência do Comité sobre o artigo 14.º pode ser mais facilmente compreendida, decompondo os seus diferentes elementos, pela seguinte forma:

1. A proibição absoluta de privar uma pessoa de liberdade devido à sua deficiência. Em alguns Estados membros continuam a existir práticas segundo as quais uma deficiência real ou percebida pode justificar uma privação de liberdade. A este respeito, o Comité estabeleceu que o artigo 14.º não previa qualquer exceção que permitisse privar as pessoas da sua liberdade com base numa deficiência real ou percebida. No entanto, a legislação de vários Estados-membros, nomeadamente a legislação em matéria de saúde mental, continua a prever vários casos em que as pessoas podem ser colocadas em estabelecimentos com base numa deficiência, real ou percebida, desde que existam outros motivos para tal colocação, nomeadamente o facto de representarem um perigo para si próprias e para outrem. Esta prática não é compatível com o artigo 14.º, tal como interpretado pelo Comité na sua jurisprudência.

2. As leis de saúde mental que autorizam a colocação de pessoas com deficiência em estabelecimentos por constituírem um perigo para si próprias ou para outrem.

Ao examinar os relatórios dos Estados membros, o Comité concluiu que era contrário ao artigo 14.º prever a colocação em estabelecimento de pessoas com deficiência por representarem um perigo potencial para si próprias ou para outrem. A colocação em estabelecimento, sem o seu consentimento, de pessoas com deficiência, motivada por uma presunção de risco ou de perigosidade decorrente de qualificações de deficiência, constitui uma violação do direito à liberdade. Por exemplo, uma pessoa não pode ser colocada num estabelecimento unicamente porque foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide.

(...)”

#### *5. O Comité dos Direitos Humanos das Nações Unidas*

73. Em 16 de dezembro de 2014, o Comité dos Direitos Humanos formulou a Observação Geral n.º 35, acerca do artigo 9.º (Liberdade e segurança das pessoas) do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos. Na parte II da observação, o Comité desenvolvia a questão da detenção arbitrária e da detenção ilegal:

“19. Os Estados membros deveriam rever a legislação desatualizada e as práticas de saúde mental, a fim de evitar detenções arbitrárias. O Comité sublinha o dano inerente a qualquer privação de liberdade, bem como os danos específicos que as situações de hospitalização sem consentimento podem provocar. Os Estados membros deveriam criar serviços comunitários apropriados, de apoio social ou outros para pessoas com deficiências psicossociais, a fim de oferecer alternativas menos restritivas do que o internamento. A existência de uma deficiência não justifica, por si só, a privação de liberdade - pelo contrário, qualquer privação de liberdade deve ser necessária e proporcionada, a fim de proteger o interessado de qualquer prejuízo grave ou de prevenir danos a terceiros. Esta medida só deve ser aplicada em última instância e por um período tão curto quanto possível e deve ser rodeada de garantias processuais e materiais suficientes, estabelecidas por lei. Os procedimentos devem ser de molde a garantir o respeito da opinião dos indivíduos e a permitir uma representação e uma defesa efetivas dos seus desejos e dos seus interesses por um representante. Os Estados membros devem oferecer às pessoas internadas em instituições, programas de tratamento e reabilitação que sirvam os objetivos avançados para justificar a detenção. A privação de liberdade deve ser reexaminada a intervalos regulares, a fim de determinar se a medida continua a ser necessária. As pessoas devem ser ajudadas a fim de terem acesso a um recurso útil que lhes permita fazer valer os seus direitos, incluindo uma revisão judicial da decisão inicial de colocação e, posteriormente, uma revisão periódica da legalidade da manutenção em detenção, a fim de evitar condições de detenção incompatíveis com o Pacto.”

*6. O Relator especial das Nações Unidas sobre o direito de todas as pessoas a gozarem do melhor estado de saúde física e mental que possa ser alcançado*

74. O Relator especial das Nações Unidas sobre o direito de todas as pessoas a gozarem do melhor estado de saúde física e mental que possa ser alcançado elaborou, em 2 de abril de 2015, um relatório sobre o direito à saúde de todas as pessoas com deficiência, no qual conclui a propósito da CDPD:

“96. A Convenção põe em causa as práticas tradicionais da psiquiatria, tanto no plano científico como no da prática clínica. A este respeito, é particularmente necessário examinar as questões ligadas aos direitos humanos no domínio da psiquiatria e desenvolver mecanismos para a proteção eficaz dos direitos das pessoas com deficiência mental.

97. A história da psiquiatria mostra que as boas intenções dos prestadores de serviços podem conduzir a violações dos direitos humanos dos utentes de serviços. Os argumentos clássicos que limitam os direitos humanos das pessoas diagnosticadas com deficiências psicossociais e intelectuais, que assentam na necessidade médica de proporcionar a essas pessoas o tratamento necessário e/ou de proteger a sua segurança pessoal ou a segurança pública, são hoje seriamente postos em causa por não estarem em conformidade com a Convenção.

(...)

99. Muitas pessoas com deficiência psicossocial são privadas da sua liberdade em estabelecimentos fechados e são privadas de capacidade jurídica devido ao seu diagnóstico médico. Trata-se de uma ilustração da desorientação da ciência e da prática da medicina, que mostra a necessidade de reavaliar a prevalência do modelo biomédico atual no domínio da saúde mental. Para fazer avançar a investigação e a prática atuais,

devem ser considerados outros modelos, decididamente centrados nos direitos humanos e nas experiências e relações humanas, que tenham em conta os contextos sociais.”

## **B. O Conselho da Europa**

### *1. O Comité de Ministros*

75. Em 22 de setembro de 2004, o Comité de Ministros adotou a Recomendação Rec(2004)10 relativa à proteção dos Direitos Humanos e da dignidade das pessoas com perturbações mentais, cujas disposições pertinentes têm a seguinte redação:

#### **Artigo 7.º - Proteção das pessoas vulneráveis afetadas por perturbações mentais**

“1. Os Estados membros deverão assegurar a existência de mecanismos de proteção das pessoas vulneráveis afetadas por perturbações mentais, especialmente as que não têm capacidade para consentir ou que podem não ser capazes de se opor a violações dos direitos humanos que as afetem.

2. A lei deverá prever medidas para proteger, se for caso disso, os interesses económicos das pessoas com perturbações mentais.”

#### **Artigo 8.º - Princípio da restrição mínima**

“As pessoas com perturbações mentais devem ter o direito de ser tratadas no ambiente disponível o menos restritivo possível e de beneficiar do tratamento disponível o menos restritivo possível ou que implique a menor intrusão, tendo em conta as exigências ligadas à sua saúde e à segurança de outrem.”

#### **Artigo 9.º - Ambiente e condições de vida**

“1. Os estabelecimentos destinados ao internamento de pessoas com perturbações mentais deverão assegurar a cada uma dessas pessoas, tendo em conta o seu estado de saúde e as exigências ligadas à segurança de outrem, um ambiente e condições de vida tão próximos quanto possível das que beneficiam na sociedade as pessoas de idade, sexo e cultura similares. Deverão igualmente ser propostas medidas de readaptação profissional destinadas a facilitar a inserção dessas pessoas na sociedade.”

76. A exposição dos motivos da Recomendação especifica que “o princípio da restrição mínima” é fundamental. Implica que, quando a doença de uma pessoa evolui positivamente, esta deve ser transferida para um ambiente menos restritivo, se tal medida for compatível com as suas necessidades em matéria de saúde.

77. O artigo 17.º da Recomendação enuncia os critérios que regem o internamento involuntário e indica que uma pessoa só pode ser objeto de tal medida se sofrer de uma perturbação mental e apresentar, por isso, um risco real para si própria ou para outrem, se o internamento tiver, em particular, um fim terapêutico, se não estiverem disponíveis outros meios menos restritivos e se a opinião da pessoa em causa tiver sido tomada em consideração.

*2. O Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes (CPT)*

78. O CPT visitou um certo número de instituições psiquiátricas em Portugal no âmbito das visitas periódicas de 1999, 2003, 2008, 2012 e 2016. Nos relatórios elaborados na sequência dessas visitas, recomendava, de novo, que todos os hospitais psiquiátricos elaborassem um protocolo escrito relativo à utilização de meios de contenção nos seus serviços e que qualquer recurso à contenção física de um doente fosse objeto de um registo específico.

79. O CPT visitou o HSC em 1999 e 2012. Em 1999, a sua delegação interessou-se, principalmente, pelo serviço de psiquiatria forense do hospital (que acolhe os doentes declarados parcial ou totalmente inimputáveis, internados oficiosamente para prestação de cuidados, em cumprimento de uma ordem emitida por um tribunal penal) e visitou igualmente o serviço de psiquiatria geral para homens. Em 2012, o CPT visitou apenas o departamento forense (pavilhão 16) do HSC e não abordou expressamente o caso dos doentes hospitalizados com o seu consentimento (como o filho da requerente). No seu relatório dirigido ao Governo português sobre a visita realizada de 7 a 16 de fevereiro de 2012, o CPT observou que a adoção de diretrizes pelo Ministério da Saúde, em junho de 2011, representou um avanço. Todavia, reiterou a sua recomendação no sentido de que todos os departamentos forenses elaborassem um protocolo escrito sobre a contenção, em conformidade com as suas recomendações anteriores sobre a matéria. Recomendou também que fossem tomadas medidas necessárias para pôr termo à prática de impor o uso do pijama aos novos pacientes do HSC.

## O DIREITO

### I. SOBRE A ALEGADA VIOLAÇÃO DO ARTIGO 2.º DA CONVENÇÃO

80. A requerente alega que as autoridades não protegeram o direito à vida do seu filho, o que constitui, na sua opinião, uma violação do artigo 2.º da Convenção. Alega, em especial, que o hospital deu provas de negligência, acusando-o de não ter vigiado suficientemente o seu filho, de não ter instalado vedações de segurança adequadas para o impedir de sair do perímetro do hospital e de não se ter dotado de um procedimento de emergência adequado. No âmbito do artigo 6.º, n.º 1 da Convenção, queixa-se da duração do processo de natureza civil que instaurou contra o hospital.

81. O Tribunal considera que as queixas da requerente devem ser examinadas unicamente no âmbito das vertentes material e processual do artigo 2.º, entendendo que, competindo-lhe a qualificação jurídica dos factos da causa, não está vinculado pela que lhes é atribuída pelos requerentes ou

pelos governos (*Radomilja et Autres c. Croácia* [GC], nºs 37685/10 e 22768/12, n.º 126, 20 de março de 2018).

82. Na parte pertinente para o caso em apreço, o artigo 2.º, n.º 1, da Convenção dispõe:

“1. O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei. Ninguém poderá ser intencionalmente privado da vida, salvo em execução de uma sentença capital pronunciada por um tribunal, no caso de o crime ser punido com esta pena pela lei.”

## **A. Sobre a vertente material**

### *1. O acórdão da câmara*

83. A câmara declarou, por unanimidade, que tinha havido violação do artigo 2.º da Convenção na sua vertente material. Tendo em conta os antecedentes clínicos de A.J. e, em particular, o facto de ter tentado cometer suicídio em 1 de abril de 2000, considerou que os funcionários do hospital podiam prever que ele voltasse a atentar contra a sua vida. Daí deduziu que os mesmos deviam ter previsto uma nova fuga de A.J. e a eventualidade de um desfecho fatal, tendo em conta o diagnóstico feito.

84. A Câmara considerou que, embora em matéria de cuidados de saúde mental se desenhasse uma tendência para um tratamento dos doentes segundo o princípio da imposição de restrições mínimas, num regime “aberto”, este tratamento não podia exonerar o Estado da sua obrigação de proteger os doentes mentais hospitalizados do perigo que apresentam para si próprios, nomeadamente quando elementos específicos indicam que podem atentar contra a sua vida. Considerou que não era necessário fazer uma distinção em função do tipo de hospitalização - com ou sem consentimento. Um doente hospitalizado com o seu consentimento era tratado e supervisionado pelo hospital da mesma forma que um doente hospitalizado sem o seu consentimento, e o Estado tinha as mesmas obrigações para com ambos. Segundo a câmara, afirmar o contrário equivaleria a privar os doentes hospitalizados com o seu consentimento da proteção do artigo 2.º da Convenção.

85. A câmara constatou que os dois procedimentos que estavam em vigor no hospital - a verificação da presença dos pacientes hospitalizados nas horas das refeições e da toma dos medicamentos e o procedimento de urgência que consistia em procurar o paciente em falta no perímetro do hospital e chamar a polícia e a família - tinham-se revelado ineficazes para impedir a fuga de A.J. e, ao fim e ao cabo, o seu suicídio. Observou ainda que o risco tinha sido agravado pelo facto de existir um acesso livre e não restrito a um cais ferroviário. Considerou que se poderia esperar que o pessoal do hospital tomasse mais medidas para garantir que A.J. não saísse do perímetro do hospital. A este respeito, considerou que o presente caso se distinguia do caso *Hiller c. Áustria* (n.º 1967/14, 22 de novembro de 2016).

## 2. *Teses das partes*

### a) **A requerente**

86. Nas observações apresentadas perante a Grande Câmara, a requerente reitera a sua alegação de que o procedimento de vigilância em vigor no HSC - que, segundo ela, consistia em contar os pacientes quando tomavam as refeições através de uma abertura relativamente pequena na parede - era inadequada. Acrescenta que o procedimento de emergência demonstrava amadorismo. Segundo a requerente, o intervalo de, pelo menos, duas horas entre as refeições era suficientemente longo para permitir que um paciente deixasse o pavilhão e o perímetro do hospital e se suicidasse. Segundo ela, esse tinha sido, de facto, o caso de AJ, cuja presença teria sido verificada aquando do lanche às 16h45m e cuja ausência apenas teria sido constatada à hora do jantar, às 19h, hora em que já não estaria vivo.

87. No que respeita à presença dos médicos, a requerente afirma que estes só visitavam os doentes uma vez por dia, de manhã ou de tarde, e apenas quando não estavam em consulta nem em serviço de urgência. Afirma que não existia um serviço de emergência no HSC e que, quando um doente estava em crise, o estabelecimento ligava ao médico de urgência, que decidia se o doente devia ser levado para as urgências de outro hospital. Acrescenta que não havia psicólogo na equipa terapêutica do HSC e que isso tinha prejudicado o tratamento de A.J. Além disso, segundo a requerente, o HSC tinha feito um diagnóstico incorreto da doença mental de A.J. ao longo dos anos, o que os tribunais internos teriam reconhecido e teria sido claramente referido na sentença do Tribunal Administrativo de Coimbra. Além disso, o dossier referente à situação clínica de A.J. e sua evolução, bem como aos cuidados que lhe foram dispensados, não estaria completo nem atualizado. A.J. não teria beneficiado de um tratamento psicológico adequado, como demonstra o processo clínico, onde a rubrica reservada à avaliação ou ao programa terapêutico foi várias vezes deixada em branco.

88. A requerente afirma que não defende um regime de vigilância estrita. Considera que a hospitalização das pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas deve assentar num equilíbrio entre a liberdade terapêutica, por um lado, e a necessidade de contenção, por outro. A.J. teria necessitado de cuidados especiais e deveria ter sido objeto de vigilância pessoal e de medidas de contenção. A.J. teria exibido repetidamente um comportamento irresponsável e o seu historial suicida teria sido reconhecido.

89. A requerente alega que o risco de A.J. atentar contra a sua vida era previsível ou, pelo menos, provável. Segundo ela, o HSC sabia, ou deveria saber, que existia um risco real e imediato para a vida de A.J. Um tratamento em “regime aberto” não poderia exonerar o Estado da sua obrigação de proteger os doentes com perturbações mentais dos riscos que representam para si próprios. Uma vigilância especial deveria assim ter sido imposta no caso de A.J.



90. Para a requerente, a obrigação positiva que incumbia ao Estado, por força do artigo 2.º, de tomar medidas operativas preventivas deve aplicar-se da mesma maneira a todos os doentes, estejam hospitalizados com o seu consentimento ou não. Segundo ela, não oferece dúvidas que, mesmo em caso de hospitalização consentida, um doente se encontra sob a proteção do Estado. O Estado teria a obrigação de implementar um quadro regulamentar vinculativo para os hospitais, tanto públicos como privados, e de adotar medidas e procedimentos apropriados.

91. No que se refere ao procedimento através do qual o HSC podia pedir a hospitalização oficiosa, a requerente considera que qualquer médico no exercício das suas funções ou o diretor do estabelecimento poderiam ter feito tal pedido.

92. Por último, a requerente considera que os artigos da imprensa que apresentou relativamente às fugas de doentes do HSC são pertinentes, na medida em que demonstram que os procedimentos de vigilância e de emergência eram deficientes.

#### **b) O Governo**

93. O Governo sustenta que, durante a sua última estadia no HSC – de 2 a 27 de abril de 2000 – AJ era seguido por um psiquiatra e tomava diariamente medicamentos. Segundo o Governo, AJ foi visto por um médico, pelo menos sete vezes, durante esse período, sem que alguma menção acerca de ideação suicida constasse do seu processo clínico. A equipa responsável (constituída por médicos e enfermeiros) reunir-se-ia diariamente para discutir a situação de cada doente. Após a sua admissão, em 2 de abril de 2000, e durante aproximadamente uma semana, AJ teria estado confinado, em pijama e roupão, no pavilhão em que estava hospitalizado. Tendo sido constatada uma melhoria do seu estado de saúde, foi-lhe aplicado um regime menos restritivo e, durante as segunda e terceira semanas de abril de 2000, teria sido autorizado a sair do pavilhão, na condição de informar o enfermeiro de serviço. Durante esse período, teria sido também autorizado a passar os fins de semana em casa.

94. O Governo não contesta que o HSC tinha a obrigação, especialmente em presença de um risco de suicídio, de vigiar e proteger A.J., de maneira razoável e proporcionada. Considera que esta obrigação implicava, também, que fosse tomado em conta o programa terapêutico definido para cada paciente e o direito do paciente à liberdade. Afirma que, segundo o direito nacional (parágrafo 58 supra), a hospitalização oficiosa podia ser ordenada por um juiz, no âmbito de um processo judicial especial, em dois casos: quer quando uma pessoa apresentava uma perturbação mental grave suscetível de constituir um perigo para si própria ou para terceiro e não consentia no tratamento exigido pelo seu estado; quer quando uma pessoa constituía um perigo para a sociedade mas não estava abrangida pelo sistema de sanções penais aplicável aos autores de infrações graves. O Governo considera que

A.J. não estava em nenhuma dessas situações. Afirma que a requerente nunca pediu a hospitalização oficiosa de A.J., quando, segundo ele, esta sabia que o HSC era um hospital aberto e sem vedações e que, durante a hospitalização, o seu filho tinha sido autorizado a deixar o estabelecimento e, por vezes, tinha voltado para a casa da família. Além disso, o Governo sustenta que, em conformidade com o quadro jurídico em vigor, na época, os princípios gerais em matéria de saúde mental preconizavam que os cuidados fossem prestados no ambiente menos restritivo possível (artigo 3.º, alínea b) da Lei de Saúde Mental, parágrafo 58 supra).

95. O Governo considera que a requerente defende a instalação de muros e barreiras capazes de impedir os doentes com tendências suicidas de abandonarem o perímetro do hospital. Afirma que, dado que a maioria dos doentes com doenças psiquiátricas apresenta, segundo ele, tais tendências, essa solução constituiria um passo no sentido de um sistema de internamento oficioso e não estaria em conformidade com as conceções em vigor no domínio da psiquiatria nem com as normas jurídicas internacionais pertinentes na matéria. Segundo o Governo, a melhor abordagem consiste em assegurar um acompanhamento individual dos pacientes, privilegiando o regime de hospitalização o menos restritivo possível e, se necessário, a afetação a estruturas de proximidade ou, caso contrário, um regime aberto em que os doentes continuem a gozar do direito de circular livremente. Com efeito, mesmo em caso de hospitalização oficiosa, seria admissível e recomendável deixar aos doentes uma certa liberdade de circulação.

96. O Governo alega que, no caso de A.J., não foi demonstrado que existisse um risco real e imediato de suicídio no dia 27 de abril de 2000 ou nos dias que precederam a sua morte. Remete para a declaração feita perante os tribunais nacionais pelo perito médico, que exprimiu o parecer segundo o qual o risco de suicídio, se fosse real, não era iminente, e que a passagem ao ato podia resultar de um impulso. Evidencia que o médico que seguia A.J. (Dr. A.A.) tinha considerado que uma relação terapêutica baseada na confiança constituía um tratamento adequado. Acrescenta que, no dia 27 de abril de 2000, A.J. não tinha demonstrado um comportamento anormal, que tinha dado um passeio pelas imediações do hospital e tinha tomado todas as suas refeições, incluindo o lanche.

97. O Governo remete para a exigência que seria imposta pela jurisprudência do Tribunal, segundo a qual, a seu ver, a obrigação positiva que incumbe às autoridades deve ser interpretada de modo a não lhes impor um encargo insuportável ou excessivo, e que, por conseguinte, nem toda a presumível ameaça à vida implica para as autoridades uma obrigação nos termos da Convenção (*Osman c. Reino Unido*, 28 de outubro de 1998, parágrafo 116, Coletânea dos Acórdãos e Decisões 1998, VIII, e *Renolde c. França*, nº 5608/05, parágrafo 82, CEDH 2008 (extratos)). Para o Governo, um controlo permanente dos movimentos de A.J. poderia ter violado outros direitos decorrentes da Convenção (*Hiller, supracitado*, parágrafo 55). O

sistema em vigor no HSC, no âmbito do qual a presença de A.J. teria sido verificada cinco vezes por dia, no momento das refeições, juntamente com o regime terapêutico, era, por conseguinte, adequado e proporcional.

98. O Governo admite que a obrigação positiva de proteger os doentes contra o perigo que podem representar para si próprios ou para outros se aplica tanto aos doentes hospitalizados com o seu consentimento como aos hospitalizados sem o seu consentimento. No entanto, sustenta que, no caso de doentes hospitalizados em execução de uma ordem judicial, portanto sem o seu consentimento, estas obrigações positivas revestem uma força e um carácter especiais.

99. Considera que, em conformidade com o princípio da subsidiariedade, o Tribunal deve aceitar as conclusões que foram extraídas pelas autoridades nacionais no termo de um processo interno contraditório e equitativo, conclusões segundo as quais o suicídio de A.J. não era previsível e os cuidados que recebeu no HSC eram adequados.

100. Quanto à questão de saber se A.J. apresentava ou não fortes tendências para o suicídio, o Governo indica que os tribunais nacionais consideraram que apenas tinha sido provado que A.J. atentara contra a sua vida uma vez, em 1 de abril de 2000, e que tinham também concluído que as normas internas relativas à vigilância e ao desencadeamento do dispositivo de emergência eram adequadas e suficientes.

101. O Governo confirma que todos os pacientes (admitidos com ou sem o seu consentimento) podiam, em função dos seus sintomas, ser confinados durante um determinado período no pavilhão onde permaneciam. Acrescenta que, durante períodos de agitação extrema, um paciente podia também ser colocado num quarto isolado.

102. Finalmente, o Governo concluiu que, tendo em conta as modalidades atuais de tratamento psiquiátrico, que se centram no respeito pela dignidade e pela liberdade do paciente, não podem ser evitadas todas as mortes e o Estado não pode ser responsabilizado por aquelas que ocorram.

### *3. Apreciação do Tribunal*

#### **a) Observações preliminares e apreciação do Tribunal**

103. O Tribunal observa, em primeiro lugar, que o presente caso diz respeito a alegados factos de negligência médica que teriam sido cometidos no contexto do suicídio de um paciente ocorrido durante uma hospitalização consentida num estabelecimento psiquiátrico público. Consequentemente, podem entrar em causa duas obrigações positivas distintas, embora ligadas, decorrentes do artigo 2.º, já estabelecidas pela jurisprudência do Tribunal. Em primeiro lugar, a obrigação positiva que incumbe ao Estado de implementar um quadro regulamentar que imponha aos hospitais a adoção de medidas adequadas para proteger a vida dos doentes (parágrafos 104 a 107 supra). Em segundo lugar, a obrigação positiva que incide sobre as autoridades de

tomarem medidas preventivas de ordem prática para proteger o indivíduo contra outrem ou, em certas circunstâncias, contra ele próprio (parágrafos 108 a 115 supra).

**b) Princípios gerais**

104. O Tribunal exporá os princípios gerais relativos às duas obrigações acima referidas e examinará em seguida a sua aplicação no caso em apreço. Recorda que a primeira frase do artigo 2.º - que se inclui entre os artigos primordiais da Convenção, na medida em que consagra um dos valores fundamentais das sociedades democráticas que formam o Conselho da Europa - impõe ao Estado a obrigação não só de se abster de causar a morte “intencionalmente”, mas também de tomar as medidas necessárias à proteção da vida das pessoas sob a sua jurisdição (*Calvelli e Ciglio c. Itália* [GC], nº 32967/96, parágrafo 48, TEDH 2002-I).

*i. A obrigação positiva de estabelecer um quadro regulamentar*

105. Em primeiro lugar, no domínio específico da saúde, o Tribunal considerou que a obrigação positiva material que incumbe ao Estado o obrigava a criar um quadro regulamentar impondo aos hospitais, sejam públicos ou privados, a adoção de medidas destinadas a assegurar a proteção da vida dos seus doentes. Esta obrigação positiva exige igualmente a criação de um sistema judicial eficaz e independente, que permita, em caso de morte de um indivíduo que se encontre sob a responsabilidade de profissionais da saúde, quer pertençam ao setor público ou ao setor privado, determinar a causa da morte e obrigar os eventuais responsáveis a responder pelos seus atos (ver, entre muitos outros, *Calvelli e Ciglio* [GC], já referido, e *Dodov c. Bulgária*, nº 59548/00, parágrafo 80, 17 de janeiro de 2008).

106. No caso *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal* ([GC], nº 56080/13, parágrafo 165, 19 de dezembro de 2017) a Grande Câmara recordou e clarificou, recentemente, a extensão da obrigação positiva que decorre para os Estados do artigo 2.º, em caso de alegada negligência médica cometida num hospital. Disse que, mesmo quando a negligência médica é provada, o Tribunal normalmente só conclui pela violação da vertente material do artigo 2.º se o quadro regulamentar aplicável não protegia devidamente a vida do paciente. Reafirmou que, a partir do momento em que um Estado contratante tenha tomado as disposições necessárias para assegurar um elevado nível de competência dos profissionais da saúde e para garantir a proteção da vida dos doentes, não se pode admitir que questões como um erro de julgamento por parte de um profissional de saúde ou uma má coordenação entre profissionais de saúde no âmbito do tratamento de determinado paciente, sejam suficientes, por si só, para obrigar esse Estado a prestar contas com fundamento na obrigação positiva de proteger o direito à vida que lhe incumbia nos termos do artigo 2.º (ibidem, parágrafo 187).

107. A questão de saber se o Estado não cumpriu a obrigação de regulamentar exige uma apreciação concreta, e não abstrata, das alegadas deficiências. O Tribunal não tem, normalmente por missão examinar, em abstrato, a legislação e a prática relevantes, mas sim averiguar se a forma como foram aplicadas ao requerente ou à pessoa falecida, ou os afetaram, deu lugar a uma violação da Convenção (*Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado, parágrafo 188). Por conseguinte, o simples facto de o quadro regulamentar poder ser deficiente, em certos aspetos, não basta, por si só, para suscitar uma questão à luz do artigo 2.º da Convenção. É preciso ainda demonstrar que essa deficiência prejudicou o paciente.

*ii. A obrigação positiva de aplicar medidas operacionais preventivas*

108. Em segundo lugar, em certas circunstâncias bem definidas, o artigo 2.º pode impor às autoridades a obrigação positiva de tomarem preventivamente medidas de ordem prática para proteger a pessoa contra outrem (*Osman*, supracitado, parágrafo 115) ou, em determinadas condições, contra si próprio (*Renolde*, acima citado, e *Haas c. Suíça*, n.º 31322/07, parágrafo 54, TEDH 2011).

109. No caso *Osman*, o Tribunal considerou que deve ficar provado que as autoridades conheciam ou deviam ter conhecido o momento em que um ou mais indivíduos estavam a ser ameaçados de forma real e imediata nas suas vidas por atos criminosos de um terceiro, e que não tomaram, no âmbito dos seus poderes, as medidas que, de um ponto de vista razoável, teriam sem dúvida atenuado esse risco (*ibidem*, parágrafo 116).

110. Em vários casos em que o risco não resultava de atos criminosos cometidos por terceiros, mas sim de atos de autoagressão cometidos por um detido, o Tribunal concluiu que incidia sobre as autoridades uma obrigação positiva, caso soubessem ou devessem saber que havia um risco real e imediato de a pessoa atentar contra a sua vida. Nos casos em que concluiu que as autoridades tinham ou deviam ter tido conhecimento desse risco, o Tribunal ponderou, em seguida, se as mesmas tinham feito tudo o que era razoável esperar delas para o evitar (*Hiller*, já citado, parágrafo 49, e *Keenan c. Reino Unido*, n.º 27229/95, parágrafo 93, TEDH 2001-III). Assim, o Tribunal determina, tendo em conta o conjunto das circunstâncias de determinado caso, se o risco em questão era, simultaneamente, real e imediato.

111. O Tribunal já declarou no caso *Osman* que - sem perder de vista as dificuldades de a polícia exercer as suas funções nas sociedades contemporâneas, nem a imprevisibilidade do comportamento humano ou as opções operacionais a fazer em termos de prioridades e de recursos - esta obrigação deve ser interpretada de modo a não impor às autoridades um encargo insuportável ou excessivo e que, por conseguinte, nem toda a ameaça presumível contra a vida obriga as autoridades, à luz da Convenção, a tomar

medidas concretas para prevenir a sua efetivação (*Osman*, supracitado, parágrafo 116).

112. Além disso, o Tribunal reafirma que a dignidade e a liberdade humanas são a própria essência da Convenção. A este respeito, as autoridades devem desempenhar as suas funções de forma compatível com os direitos e liberdades do indivíduo em causa e de forma a diminuir os riscos de uma pessoa causar mal a si mesma, sem prejuízo da autonomia individual (ver, *mutatis mutandis*, *Mitić* c. Sérvia, n. 31963/08, parágrafo 47, 22 de janeiro de 2013). O Tribunal reconheceu que medidas excessivamente restritivas podem suscitar problemas à luz dos artigos 3.º, 5.º e 8.º da Convenção (*Hiller*, supracitado, parágrafo 55).

113. No que diz respeito aos doentes mentais, o Tribunal considerou que se trata de pessoas particularmente vulneráveis (*Renolde*, supracitado, parágrafo 84). Sempre que as autoridades decidam manter em detenção uma pessoa que sofra de uma doença mental, devem assegurar, com especial rigor, que as condições da sua detenção respondem às necessidades específicas decorrentes da sua doença. O mesmo se aplica às pessoas internadas sem o seu consentimento em instituições psiquiátricas (*Hiller*, supracitado, parágrafo 48, e referências citadas).

114. O Tribunal examinou também queixas apresentadas por familiares de pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas, hospitalizadas com o seu consentimento. Assim, no caso *Reynolds* c. *Reino Unido* (n.º 2694/08, 13 de março de 2012), o filho da requerente, que tinha sido admitido num serviço hospitalar com o seu consentimento, por apresentar sintomas psicóticos, tinha-se suicidado saltando do sexto andar. Ao declarar que fora violado o artigo 13.º em conjugação com o artigo 2.º da Convenção, o Tribunal concluiu que a requerente não tinha disposto de qualquer recurso de natureza civil para obter o reconhecimento de eventual responsabilidade e a indemnização pelo prejuízo que considerava ter sofrido devido ao seu próprio sofrimento e à morte do seu filho (*Reynolds*, supracitado, parágrafo 67) e considerou que a interessada apresentara um fundamento de violação do artigo 2.º defensável relativamente às circunstâncias de uma morte ocorrida na sequência de uma hospitalização consentida num estabelecimento psiquiátrico. No caso *Reynolds*, o Tribunal não afirmou, expressamente, que a obrigação positiva de tomar preventivamente medidas de ordem prática se estendia aos doentes mentais hospitalizados com o seu consentimento. No entanto, é evidente que também não excluiu tal conclusão. O Tribunal é agora chamado a pronunciar-se sobre esta questão no caso em apreço.

115. No que diz respeito aos riscos de suicídio, em particular, no caso de pessoas privadas da liberdade pelas autoridades (principalmente no caso de detenção ou prisão), o Tribunal teve em conta, anteriormente, vários fatores para determinar se as autoridades tinham conhecimento ou deviam ter tido conhecimento da existência de um risco real e imediato para a vida de uma

pessoa que desencadeasse a obrigação de tomar medidas preventivas adequadas. Estes fatores geralmente incluem:

- i. antecedentes de perturbações mentais (*Volk c. Eslovénia*, n.º 62120/09, parágrafo 86, 13 de dezembro de 2012, *Mitić*, *supracitado*, e *Younger c. Reino Unido (dez.)*, n.º 57420/00, TEDH2003-I);
- ii. gravidade da doença mental (*De Donder e De Clippel c. Bélgica*, n.º 8595/06, parágrafo 75, 6 de dezembro de 2011, e *Keenan*, *supracitado*);
- iii. anteriores tentativas de suicídio ou de autoagressão (*Renolde*, *supracitado*, parágrafo 86, *Ketreb c. France*, n.º 38447/09, parágrafo 78, 19 de julho de 2012, e *Çoşelav c. Turquia*, n.º 1413/07, parágrafo 57, 9 de outubro de 2012, e comparar com *Hiller*, *supracitado*, parágrafo 52);
- iv. pensamentos ou ameaças suicidas (ver, por exemplo, *Reynolds*, *supracitado*, parágrafo 10);
- v. sinais de angústia física ou mental (*De Donder e De Clippel*, *supracitado*, e comparar com *Younger* (decisão supramencionada)).

**c) Aplicação destes princípios ao caso em apreço**

*i. A obrigação positiva de estabelecer um quadro regulamentar*

116. O Tribunal recorda, em primeiro lugar, que não examina, em abstrato, o quadro regulamentar interno, mas aprecia de que forma o mesmo afetou a pessoa no caso em questão (parágrafo 107 *supra*).

117. Na parte em que a requerente se queixa da ausência de vedações e de muros de segurança em torno do HSC, o Tribunal, tal como os tribunais internos, não vê qualquer razão para pôr em causa o sistema adotado pelo estabelecimento a este respeito, o qual estava em conformidade com as disposições da Lei de Saúde Mental em vigor na altura dos fatos (parágrafo 58 *supra*). Esta lei estabelecia que os cuidados de saúde mental deveriam ser prestados no ambiente o menos restritivo possível. Estes princípios gerais refletiam a vontade terapêutica de instaurar um regime aberto, preservando o direito do paciente de circular livremente. A abordagem adotada coadunava-se com as normas internacionais elaboradas nos últimos anos em matéria de tratamento dos doentes mentais (ver a parte do direito internacional acima referida e *Hiller*, parágrafo 54, *supracitado*). O Tribunal salienta, além disso, que a legislação interna - a lei sobre a saúde mental de 24 de julho de 1998 (parágrafo 58 *supra*) - previa a possibilidade de hospitalização oficiosa quando as necessidades específicas do paciente a justificassem. Independentemente de saber se era necessária uma hospitalização oficiosa para prevenir um risco real e imediato para a vida de A.J., o Tribunal considera que o quadro regulamentar previa claramente os meios terapêuticos necessários para que o HSC pudesse responder às necessidades de A.J. nos planos médico e psiquiátrico.

118. O Tribunal releva que, só em 2011, foram estabelecidas diretivas sobre os meios de contenção aplicáveis aos doentes mentais (parágrafo 63

supra). No entanto, considera que o quadro regulamentar não era, em si mesmo, incapaz de assegurar os meios necessários para proteger a vida de A.J.

119. A este respeito, o Tribunal estabelece uma distinção entre as exigências requeridas em matéria de qualidade da lei, no âmbito dos artigos 3.º, 5.º e 8.º da Convenção, onde está em jogo a vertente negativa dos direitos protegidos, e a obrigação, no âmbito do artigo 2.º, de implementar um quadro regulamentar destinado a proteger uma pessoa contra qualquer dano que lhe possa ser infligido por terceiros ou por ela própria. Nos termos do artigo 5.º, n.º 1, a “qualidade da lei” implica que, quando uma lei nacional autoriza a privação de liberdade, essa lei deve ser suficientemente acessível, precisa e previsível na sua aplicação, a fim de evitar qualquer perigo de arbitrariedade (*J.N. c. Reino Unido*, n.º 37289/12, parágrafo 77, 19 de maio de 2016, com as referências citadas). A obrigação que decorre do artigo 2.º de implementar um quadro regulamentar visa um objetivo diferente, a saber, o de fornecer os meios necessários à proteção da vida de um doente; conseqüentemente, a ausência de linhas diretrizes escritas sobre o recurso aos meios de contenção não é determinante para a apreciação da eficácia do quadro regulamentar e não justifica, por si só, uma constatação de violação do artigo 2.º. Além disso, não se pode esquecer que A.J. foi hospitalizado com o seu consentimento e que a queixa da requerente não se refere ao período durante o qual o seu filho esteve sujeito a um regime restritivo. Por conseguinte, o Tribunal considera que não é necessário examinar mais aprofundadamente esta questão (*Radomiljae outros*, supracitado, parágrafo 126).

120. Por outro lado, o Tribunal não vislumbra, no procedimento de vigilância aplicado aos doentes hospitalizados com o seu consentimento, qualquer elemento criticável, suscetível de justificar a conclusão de que a morte de A.J. era imputável às alegadas deficiências. No âmbito deste procedimento, foi estabelecido um horário preciso, que todos os pacientes deviam respeitar e a presença de cada um nas horas das refeições e nas horas de tomar os medicamentos era verificada; além disso, os funcionários do serviço asseguravam uma vigilância geral dos doentes (parágrafos 50 e 51). Existia igualmente um regime de vigilância mais restritivo, que era aplicado aos doentes no início da sua hospitalização e noutros momentos em que o médico que acompanhava o doente considerava necessário (parágrafo 54 supra). Os doentes sujeitos a este regime não eram autorizados a abandonar o pavilhão e o pessoal de enfermagem vigiava mais de perto os seus movimentos. Por último, em situações de emergência, o HSC podia recorrer a outras formas de contenção, nomeadamente um quarto de isolamento. O procedimento de vigilância em vigor e as medidas de contenção disponíveis forneciam assim ao HSC os meios necessários para o tratamento de A.J.

121. O Tribunal aceita igualmente a conclusão extraída pelos tribunais internos, segundo a qual o procedimento de vigilância aplicado a A.J. visava respeitar a sua privacidade e estava em conformidade com o princípio



segundo o qual que os pacientes deviam ser tratados no ambiente menos restritivo possível. O próprio Tribunal considerou que a aplicação a doentes mentais de medidas excessivamente restritivas podia suscitar questões à luz dos artigos 3.º, 5.º e 8.º da Convenção (parágrafo 112 supra e *Hiller*, supracitado, parágrafo 55). No presente caso, a imposição a A.J. de um regime de vigilância mais intrusivo podia muito bem ter sido contestada como incompatível com os direitos protegidos por essas normas, tanto mais que A.J. tinha sido hospitalizado com o seu consentimento.

122. Quanto ao procedimento de urgência, este consistia em alertar o médico de turno, a polícia e a família do paciente (parágrafo 52 supra). A certa altura, entre as 19h e as 20h, o enfermeiro coordenador comunicou o desaparecimento de A.J. ao médico M.J.P., que seguia A.J. e que estava de turno no dia em questão (mas não se encontrava no HSC nessa altura) e chamou a Guarda Nacional Republicana e a requerente. O Tribunal subscreve a conclusão do tribunal nacional segundo a qual o procedimento de emergência em vigor era adequado. De qualquer modo, não vê nexos de causalidade entre qualquer alegada deficiência desse procedimento e a morte de A.J. Por conseguinte, conclui que este procedimento não era deficiente ao ponto de suscitar uma questão à luz do artigo 2.º.

123. Por último, o Tribunal releva que a requerente recorreu a um sistema judicial capaz de determinar quem era responsável pela morte de A.J. A interessada intentou uma ação de natureza civil no Tribunal Administrativo de Coimbra e recorreu para o Supremo Tribunal Administrativo da sentença que lhe era desfavorável (parágrafo 29 a 46 supra). Embora algumas questões - que o Tribunal examinará no âmbito da vertente processual do artigo 2.º (parágrafos 134 a 140 infra) - sejam suscitadas quanto à duração deste processo, nada, no dossier submetido ao Tribunal, indica a existência de uma deficiência sistémica do sistema judicial que tivesse privado a requerente de um exame efetivo do seu pedido civil.

*ii. A obrigação positiva de tomar preventivamente medidas de ordem prática*

124. Não há dúvida que A.J., enquanto pessoa com problemas mentais graves, se encontrava numa situação de vulnerabilidade. O Tribunal considera que um doente mental é particularmente vulnerável, mesmo que consinta no seu tratamento. Devido às perturbações mentais que este doente apresenta, a sua capacidade de tomar racionalmente a decisão de pôr termo à sua vida pode, em certa medida, estar diminuída. Além disso, a hospitalização de uma pessoa que sofre de perturbações psiquiátricas, consentida ou não, implica inevitavelmente um certo nível de contenção ligado ao estado de saúde do doente e ao respetivo tratamento aplicado pelos profissionais de saúde. Durante o processo de tratamento, é muitas vezes possível recorrer a diversas medidas de contenção, que podem assumir diferentes formas, nomeadamente a restrição da liberdade pessoal e do direito à vida privada. Tendo em conta todos estes fatores, e face à natureza e à evolução da

jurisprudência referida nos anteriores parágrafos 108 a 115, o Tribunal considera que, no caso de um doente mental que foi hospitalizado com o seu consentimento, as autoridades têm uma obrigação geral de tomar medidas razoáveis para o proteger contra um risco real e imediato de suicídio. As medidas específicas exigidas dependerão das circunstâncias do caso e serão frequentemente diferentes consoante se trate de uma hospitalização com consentimento ou de uma hospitalização sem consentimento. Esta obrigação de tomar medidas razoáveis para impedir que uma pessoa se prejudique a si própria também se aplica a ambas as categorias de doentes. Todavia, o Tribunal considera que, no caso de doentes hospitalizados em execução de uma ordem judicial e, por conseguinte, sem o seu consentimento, pode, na sua própria apreciação, aplicar um critério de controlo mais rigoroso.

125. Por conseguinte, o Tribunal deve averiguar se as autoridades tinham conhecimento ou deviam ter tido conhecimento de que existia um risco real e imediato de o interessado atentar contra a sua vida e, em caso afirmativo, se fizeram tudo o que era razoável esperar delas para evitar esse risco, tomando as medidas de restrição de que dispunham (*Keenan*, já referido, parágrafo 93). O Tribunal não perderá de vista as opções operacionais a fazer em termos de prioridades e de recursos na prestação de cuidados de saúde pública e de outros serviços públicos, nem as dificuldades da polícia para exercer as suas funções nas sociedades contemporâneas (parágrafo 111 supra).

126. Tal como referido no parágrafo 115, o Tribunal estabeleceu uma lista de critérios pertinentes para avaliar os riscos de suicídio. Examinará estes elementos à luz das circunstâncias específicas do caso em apreço, a fim de determinar se as autoridades sabiam ou deviam saber que existia um risco real e imediato para a vida do filho da requerente que implicava a obrigação de tomar as medidas preventivas necessárias.

127. Em primeiro lugar, no que se refere ao historial de perturbações mentais de A.J., não há dúvida que este foi hospitalizado no HSC com o seu consentimento, em oito ocasiões, entre 1984 e 2000 (parágrafo 12 supra). Estas estadias eram, em geral, consequência de crises ou intoxicação alcoólica e só a última admissão foi devida a uma tentativa de suicídio. Os tribunais nacionais concluíram que A.J. sofria de várias doenças mentais provocadas pela dependência patológica do álcool e de medicamentos. Também concluíram que, às vezes sofria de depressão. Após a morte de A.J., o psiquiatra responsável por uma perícia médica (parágrafo 33 supra) considerou que era possível que A.J. apresentasse também um transtorno de personalidade *borderline*. Em segundo lugar, no que se refere à gravidade dos distúrbios mentais de A.J., é evidente que este tinha sofrido de perturbações mentais graves durante um longo período (*Renolde*, supracitado, parágrafo 109).

128. No que diz respeito aos pensamentos ou ameaças de suicídio, o Tribunal não tem qualquer razão para rejeitar a conclusão do tribunal interno

segundo a qual, nos últimos dias da sua vida, A.J. não tinha demonstrado qualquer comportamento ou estado de espírito que levasse o pessoal do hospital a suspeitar que, em 27 de abril de 2000, o seu comportamento seria diferente dos dias anteriores (parágrafo 40 supra). Houve cinco sessões de audiência de julgamento durante as quais o tribunal nacional ouviu numerosas testemunhas e submeteu os elementos recolhidos a uma análise aprofundada. Por conseguinte, o Tribunal admite que, durante todo o período da sua estadia no HSC, que tinha começado em 2 de abril de 2000, A.J. não apresentou qualquer sinal que levasse a pensar que tinha uma ideia suicida (*Hiller*, supracitado, parágrafo 52). No processo interno, a requerente alegou que A.J. tinha, mais uma vez, tentado suicidar-se, no dia 25 de abril de 2000, ingerindo uma quantidade excessiva de álcool. Esta afirmação foi rejeitada pelos tribunais nacionais, que consideraram que A.J. tinha sido admitido no serviço de urgências do Hospital Universitário de Coimbra, em 26 de abril de 2000, devido a um comportamento “irresponsável” e não a um comportamento suicida (parágrafo 40 supra). Os tribunais internos chegaram a esta conclusão após terem procedido a uma apreciação exaustiva, pertinente e convincente dos elementos de prova, que analisaram minuciosamente. Tendo em conta o alcoolismo crónico de A.J. e o facto de ter bebido à tarde, principalmente num café, o Tribunal subscreve, nesta parte, a conclusão do tribunal nacional. Por conseguinte, aceita a conclusão de que, nas três semanas que antecederam a sua morte, A.J. tentou cometer suicídio uma vez, em 1 de abril de 2000.

129. Por último, no que diz respeito aos sinais de aflição física ou mental, as observações registadas em 27 de abril de 2000 no processo clínico indicam que A.J. estava calmo, que tinha caminhado ao redor do edifício onde estava hospitalizado, que tinha comido bem à hora do almoço e que estava presente para o lanche da tarde (parágrafo 22 supra). A este respeito, o Tribunal aceita igualmente as conclusões dos tribunais internos segundo as quais o comportamento de A.J. não tinha nada de preocupante nos dias imediatamente anteriores ao suicídio (parágrafo 40 supra).

130. O Tribunal releva que o HSC sabia que A.J. apresentava há muito problemas mentais e que, por momentos, corria o risco de atentar contra a sua vida. No entanto, observa também que, apesar de A.J. estar vulnerável, encontrava-se num ambiente que se lhe tinha tornado familiar e onde se relacionava com o pessoal que conhecia e que o conhecia. Quando o HSC considerava que o risco que A.J. podia representar para si próprio tinha diminuído, autorizava-o a circular livremente no perímetro do hospital e a regressar à sua família aos fins de semana. Nada indica que a família de A.J. se tenha oposto ao regresso dele ao fim de semana. Quando o risco era considerado significativo, A.J. ficava confinado, em pijama, no pavilhão e sujeito a um regime mais restrito. Foi o que aconteceu após a sua admissão no HSC, em 2 de abril de 2000, durante a primeira semana da sua estadia (parágrafo 18 supra) e no decurso de hospitalizações anteriores. No entanto, o regime restritivo foi levantado sempre que se considerou que os sintomas

de A.J. estavam a melhorar. Este procedimento correspondia à filosofia geral do HSC, que consistia em conceder uma grande liberdade de circulação aos doentes, a fim de reforçar o seu sentido de responsabilidade e permitir-lhes a reintegração nas suas famílias e na sociedade nas melhores condições. Por outro lado, o Tribunal não vê qualquer razão para pôr em causa o parecer do médico A.A., psiquiatra que seguia A.J., e aceite pelos tribunais internos, segundo o qual o tratamento que consistia em fazer A.J. tomar os medicamentos prescritos, em levá-lo a aceitar o tratamento e a estabelecer com ele uma relação de confiança (parágrafo 35), era adequado e proporcional, tendo em conta a situação.

131. O Tribunal conclui no mesmo sentido da perícia realizada pelo psiquiatra designado pela Ordem dos Médicos (parágrafo 33 supra), de que se não podia excluir o risco de suicídio em doentes hospitalizados, como A.J., nos quais as perturbações psicopatológicas deram origem a múltiplos diagnósticos, podendo a iminência desse risco variar. No caso em apreço, o HSC tinha-se esforçado por se adaptar ao risco que o estado mental flutuante de A.J. apresentava, reforçando ou aliviando o regime de vigilância em vigor, decisão que incumbia à equipa médica responsável por A.J. (parágrafo 35 supra). O Tribunal remete para os aspetos mencionados nos parágrafos 127 a 129. Tem igualmente em conta a impossibilidade, segundo a perícia, de prevenir totalmente o suicídio num paciente como A.J. (parágrafo 33 supra), e a conclusão do Tribunal Administrativo de Coimbra de que o suicídio do mesmo não era previsível (parágrafo 40 supra). Além disso, o Tribunal aborda a questão do risco, procurando determinar se este era simultaneamente real e iminente e sublinha que a obrigação positiva que incumbe ao Estado deve ser interpretada de forma a não impor às autoridades um encargo insuportável ou excessivo. À luz destes elementos, conclui que não foi demonstrado que as autoridades tinham conhecimento ou deviam ter tido conhecimento da existência de e que um risco iminente para a vida de A.J. nos dias anteriores a 27 de abril de 2000.

132. Consequentemente, o Tribunal pode dispensar-se de averiguar se a segunda parte do critério *Osman/Keenan* foi preenchido, ou seja, se as autoridades tinham tomado as medidas que delas se poderia, razoavelmente esperar.

**d) Observações finais**

133. No que respeita à obrigação positiva que consiste em implementar um quadro regulamentar, o Tribunal conclui que a forma como o quadro regulamentar foi implementado não implicou, nas circunstâncias do caso, uma violação do artigo 2.º. No que diz respeito à obrigação de tomar medidas operacionais preventivas, considera que não se provou que as autoridades sabiam ou deviam saber, na época, que existia um risco real e iminente para a vida de A.J. Em conclusão, o Tribunal considera que, nas circunstâncias do caso, não houve violação do artigo 2.º da Convenção, na sua vertente material.

**B. Sobre a vertente processual***1. O acórdão da Câmara*

134. A Câmara concluiu pela violação do artigo 2.º da Convenção na sua vertente processual. O Governo admitiu que o processo interno tinha durado muito tempo, mas não forneceu qualquer justificação plausível a este respeito. A Câmara relevou a existência de vários longos períodos de inatividade. Em particular, constatou que o Tribunal Administrativo de Coimbra precisou de dois anos para solicitar uma perícia médico-legal sobre o estado clínico de A.J., que a primeira sessão da audiência de julgamento ocorreu em 8 de outubro de 2008, ou seja, dois anos após a junção do relatório de perícia ao processo, e que passaram quase mais três anos até o tribunal proferir a sentença.

*2. Tese das partes***a) A requerente**

135. A requerente alega que o atraso do processo constitui uma violação manifesta do artigo 2.º. Indica que, em 17 de março de 2003, intentou uma ação de natureza civil contra o HSC e que, de 12 de dezembro de 2003 a 11 de janeiro de 2005, o processo estagnou, à espera de uma decisão do tribunal sobre o pedido de alteração de certas partes da decisão preliminar, que apresentou (parágrafos 31 e 32 supra). De 13 de outubro de 2005 a 16 de junho de 2006, o processo teria estado à espera de uma perícia médico-legal (parágrafos 32 e 33 supra). O perito designado teve de esperar mais de oito meses até receber do tribunal os elementos necessários para a elaboração do seu relatório. Em 9 de novembro de 2007, o tribunal fixou a data da audiência para o dia 8 de outubro de 2008. Devido à lentidão do processo, as testemunhas foram interrogadas cinco anos após a instauração da ação pela requerente e oito anos após os factos. Terão ocorrido outros atrasos, nomeadamente entre a remessa do processo para o Supremo Tribunal Administrativo, em 11 de outubro de 2011, e a apresentação do parecer do

Procurador-Geral Adjunto, em 26 de setembro de 2012, e depois até à decisão do Supremo Tribunal Administrativo, em 29 de maio de 2014.

**b) O Governo**

136. O Governo reconhece que a duração do processo foi excessiva. Considera, no entanto, que terá havido violação do artigo 6.º da Convenção e não do artigo 2.º.

*3. Apreciação do Tribunal*

**a) Princípios gerais**

137. A obrigação processual que decorre do artigo 2.º em matéria de cuidados, impõe, nomeadamente, que o processo seja concluído num prazo razoável (*Lopes de Sousa Fernandes*, referido, parágrafo 2018). O conhecimento dos factos e dos erros eventualmente cometidos na administração dos cuidados médicos é essencial para permitir aos estabelecimentos implicados e ao pessoal de saúde remediar as deficiências potenciais e prevenir erros similares. O exame pronto desses casos é, pois, importante para a segurança dos utentes do conjunto de serviços de saúde (*Šilih c. Slovénie* [GC], n.º 71463/01, parágrafo 196, 9 de abril de 2009). Em especial, nos casos referentes a processos instaurados para determinar as circunstâncias de uma morte ocorrida no hospital, a lentidão do processo é um indício sólido da existência de uma deficiência constitutiva de violação pelo Estado demandado das obrigações positivas que lhe incumbem por força da Convenção, a menos que o Estado tenha apresentado justificações muito convincentes e plausíveis para explicar esta lentidão (ver, por exemplo, *Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado, parágrafo 219, e *Bilbija e Blažević c. Croácia*, n.º 62870/13, parágrafo 107, 12 de janeiro de 2016).

**b) Aplicação destes princípios no caso em apreço**

138. O processo interno durou onze anos, dois meses e quinze dias, em dois graus de jurisdição. O Tribunal salienta que o Governo reconhece que o processo foi excessivamente moroso e que não foi conduzido num prazo razoável, mesmo tendo em conta a alegada complexidade do processo e o adiamento solicitado.

139. O Governo não forneceu justificações convincentes e plausíveis para explicar a duração do processo interno. No caso em apreço, foram ouvidas testemunhas entre oito e nove anos após a morte de A.J. e entre seis e sete anos após a instauração da ação pela requerente (parágrafo 35 supra). A passagem do tempo pode ter afetado a capacidade das testemunhas de recordarem factos cruciais sobre os acontecimentos que precederam a morte de A.J. Além disso, como o Tribunal reconheceu, é importante um rápido exame para que as eventuais falhas ou erros detetados possam ser corrigidos no futuro (*Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado, parágrafo 218).

140. O Tribunal conclui que houve violação do artigo 2.º da Convenção na sua vertente processual.

## II. SOBRE A APLICAÇÃO DO ARTIGO 41.º DA CONVENÇÃO

141. Nos termos do artigo 41.º da Convenção,

“Se o Tribunal declarar que houve violação da Convenção ou dos seus protocolos e se o direito interno da Alta Parte Contratante não permitir senão imperfeitamente obviar às consequências de tal violação, o Tribunal atribuirá à parte lesada uma reparação razoável, se necessário.”

### A. Dano

142. No processo perante a Câmara, a requerente solicitou 703,80 euros (EUR) por danos materiais, montante que, segundo ela, correspondia às despesas efetuadas com o funeral do seu filho. Por outro lado, explicando que o seu filho lhe dava mensalmente 200 EUR, afirmava ter sofrido uma perda de rendimento e solicitava 40 000 EUR. Além disso, solicitava 40 000 EUR por danos morais (30.000 EUR pela alegada violação do artigo 2.º na sua vertente material e 10.000 EUR pela alegada violação do artigo 2.º na sua vertente processual).

143. A Câmara atribuiu à requerente a totalidade do montante solicitado para as despesas de funeral. Todavia, no que diz respeito à alegada perda de um apoio financeiro, não detetou qualquer nexo de causalidade entre a violação verificada e o prejuízo material alegado. Quanto ao pedido apresentado por danos morais, a câmara considerou razoável conceder 25.000 EUR à requerente pela angústia e sofrimento que afirmou ter sofrido devido às circunstâncias da morte do seu filho e à impossibilidade de obter uma decisão interna num prazo razoável.

144. Perante a Grande Câmara, a requerente reitera os pedidos por danos morais e materiais que tinha formulado perante a câmara.

145. No que diz respeito aos danos materiais, o Tribunal observa que o Estado não foi considerado responsável pela morte do filho da requerente. Por conseguinte, não tendo sido estabelecido qualquer nexo de causalidade entre as ações do HSC e a morte de A.J., o Tribunal não concede indemnização à requerente por danos materiais.

146. No que se refere aos danos morais, o Tribunal considera que a requerente sofreu angústia e frustração devido à lentidão do processo interno que instaurou para provar a causa da morte do seu filho. Por conseguinte, concede a este título à requerente 10 000 EUR.

## B. Custas e despesas

147. Perante a Grande Câmara, tal como perante a Câmara, a requerente pediu 409 EUR pelas custas e despesas que tinha suportado no processo interno. Este montante corresponderia aos honorários que teria despendido para a sua representação. Para justificar o seu pedido, forneceu a nota de honorários correspondente. A câmara concedeu a totalidade do montante solicitado a este respeito, acrescido de qualquer montante que possa ser devido pela requerente a título de imposto.

148. Segundo a jurisprudência do Tribunal, um requerente só pode obter o reembolso das suas custas e despesas na medida em que se prove a sua realidade, a sua necessidade e o carácter razoável da sua taxa (*Sargsyan c. Azerbaijão* (satisfação equitativa) [GC], n.º 40167/06, parágrafo 61, 12 de dezembro de 2017). No caso em apreço, tendo em conta os documentos de que dispõe e os critérios acima referidos, o Tribunal concede à requerente a totalidade do montante pedido pelas custas e despesas, acrescido de qualquer montante que possa ser devido pela requerente a título de imposto sobre esse montante. A requerente, a quem foi concedido o benefício de assistência judiciária no processo perante a Grande Câmara, não apresentou qualquer pedido relativo às custas e despesas relativas ao processo perante esta.

## C. Juros de mora

149. O Tribunal considera adequado calcular a taxa de juros de mora com base na taxa de juros da facilidade de empréstimo marginal do Banco Central Europeu, acrescida de três pontos percentuais.

## COM ESTES MOTIVOS, O TRIBUNAL

1. *Diz*, por quinze votos contra dois, que não houve violação do artigo 2.º da Convenção na sua vertente material;
2. *Diz*, por unanimidade, que houve violação do artigo 2.º da Convenção na sua vertente processual;
3. *Diz*, por unanimidade,
  - a) que o Estado requerido deve pagar à requerente, no prazo de três meses, os seguintes montantes:
    - i. 10 000 EUR (dez mil euros), acrescidos de qualquer montante que possa ser devido a título de imposto, pelo dano moral;



- ii. 409 EUR (quatrocentos e nove euros), acrescidos de qualquer montante que possa ser devido pela requerente a título de imposto sobre este montante, por custas e despesas;
  - b) que a contar da expiração do referido prazo e até ao pagamento, estes montantes serão acrescidos de juro simples a uma taxa igual à da facilidade de empréstimo marginal do Banco Central Europeu aplicável durante este período, aumentada de três pontos percentuais;
4. *Rejeita*, por quinze votos contra dois, o pedido de reparação razoável na parte excedente.

Feito em francês e em inglês, pronunciado em audiência pública no Palácio dos Direitos Humanos, em Estrasburgo, em 31 de janeiro de 2019.

Françoise Elens-Passos  
Secretária adjunta

Guido Raimondi  
Presidente

Junto ao presente acórdão encontra-se, nos termos dos artigos 45.º, n.º 2 da Convenção e 74.º, n.º 2 do Regulamento, o texto da opinião separada do juiz Pinto de Albuquerque, à qual se junta o juiz Harutyunyan.

G.R.  
F.E.P.

## OPINIÃO EM PARTE CONCORDANTE E EM PARTE DISSIDENTE DO JUIZ PINTO DE ALBUQUERQUE, À QUAL SE ASSOCIA O JUIZ HARUTYUNYAN

(Tradução)

1. Votei a favor de uma constatação de violação do artigo 2.º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (“a Convenção”) nas suas vertentes material e processual. Embora, de um modo geral, subscreva as conclusões da maioria sobre a segunda vertente, não posso partilhar a sua opinião sobre a primeira, por razões de facto e de direito. Do ponto de vista factual, demonstrarei que a opinião da maioria assenta em factos presumidos que simplesmente não aconteceram e, pior ainda, num quadro jurídico baseado numa “filosofia geral”<sup>1</sup> sobre a proteção do direito à vida das pessoas hospitalizadas devido a perturbações psiquiátricas, que era manifestamente inexistente. Muito simplesmente, a opinião da maioria aponta para um país que não é Portugal na altura dos factos. O presente acórdão é o resultado de um exercício de apreciação judicial criativa para um país imaginário.

2. No plano do direito demonstrarei que a opinião da maioria segue a abordagem minimalista matizada de ideologia adotada no acórdão *Lopes de Sousa Fernandes*<sup>2</sup> relativamente às obrigações positivas do Estado no domínio dos cuidados de saúde, aplicando-a desta vez à categoria particularmente vulnerável das pessoas hospitalizadas devido a perturbações psiquiátricas que se encontram sob a responsabilidade do Estado. Esta abordagem tem por efeito reduzir o nível de proteção da Convenção a uma inércia inaceitável do Estado.

### **A obrigação de implementar um quadro regulamentar**

3. A obrigação positiva que recai sobre o Estado no domínio da saúde implica a criação pelo Estado de um quadro regulamentar que imponha aos hospitais, sejam eles públicos ou privados, a adoção de medidas adequadas para assegurar a proteção da vida dos seus doentes<sup>3</sup>. Segundo o acórdão *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal*<sup>4</sup>, a obrigação que incumbe ao Estado no domínio da saúde, por força do artigo 2.º da Convenção, inclui a implementação de um quadro regulamentar para proteger o paciente. A maioria segue esta linha jurisprudencial<sup>5</sup>. Embora se admita que esta

---

1. Parágrafo 130 do acórdão.

2. *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal* [GC], n.º 56080/13, 19 de dezembro de 2017.

3. *Calvelli e Ciglio c. Itália* [GC], n.º 32967/96, parágrafo 49, TEDH 2002-I.

4. *Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado.

5. Parágrafos 106 e 107 do acórdão.

obrigação, no sentido estrito em que foi formulada no acórdão<sup>6</sup>, decorre da Convenção, considero que o Governo requerido não a cumpriu, pelas razões que passo a expor.

4. A base XVII da Lei n.º 2006, de 11 de abril de 1945, regulamentava a obrigação do Estado de proteger a vida dos doentes mentais hospitalizados com o seu consentimento em estabelecimentos públicos e previa um regime aberto e um regime fechado. Esta regulamentação foi mantida na base XXII da Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963 e, após a revolução de 1974, o Decreto n.º 127/92, de 3 de julho de 1992, fazia sempre referência a esses regimes. Estes foram revogados pela lei atualmente em vigor (Lei n.º 36/98, de 24 de julho de 1998), mas perduraram, sem qualquer base legal.

5. No que diz respeito ao quadro regulamentar português e, em particular, ao hospital Sobral Cid (“o HSC”), na altura dos factos, convém citar as seguintes passagens do relatório do Comité para a Prevenção da Tortura (“o CPT”) [tradução do secretariado]:

“108. (...) Os pacientes também podiam ser temporariamente colocados em isolamento (isto é, confinados sozinhos numa sala). Durante o isolamento, que nunca durava muito tempo, o doente ficava no seu quarto pessoal ou, se partilhava um dormitório, era colocado num dos quartos individuais.

109. (...) o CPT considera *que qualquer recurso à contenção física de um doente deve ser inscrito num registo especificamente estabelecido para o efeito. O registo deve incluir a hora do início e do fim da medida, as circunstâncias em que foi aplicada, as razões que a fundamentaram, o nome do médico que a ordenou ou aprovou e, se for caso disso, um relatório sobre as lesões sofridas pelos doentes ou pelos membros do pessoal*<sup>7</sup>. (itálico acrescentado)

6. Em 2003 e 2008, o CPT insistiu, em termos gerais, na necessidade de elaborar para “todos os hospitais psiquiátricos”, incluindo os hospitais psiquiátricos “privados”, uma política “detalhada” e “escrita” relativa ao isolamento dos doentes com perturbações mentais:

“119. O isolamento dos doentes com perturbações psiquiátricas deve ser objeto de uma política detalhada (...) O CPT recomenda às autoridades portuguesas que empreendam tal política”<sup>8</sup>. (...)

“130. [tradução do secretariado] O CPT recomenda às autoridades portuguesas que tomem as medidas necessárias para que todos os hospitais psiquiátricos estabeleçam um protocolo escrito relativo à utilização de meios de contenção ou apliquem o referido

---

6. Ibidem.

7. Portugal: Visita 1999, CPT/Inf (2001) 12 / Seção: 38/47 / Data: 20/12/1999, C. Hospital Psiquiátrico Sobral Cid / 5. Meios de contenção. Esta visita incluía a “clínica psiquiátrica geral dos homens” onde A.J. tinha sido hospitalizado várias vezes (parágrafos 17 e 79 do acórdão).

8. Portugal: visita 2003, CPT/Inf (2007) 13/Seção: 37/47 / Data: 30/07/2004, C. Estruturas psiquiátricas penitenciárias / 6. Meios de contenção e recurso ao isolamento.

protocolo. Esta recomendação diz igualmente respeito aos hospitais psiquiátricos privados”<sup>9</sup>. (itálico acrescentado)

7. Foi apenas em 2007 que o Ministério da Saúde introduziu um protocolo sobre a utilização da “contenção mecânica” em todos os hospitais portugueses, incluindo os hospitais psiquiátricos (Circular Normativa 08/DSPSM/DSPCS). Este protocolo foi revogado e substituído em 2011 por novas orientações gerais (n.º 21/2011, de 6 de junho de 2011), emitidas pela Direção-Geral da Saúde, sobre o uso de contenção sobre os doentes, abrangendo “o isolamento e a contenção mecânica ou química”. (Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 21/2011, de 6/06/2011-Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Contenção de Doentes).

Estas orientações visam cinco tipos de contenção: a contenção terapêutica (destinada a conter a atividade física ou comportamental de um paciente, a monitorizar o seu comportamento ou a imobilizar uma parte do seu corpo), a contenção ambiental (que permite limitar a liberdade de movimentos do paciente, por exemplo, num espaço restrito, tal como uma sala de confinamento, onde o paciente pode deambular sem supervisão clínica), a contenção física (que permite manter, deslocar ou imobilizar o paciente para impedir uma situação de risco), a contenção mecânica (utilização de dispositivos que restringem os movimentos do doente) e a contenção química (medicação que inibe os movimentos do paciente). Em conformidade com o ponto 9 destas linhas diretrizes, cada hospital deve elaborar orientações internas para as implementar, de acordo com o tipo de cuidados que presta. O raciocínio subjacente a estas linhas diretrizes era expresso nestes termos:

“Afigura-se que a contenção é uma das práticas mais comumente utilizadas à escala internacional para tratar pacientes cujo comportamento apresenta um risco para si próprios e para as pessoas que os rodeiam. Vários estudos realizados sobre esta matéria salientam a necessidade de prevenir os incidentes e consequências nefastas associados às medidas de contenção. Por outro lado, os documentos comprovam que a organização de ações de formação no local de trabalho pode ter efeitos positivos na promoção da segurança no recurso a estas medidas”.

8. No relatório sobre a sua visita a Portugal em 2012, o CPT formulou as seguintes observações sobre o novo quadro regulamentar [tradução do secretariado]:

“107. Nos seus relatórios sobre as visitas de 2003 e 2008, o CPT recomendou a adoção de um protocolo sobre a utilização de meios de contenção. A adoção pelo Ministério da Saúde, em junho de 2011, de diretrizes sobre a utilização de meios de contenção<sup>10</sup> representa um avanço nesta matéria. Estas orientações visam o isolamento

9. Portugal: Visita 2008, CPT/Inf (2009) 13/Seção: 36/44/Data: 24/07/2008, C. Instituições psiquiátricas / 4. Meios de contenção.

10. Orientação da Direção-Geral da Saúde número 021/2011, de 06/06/2011, “Prevenção de comportamentos dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente - Contenção de Doentes”.

e os meios de contenção mecânicos e químicos e substituem um protocolo anterior de 2007 relativo à contenção mecânica<sup>11</sup>. É, no entanto, lamentável que estas orientações não abordem explicitamente muitos aspetos importantes, em especial as circunstâncias em que podem ser utilizados meios de contenção; a exigência de que a aplicação de uma medida de contenção tenha sido expressamente ordenada por um médico ou imediatamente levada ao conhecimento de um médico para aprovação; a duração da contenção e a necessidade de controlos frequentes, de contactos humanos adequados e de uma vigilância reforçada por parte do pessoal; a criação de um registo especial onde são inscritos os casos de recurso à contenção (para além da inscrição da medida no processo do doente ou no registo de cuidados de enfermagem). As orientações de 2011 ainda não tinham sido aplicadas nos serviços de psiquiatria legal visitados e, de qualquer modo, não eram aplicáveis na unidade psiquiátrica da prisão de Santa Cruz do Bispo, que dependia do Ministério da Justiça. O CPT recomenda às autoridades portuguesas que tomem as medidas necessárias para que todos os serviços hospitalares de psiquiatria forense - incluindo os do Ministério da Justiça - elaborem um protocolo escrito relativo à utilização dos meios de contenção, em conformidade com as recomendações anteriores do Comité sobre esta matéria»<sup>12</sup>.

9. De facto, as orientações sobre a utilização dos meios de contenção adotadas em Junho de 2011, pelo Ministério da Saúde, não eram aplicadas de forma sistemática no país<sup>13</sup>. Pior ainda, não se recolhia a opinião dos doentes sobre a aplicação destes regimes, mesmo quando estes eram hospitalizados com o seu consentimento<sup>14</sup>. O pessoal médico fazia o que queria, quando queria.

No que diz respeito à utilização de meios de contenção e ao uso do pijama, o CPT não podia ser mais claro quando insistia, nomeadamente na necessidade de manter um registo centralizado de “todas as formas” de recurso à contenção “em cada estabelecimento psiquiátrico”, [*tradução do secretariado*]:

“111. (...) O CPT reitera a sua recomendação de que qualquer recurso à contenção, incluindo a contenção química, deve ser sempre expressamente ordenado por um médico ou imediatamente comunicado a um médico. A prescrição de uma «medicação de urgência» nunca pode justificar a sua utilização como meio de contenção química.

112. Uma outra forma de restrição da liberdade de movimento era aplicada aos pacientes em ambos os serviços de psiquiatria forense. Tratava-se de uma medida de vigilância vulgarmente denominada regime “pijama”. Os doentes sujeitos a este regime tinham de passar o dia todo de pijama e não podiam ir para o pátio. Os doentes do hospital central de Lisboa e do hospital Sobral Cid deviam, assim, permanecer de pijama durante as duas primeiras semanas após a sua admissão. No hospital Sobral Cid, este regime podia igualmente ser aplicado durante um ou vários dias a doentes que tivessem manifestado um comportamento agressivo ou violado certas regras do estabelecimento (por exemplo, a proibição de fumar no interior das instalações). Nestas

11. Protocolo relativo à utilização da contenção mecânica, Ministério da Saúde, maio de 2007 (Circular Normativa 08/DSPSM/DSPCS), ver nota 59 do relatório CPT/Inf (2009).

12. Portugal: Visita 2012, CPT/Inf (2013) 4/Seção: 38/45 / Data: 25/07/2012, C. Instituições psiquiátricas para inimputáveis/ 6. Reclusão e meios de contenção / a. política sobre o uso de meios de contenção.

13. Relatório do CPT sobre a sua visita ao HSC em 2012, parágrafo 107.

14. Relatório do CPT sobre a sua visita ao HSC em 2012, parágrafo 123.

circunstâncias, a decisão de submeter estes doentes ao regime de vigilância especial era tomada numa base *ad hoc* pelo pessoal de serviço e não era enquadrada por nenhum procedimento claro nem qualquer garantia.

Na opinião do CPT, o uso sistemático do pijama como meio de vigilância dos novos pacientes é altamente contestável. Deveriam ser utilizados outros métodos de vigilância dos recém-chegados, sem restringir a sua liberdade de circulação. O Comité recomenda que se tomem as medidas necessárias *para pôr termo à prática que consiste em impor o uso do pijama aos doentes aquando da sua admissão no hospital central de Lisboa e no hospital Sobral Cid.*

113. No que diz respeito aos registos, convém salientar que foi criado no hospital psiquiátrico central de Lisboa um registo eletrónico centralizado dos casos de recurso à contenção mecânica. No entanto, este continha apenas informações estatísticas sobre a frequência do recurso a medidas de contenção nos diferentes serviços e não fornecia qualquer elemento pormenorizado sobre, por exemplo, o tipo de medida utilizada ou a sua duração. No hospital Sobral Cid não existia um registo específico dos casos de recurso à contenção. Nos dois hospitais visitados, a utilização de meios de contenção mecânica estava inscrita no registo de cuidados de enfermagem e, por vezes, no processo clínico do paciente. Todavia, estas inscrições eram frequentemente superficiais e não indicavam a hora de início nem a hora de fim da medida.

O CPT levantou esta questão em várias ocasiões<sup>15</sup>; é lamentável que as orientações sobre a utilização de meios de contenção emitidas pelo Ministério da Saúde em 2011 (parágrafo 107 supra) não tenham previsto a criação de um registo centralizado que dê conta do recurso *a todas as formas de contenção - incluindo o isolamento e a contenção mecânica ou química - em cada estabelecimento psiquiátrico.* O CPT apela às autoridades portuguesas para que tomem as medidas necessárias para que, em cada estabelecimento psiquiátrico, *qualquer recurso à contenção de um doente seja inscrito num registo específico.* A inscrição no registo deve mencionar a hora de início e de fim da medida, as circunstâncias em que foi aplicada, as razões que a fundamentaram, o tipo de contenção aplicada, o nome do médico que a ordenou ou aprovou e, se for caso disso, um relatório sobre os ferimentos sofridos por doentes ou por membros do pessoal<sup>16</sup>. (...)

123. (...) O CPT deve reiterar a sua posição segundo a qual a hospitalização de uma pessoa num estabelecimento psiquiátrico sem o seu consentimento - quer esteja ou não abrangida pela psiquiatria forense - não pode ser interpretada no sentido de autorizar o tratamento dessa pessoa sem o seu consentimento. Todos os doentes com capacidade de discernimento, independentemente de *consentirem* ou não na sua hospitalização, devem ser plenamente informados do tratamento que se pretende prescrever-lhes e devem ter a possibilidade de recusar esse tratamento ou qualquer outra forma de intervenção médica. Qualquer derrogação a este princípio fundamental deve ter fundamento jurídico e apenas pode decorrer de circunstâncias excecionais, clara e estritamente definidas. O Comité solicita às autoridades portuguesas que tomem as

---

15. O CPT formulou observações semelhantes sobre este assunto na sequência das suas visitas a Portugal em 1999, 2000 e 2008, ver relatório CPT/Inf (2009)13, parágrafo 129.

16. Portugal: Visita 2012, CPT/Inf (2013) 4/Seção: 39/45 /Data: 25/07/2012, C. Instituições psiquiátricas para inimputáveis/ 6. Contenção e meios de contenção /b. Serviços forenses dos Hospitais Psiquiátricos Sobral Cid e Central de Lisboa.

medidas necessárias para rever a legislação pertinente à luz das observações precedentes”<sup>17</sup>. (itálico acrescentado)

10. É extremamente significativo que o CPT defina normas destinadas a serem aplicadas em “cada” estabelecimento psiquiátrico relativamente a “qualquer paciente capaz de discernimento, quer *consinta* não na sua hospitalização”, por exemplo, “qualquer paciente capaz de discernimento, *consinta* ou não na sua hospitalização, deve ser plenamente informado do tratamento que se pretende prescrever-lhe e deve ter a possibilidade de recusar esse tratamento ou qualquer outra forma de intervenção médica”; que solicite às autoridades portuguesas que tomem as medidas necessárias para que “*qualquer recurso à contenção sobre um doente* seja inscrito num registo específico”; ou ainda que declare que “*todo o recurso à contenção*”, incluindo a contenção química, deve sempre ser expressamente ordenada por um médico ou levado imediatamente ao conhecimento de um médico”. Do mesmo modo, o CPT crítica as deficiências no regime de hospitalização aplicado às pessoas com perturbações mentais, admitidas com ou sem o seu consentimento, por exemplo, a decisão de submeter os doentes ao regime de vigilância especial, que era tomada “numa base *ad hoc* pelo pessoal de serviço” e não era “enquadrada por qualquer procedimento claro ou garantia”; o recurso sistemático ao uso do pijama como meio de vigilância dos doentes recentemente admitidos; e a ausência de um registo centralizado do recurso a todas as formas de confinamento (incluindo o isolamento e a contenção mecânica ou química) em cada instituição psiquiátrica.

11. Por conseguinte, não se pode certamente limitar o alcance das normas definidas pelo CPT aos doentes hospitalizados oficiosamente em execução de uma decisão penal<sup>18</sup>. A maioria ignorou todos os elementos acima referidos na sua apreciação sobre a vertente material do caso em apreço, assim como ignorou o facto de o primeiro Programa Nacional de Saúde Mental (2007-2016) ter sido aprovado pela Resolução 48/2008, do Conselho de Ministros, de 24 de janeiro de 2008. Num documento de 55 páginas, encontram-se nove referências ao suicídio e uma disposição muito vaga a favor da futura criação de programas de prevenção do suicídio. A resolução prevê três hospitais psiquiátricos em todo o país: Magalhães de Lemos (Porto), Sobral Cid (Coimbra) e Júlio de Matos (Lisboa) e 39 serviços psiquiátricos em hospitais gerais. O Decreto 1490/2017 previa uma avaliação da execução do Programa com vista à sua prorrogação até 2020. Esta avaliação analisava a situação nos seguintes termos:

“Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (*Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*): “falta de coordenação efetiva de alguns elementos do sistema de saúde mental, acompanhada de desequilíbrios persistentes

17. Portugal: Visita 2012, CPT/Inf (2013) 4 / Seção: 39/45 / Data: 25/07/2012, C. Instituições psiquiátricas para pacientes forenses / 7. Salvaguardas / b) salvaguardas durante a hospitalização.

18. Parágrafos 78 e 79 do acórdão.

devido à concentração dos recursos humanos nos hospitais centrais; (...) reduzida autonomia dos centros de decisão locais e regionais; (...) desenvolvimento insuficiente da rede de cuidados contínuos e integrados de saúde mental; ausência de medidas de incentivo à implementação de intervenções de proximidade<sup>19</sup>.”

12. O primeiro programa nacional de prevenção do suicídio (2013-2017) baseia-se no documento *Ação de saúde pública para a prevenção do suicídio: um quadro de trabalho*, publicado pela Organização Mundial de Saúde (“OMS”) ,em 2012<sup>20</sup>. Pela primeira vez, foi elaborada uma estratégia nacional de luta contra o suicídio, formulando recomendações específicas destinadas a certos grupos ou indivíduos de risco, entre os quais as pessoas com deficiências mentais, bem como instruções de acompanhamento e orientações para a avaliação da execução.

13. Por outras palavras, em 2000, Portugal encontrava-se num estado pré-histórico em matéria de prevenção do suicídio entre os doentes internados em instituições psiquiátricas. Não existia legislação nem regulamentação que indicasse os tipos de regimes aplicáveis e especificasse quem os podia aplicar, em que circunstâncias e por que período. O protocolo relativo às medidas de proteção dos doentes, aplicável em todos os estabelecimentos ou serviços psiquiátricos, data de 2011, e não foi transposto para os regulamentos ao nível de cada hospital como devia ter sucedido. Este protocolo é manifestamente insuficiente à luz das normas internacionais definidas pelo CPT. Assim, não existia e continua a não existir um quadro jurídico claro no que respeita à obrigação que incumbe ao Estado de proteger a vida dos doentes mentais hospitalizados com o seu consentimento em estabelecimentos públicos, tais como o HSC. Por outras palavras, em 2000, o HSC encontrava-se num vazio jurídico.

14. Tendo ignorado os factos tal como se apresentavam no terreno, a maioria desculpa o Estado requerido avançando dois argumentos: afirma que a abordagem adotada pelo HSC no que diz respeito à ausência de vedações e muros de vedação estava em conformidade com as disposições da lei da saúde mental então em vigor e, na sua opinião, estava em conformidade com as normas internacionais. Isso é simplesmente inexato. Como já demonstrei, as normas internacionais definidas pela instância competente, o CPT, não foram devidamente respeitadas antes de 2011 e, mesmo então, só o foram parcialmente. Assim, não se pode afirmar que “o quadro regulamentar previa claramente os meios terapêuticos necessários para que o HSC pudesse responder às necessidades de A.J. nos planos médico e psiquiátrico”<sup>21</sup>, sem se confundir gravemente o sentido da mensagem reiterada que o CPT enviou a Portugal. Além disso, o argumento segundo o qual a lei sobre a saúde mental previa a possibilidade de uma hospitalização oficiosa e cobria, por conseguinte, as necessidades médicas e psiquiátricas eventuais de A.J. não

---

19. <http://www.sns.gov.pt>

20. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

21. Parágrafo 117 do acórdão.



responde à tese da requerente. Ela nunca disse que o filho devia ter sido fechado. Em contrapartida, afirmou que este não necessitava de uma forma de vigilância estrita, mas sim de um regime de cuidados específico e pessoal acompanhado de medidas de contenção, de modo a cobrir adequadamente as suas necessidades no plano médico e da sua segurança<sup>22</sup>.

15. Sobre a questão crucial da ausência total, em 2000, de orientações sobre a utilização dos meios de contenção aplicáveis aos doentes mentais hospitalizados com o seu consentimento, e cuja importância foi discretamente minimizada pelo Governo até ser expressamente colocada na audiência perante o Tribunal Pleno, a resposta da maioria é surpreendente: não vê aqui uma “deficiência” que dê lugar a uma violação do artigo 2.º, uma vez que esta insuficiência só tem relevância, na sua opinião, para efeitos da avaliação da qualidade da lei no âmbito do artigo 5.º da Convenção. De acordo com este ponto de vista, a ausência de uma política escrita sobre a utilização de meios de contenção poderia implicar uma violação do artigo 5.º, mas não permite concluir pela violação do artigo 2.º, mesmo quando a ausência de regulamentação específica e previsível sobre o recurso aos meios de contenção põe em perigo a vida de doentes mentais hospitalizados que se encontram sob o controlo do Estado. Este argumento leva à conclusão ilógica de que o direito mais importante (garantido pelo artigo 2.º) merece menos proteção que o direito menos importante (consagrado pelo artigo 5.º).

16. Mas a parte mais surpreendente do acórdão é outra. No parágrafo 120, o chamado “procedimento de vigilância em vigor” é, de facto, uma criação *ab ovo* da maioria. Não havia regras que regulassem um tal “procedimento de vigilância”. Aliás, não existia tal “procedimento de vigilância”, para não falar de um “regime mais restritivo” ou de um procedimento para “as situações de urgência”, visto que cada decisão era tomada pelo pessoal médico e de enfermagem numa base *ad hoc*, tal como confirmado pelo CPT durante a sua recente visita ao terreno, em 2012<sup>23</sup>. O parágrafo 120 do acórdão, tal como os elementos que o fundamentam na parte relativa aos factos (parágrafo 54), descreve com imaginação uma realidade virtual. Do mesmo modo, é exagerado afirmar, como a maioria faz no parágrafo 49 do acórdão, que o guia de informação destinado aos doentes “especificava as regras que regiam a sua hospitalização”. Na realidade, o documento contém apenas “informações úteis para que os doentes se sintam bem neste hospital”, ou seja, uma série de informações práticas destinadas aos doentes, desprovida de qualquer carácter normativo<sup>24</sup>. Se a maioria tem, evidentemente, o direito de ter a sua própria opinião sobre os factos, não se pode prevalecer dos seus “próprios factos”.

---

22. Parágrafo 88 do acórdão.

23. Ver acima o parágrafo 112 do relatório do CPT de 2012.

24. Cito o próprio documento, que figura na página 35 das observações do Governo perante o Tribunal Pleno.

17. É verdade que, no processo, o pessoal médico e o Governo fazem referência a um “regime aberto” e a um “regime fechado”, mas a obrigação do Estado de aplicar um desses regimes não estava enunciada em parte alguma na lei ou na regulamentação administrativa. A melhor prova do caráter confuso da situação ilustra-se na forma contraditória como o próprio Governo faz referência ao “regime fechado”. O Governo começou por afirmar que o regime fechado poderia ter sido aplicado a A.J., mas não o foi porque não era “adequado”<sup>25</sup>. Prosseguiu argumentando que o sistema fechado se aplicava apenas aos pacientes internados oficiosamente<sup>26</sup>, mas admitiu também que em abril de 2000, A.J., que tinha consentido a sua hospitalização, tinha sido confinado ao respetivo pavilhão, permanecendo vestido com pijama e roupão e que só na segunda e terceira semanas de abril é que lhe foi permitido sair do pavilhão<sup>27</sup>.

18. A intenção *a priori* da maioria é clara e foi inscrita na pedra no parágrafo 122 do acórdão: atuando como tribunal de primeira instância, a maioria considera que não existe umnexo causal entre “uma qualquer alegada deficiência no procedimento de emergência e a morte de A.J.”, mesmo antes de ter abordado a questão de examinar *in concreto* a existência de um risco “real e imediato”<sup>28</sup> para a vida do filho da requerente e a necessidade de tomar medidas operacionais preventivas adequadas. O acórdão podia ter ficado por aí. Mas a maioria impôs à requerente a dor de ter de tomar conhecimento da segunda parte da vertente material da parte “O direito” (parágrafos 124-132) e aí ler que a primeira tentativa de suicídio falhada do seu filho e a sua crise aguda de intoxicação alcoólica na véspera da sua segunda tentativa - desta vez bem sucedida - não eram suficientemente graves para merecerem toda a atenção do Estado português e que, conseqüentemente, a maioria podia lavar as mãos do caso.

### **A obrigação de tomar preventivamente medidas de natureza prática**

19. A maioria propõe-se examinar a obrigação positiva de tomar preventivamente medidas de natureza prática à luz do critério estabelecido no acórdão *Osman*<sup>29</sup>. Segundo este critério, a extrema vulnerabilidade da vítima deve ser tomada em consideração<sup>30</sup>. O critério *Osman* foi aplicado pela primeira vez a um caso de suicídio no caso *Keenan c. Reino-Unido*<sup>31</sup>. Num

25. Parágrafo 104 das observações do Governo perante a câmara.

26. Parágrafo 130 das observações do Governo perante o Tribunal Pleno.

27. Parágrafos 21 e 85 das observações do Governo perante o Tribunal Pleno.

28. Parágrafo 131 do acórdão.

29. *Osman c. Reino-Unido*, 28 de outubro de 1998, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-VIII. Pronunciei-me a favor de uma reforma do critério *Osman* (*Valiulienė c. Lituania*, n.º 33234/07, 26 de março de 2013, e *Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado, parágrafo 63). Neste caso, não entrarei neste debate por uma questão de simplificação.

30. *Van Colle c. Reino-Unido*, n.º 7678/09, parágrafo 91, 13 de novembro de 2012.

31. *Keenan c. Reino-Unido*, n.º 27229/95, TEDH 2001-III.

caso posterior, em que uma alegação defensável de violação do artigo 2.º tinha sido apresentada no contexto do suicídio de um paciente hospitalizado com o seu consentimento numa instituição psiquiátrica, o Tribunal concluiu pela violação do artigo 13.º em conjugação com o artigo 2.º devido à falta de um recurso civil para estabelecer a responsabilidade e obter reparação<sup>32</sup>. O presente caso é o primeiro em que o Tribunal estabeleceu a obrigação positiva que incumbe ao Estado, nos termos do artigo 2.º, de tomar medidas práticas em relação aos doentes mentais que são hospitalizados com o seu consentimento e que são suscetíveis de atentar contra a sua própria vida.

20. A maioria não só afirma a existência desta obrigação positiva como procede à sua precisão, no caso de hospitalização não consentida, afirmando que o Tribunal “pode (...) aplicar um critério de controlo mais estrito” no que diz respeito à obrigação de tomar medidas razoáveis para evitar que uma pessoa cometa suicídio<sup>33</sup>. É claro que isso implica que, inversamente, o Tribunal adotará uma abordagem não intervencionista no caso de doentes em perigo hospitalizados com o seu consentimento. Não vejo qualquer justificação para esta diferença de tratamento e a maioria nem sequer faz um esforço para a fornecer. A Grande Câmara devia tê-la justificado, quanto mais não fosse porque contradiz a decisão unânime da Câmara. Esta tinha adotado o ponto de vista oposto, segundo o qual os doentes hospitalizados com e sem o seu consentimento deveriam ser tratados da mesma forma,

“quer a hospitalização tenha sido consentida ou não, e na medida em que o paciente admitido com o seu consentimento esteja sob a responsabilidade e a vigilância do hospital, as obrigações do Estado devem ser as mesmas. Afirmar o contrário equivaleria a privar os doentes hospitalizados com o seu consentimento da proteção do artigo 2.º da Convenção”<sup>34</sup>.

21. O argumento segundo o qual se desenha uma tendência para o tratamento das pessoas com perturbações mentais num regime “aberto” não é decisivo<sup>35</sup>. Em primeiro lugar, reflete apenas um dos pontos de vista sobre

32. *Reynolds* c. Reino-Unido, n.º 2694/08, 13 de março de 2012.

33. Parágrafo 124 do acórdão.

34. *Fernandes de Oliveira* c. Portugal, n.º 78103/14, parágrafo 73, 28 de março de 2017. O grau de respeito desta decisão decorre igualmente do facto de a maioria nem sequer a mencionar na passagem em que aborda este ponto, no parágrafo 124 do presente acórdão.

35. Ver literatura científica sobre as novas teorias de saúde mental - *Davidson*, “An international comparison of legal frameworks for supported and substitute decision-making in mental health services” (2016) 44 *International Journal of Law and Psychiatry*, 30-40; *Richardson*, “Mental Disabilities and the Law: From Substitute to Supported Decision Making?” (2012) *Current Legal Problems*, 1-22; *Richardson* “Mental Capacity at the Margin: The Interface between Two Acts” (2010) 18 *Medical Law Review* 56-77; *Donnelly*, “Healthcare Decision-Making and the Law”. Cambridge : Cambridge University Press, 2010; *McSherry e Weller* (eds) “Rethinking Rights-Based Mental Health Laws”, Oxford : Hart Publishing, 2010; *Nuffield Council on Bioethics*, “Dementia: Ethical Issues”, London : Nuffield Council on Bioethics, 2009 ; *Maclean*, “Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge”, Cambridge : Cambridge University Press, 2008 ; *Fistein, et al.*, “A Comparison of Mental Health Legislation from Diverse Commonwealth

esta questão, pois existe também uma tendência contrária a favor de um reforço das obrigações do Estado em matéria de prevenção do suicídio, e que a maioria ignora totalmente, como vou demonstrar mais adiante<sup>36</sup>. O cerne do problema atual reside, precisamente, na articulação destas duas tendências divergentes do direito e da prática internacionais no domínio da saúde, que a maioria nem sequer tenta tomar em conta.

Além disso, como afirmou a juíza Iulia Antoanella Motoc na sua opinião dissidente no caso *Hiller*, “a obrigação de proteger o direito à vida não deve ser sacrificada num esforço de conformação com a tendência recente em matéria de saúde acima mencionada”<sup>37</sup>. O direito à vida tem primazia sobre o direito à liberdade, em especial quando o estado psicopatológico da pessoa em causa limita a sua capacidade de autodeterminação. É totalmente hipócrita afirmar que o Estado devia conceder aos doentes com tendência suicida vulneráveis que se encontram internados em hospitais psiquiátricos públicos a liberdade de porem termo à sua vida, simplesmente para respeitarem o seu direito à liberdade. Ao fim de contas, o que guia realmente a maioria não é a questão de saber se convém conceder mais ou menos liberdade aos doentes mentais admitidos nos hospitais públicos, mas sim o interesse puramente financeiro em proteger os responsáveis desses estabelecimentos contra recursos judiciais que contestam “medidas excessivamente restritivas”<sup>38</sup>, sem “perder de vista as escolhas operacionais a fazer em termos de prioridades e de recursos na prestação de cuidados de saúde pública e de outros serviços públicos”<sup>39</sup>. Por último, isto reflete uma política escondida de desvinculação do Estado no domínio da proteção social que visa a mercantilização máxima dos serviços de saúde e, sobretudo, a proteção dos profissionais de saúde por detrás de um ecrã jurídico inviolável, isentando assim o Estado da sua

---

*Jurisdictions*” (2000) 32 *International Journal of Law and Psychiatry*, 147-155; e Mackenzie et Stoljar (eds), “*Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*”, New York : Oxford University Press, 2000.

36. As normas a que me refiro foram definidas nos seguintes documentos: « *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm* », Organisation mondiale de la santé, Genève, 2016 ; « *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* », Organisation mondiale de la santé, Genève, 2014 ; « *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* », Organisation mondiale de la santé, Genève, 2013 ; « *La prévention du suicide, indications pour les médecins généralistes* », Organisation mondiale de la santé, 2000 (com indicações precisas sobre o tratamento dos doentes) ; « *La prévention du suicide, indications pour professions de santé primaires* », Organisation mondiale de la santé, 2000 (que contém elementos específicos sobre a forma de abordar as pessoas suicidas) ; « *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders* » (*Prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux*), capítulo 4 dedicado ao suicídio, Organisation mondiale de la santé, 1998 ; et « *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies* », Organisation des Nations unies, New York, 1996.

37. Opinião dissidente da juíza Iulia Antoanella Motoc no caso *Hiller* c. Austria, n.º 1967/14, 22 de novembro de 2016.

38. Parágrafo 121 do acórdão.

39. Parágrafo 125 do acórdão.

responsabilidade, nos termos da Convenção, em caso de morte ou de lesões graves ocorridas no âmbito do sistema de saúde ou em meio hospitalar e limitando, por conseguinte, a competência do Tribunal neste domínio. Por outras palavras, o presente acórdão inscreve-se na linha ideológica do acórdão *Lopes de Sousa Fernandes*<sup>40</sup>.

22. Como a maioria reconhece, A.J. era uma pessoa particularmente vulnerável<sup>41</sup>. Vários elementos indicadores da sua extrema vulnerabilidade reforçavam claramente o carácter iminente e previsível do suicídio, como, em primeiro lugar, o facto de, em data recente, ter tentado suicidar-se. Desde o dia 1 de setembro de 1999, uma nota incluída no seu “dossier clínico”<sup>42</sup> indicava uma “probabilidade de atentar contra a sua integridade física e psicológica devido à privação de álcool”. Como o Procurador-Geral Adjunto do Supremo Tribunal afirmou no seu parecer, “[o] processo clínico por si só mencionava já tentativas de suicídio, uma das quais tinha ocorrido vinte e cinco dias antes. A repetição de tal gesto era portanto previsível.”<sup>43</sup>

No dia 1 de abril 2000, A.J. tentou suicidar-se<sup>44</sup>. O seguinte registo foi inscrito no seu processo clínico naquele dia após esta tentativa: “sente que a sua vida já não vale a pena ser vivida, sente-se marginalizado e sem poder para alcançar qualquer objetivo na vida, e por isso prefere morrer, projeto que tentou concretizar”<sup>45</sup>. Afirmava claramente o facto que ele “preferia morrer”, porque se sentia “marginalizado e sem poder”. De facto, A.J. exprimiu várias vezes um profundo sentimento de desespero, sobretudo depois de ter perdido a possibilidade de conseguir um emprego de motorista de pesados, o que o levou à tentativa de suicídio<sup>46</sup>.

40. Ver a minha opinião separada no caso *Lopes de Sousa Fernandes*, supracitado, parágrafos 64, 73 e 74.

41. Parágrafo 124 do acórdão; ver também acórdão *Renolde* c. França, n.º 5608/05, parágrafo 84, TEDH 2008 (excertos), no qual o Tribunal considera as pessoas com doenças mentais particularmente vulneráveis.

42. É absolutamente abusivo qualificar como “processo clínico” o conjunto de documentos não classificados, incompletos, confusos e por vezes ilegíveis que o Governo colocou à disposição do Tribunal, mas utilizarei esta expressão por conveniência de referência. O aspeto caótico do “dossiê” reflete bem a qualidade dos cuidados dispensados a A.J.

43. Parágrafo 43 do acórdão.

44. Segundo a OMS, [tradução do secretariado] “estima-se que, para cada suicídio, houve provavelmente mais de 20 tentativas. A existência de uma ou mais tentativas de suicídio ou de atos de autoagressão é o principal elemento preditivo de uma morte por suicídio. (...) Compara-se frequentemente o conhecimento que se tem destes casos a um icebergue, em que apenas a parte emergente é visível (caso de suicídios, tentativas de suicídio e de autoagressão surgem nos hospitais e casos de tentativas de suicídio e de autoagressão surgem nos serviços de saúde primários), enquanto a maioria das tentativas de suicídio permanece “escondida” sob a superfície e não chega ao conhecimento dos serviços de saúde.” (*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm, Genève: Organisation mondiale de la santé, 2016, p. 6*).

45. Ver nota de 1 de abril de 2000 no processo clínico.

46. Segundo a OMS, os “fatores de risco individuais” são os seguintes: “antecedentes de tentativas de suicídio, perturbações mentais, consumo nocivo de álcool, perda de emprego

No acórdão *Renolde c. França*, o intervalo entre as duas tentativas de suicídio - a primeira, falhada e a segunda, bem sucedida - foi de 18 dias<sup>47</sup>. No caso de A.J., esse intervalo foi de 26 dias, com um episódio grave de autoagressão, entretanto, dois dias antes do suicídio. Tendo em conta o raciocínio seguido no acórdão *Renolde*, a saber, que o risco era real e que a obrigação positiva de tomar preventivamente medidas de ordem prática se impunha independentemente do facto de “[o]estado de Joselito Renolde ser variável e o risco de uma nova tentativa de suicídio mais ou menos imediata”<sup>48</sup>, interrogo-me por que razão assim não foi no que respeita ao risco a que A.J. estava exposto.

23. Em segundo lugar, A.J. era esquizofrénico e sofria de “depressão grave”<sup>49</sup>. Isto foi comprovado pelas jurisdições internas. Este diagnóstico de esquizofrenia foi feito pela primeira vez em 6 de setembro de 1999, muito antes da primeira tentativa de suicídio<sup>50</sup>. No acórdão *De Donder et De Clippel c. Bélgica*<sup>51</sup>, o Tribunal considerou que a esquizofrenia paranoide estava associada a um risco elevado e previsível de suicídio. Neste caso, o Tribunal concluiu pela violação do artigo 2.º sem que tenha havido sequer uma tentativa prévia de suicídio, considerando que “embora o caráter imediato de tal risco fosse difícil de perceber, este critério (...) não pode ser um critério

---

ou financeira, desespero, dor crónica, antecedentes familiares de suicídio, fatores genéticos e biológicos (...) O desespero, enquanto aspeto cognitivo do funcionamento psicológico, é frequentemente utilizado como um indicador do risco de suicídio quando associado a perturbações mentais ou antecedentes de tentativa de suicídio (113). O futuro, a perda de motivação e as expectativas de uma pessoa são as três principais facetas do desespero. Este último é muitas vezes detetado pela presença de pensamentos como “as coisas nunca melhorarão” e “a minha situação não melhora” e é acompanhado, na maior parte dos casos, por uma depressão (114)”. (*Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. Genève : Organisation mondiale de la santé*, 2014, p. 31 e 40).

47. *Renolde*, supracitado, parágrafo 86.

48. *Renolde*, supracitado, parágrafo 89: “este risco era real e (...) Joselito Renolde necessitava de uma vigilância estrita para evitar um agravamento súbito”. Ver igualmente *Keenan*, já referido, parágrafo 96: “Este risco era, no entanto, mais ou menos imediato. Em certos períodos, Mark Keenan parecia ter um comportamento normal ou, pelo menos, era capaz de lidar com o stress da sua situação. Não se pode concluir que tenha estado em risco imediato durante toda a sua detenção. No entanto, dado que o seu estado era variável, necessitava de uma vigilância estrita para evitar um agravamento súbito”.

49. Não só de “depressão”, como se diz de forma atenuada no parágrafo 127 do acórdão, mas de “depressão grave”. Ver o relatório do perito elaborado no âmbito do processo no tribunal administrativo, referido no parágrafo 33 do acórdão.

50. Ver o relatório do perito apresentado no âmbito do processo interno perante o tribunal administrativo, citado no parágrafo 33 do acórdão. De acordo com a OMS, “as pessoas com problemas de saúde mental têm taxas de incapacidade e mortalidade mais elevadas do que a média. Por exemplo, as pessoas com depressão grave e esquizofrenia correm 40 a 60% mais riscos do que a população em geral de morrer prematuramente devido a problemas de saúde física que, muitas vezes, não são tratados (cancro, doenças cardiovasculares, diabetes ou infeção pelo VIH) e por suicídio.” (*Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020. Genève: Organisation mondiale de la santé*, 2013, parágrafo 11).

51. *De Donder et de Clippel c. Bélgica*, n.º 8595/06, 6 de dezembro de 2011.

perentório para o suicídio.”<sup>52</sup> Mais uma vez, não compreendo por que razão o critério do risco imediato não foi decisivo no caso belga, mas foi rigorosamente observado no presente caso português<sup>53</sup>, em que o paciente acumulou os dois fatores de risco elevado considerados em *Renolde* e em *De Donder e De Clippel*.

O que precede bastaria para levantar a questão legítima de saber se o Tribunal não estabelece uma distinção entre doentes de primeira e de segunda classe, na medida em que nada justifica esta diferença de tratamento entre A.J. e os doentes belgas e franceses. A questão não é certamente retórica e impõe-se ainda mais tendo em conta os argumentos que são apresentados, que demonstram que A.J. sofreu um prejuízo que nunca foi reparado.

24. Em terceiro lugar, os tribunais nacionais concluíram que o suicídio não era previsível porque a doença de A.J. nunca tinha sido devidamente diagnosticada. Por outras palavras, a ausência de um diagnóstico tempestivo e adequado por parte do Estado serve para o desculpar por não ter previsto o risco de suicídio. Este é o tipo de raciocínio circular, em que o Estado usa a sua própria omissão culposa para se exonerar do dano resultante. A espantosa justificação dada pelo psiquiatra de A.J. (Dr. A.A.) foi que não tinha seguido este paciente o tempo suficiente para poder fazer um diagnóstico mais preciso do seu estado mental<sup>54</sup>, apesar de ter sido sua psiquiatra desde dezembro de 1999, ou seja, quatro meses antes do suicídio. O que é mais angustiante é que o Estado fez o diagnóstico, mas só depois de A.J. ter morrido.<sup>55</sup> O diagnóstico de que A.J. tinha um distúrbio de personalidade *borderline* só foi feito depois do suicídio!<sup>56</sup> De acordo com as palavras do perito médico nomeado pelo tribunal, “A.J. era um indivíduo conflituoso e facilmente irritável (...) agressivo para a sua família (mãe e irmã), que se enervava sem motivo, mesmo quando não estava sob a influência do álcool (...) Por vezes dirige esta agressão contra si próprio – o seu processo clínico refere repetidas tentativas de suicídio (...)”<sup>57</sup>.

25. Em quarto lugar, A.J. tinha uma longa história de alcoolismo e abuso de medicamentos. Suicidou-se em 27 de abril de 2000. Em 25 de abril de 2000, dois dias antes do suicídio, tinha tido um “episódio deliberado de autoagressão” típico através de uma intoxicação alcoólica<sup>58</sup>. Posteriormente,

---

52. *Ibidem*, parágrafo 76.

53. A maioria não especifica sequer o intervalo de tempo considerado para a avaliação do risco: são os “últimos dias da sua vida” (parágrafo 128), os “dias anteriores” (*ibidem*), ou os “dias imediatamente anteriores ao seu suicídio” (parágrafo 129)? Qual é o intervalo de tempo exato relevante para esta análise?

54. Ver o testemunho do médico A.A. junto ao processo.

55. Parágrafo 33 do acórdão.

56. Parágrafo 11 e 40 do acórdão.

57. Ver o relatório do perito médico junto do tribunal datado de 27 de setembro de 2006 junto ao processo.

58. Segundo a OMS, “[tradução do secretariado] com base nesta definição, os critérios de inclusão são os seguintes (ou seja, os seguintes casos são considerados como casos de

nenhum médico avaliou as consequências deste incidente à luz da necessidade de reforçar a vigilância de A.J. Deixaram-no persistir no seu desespero, entregue à sua “agressividade”, que “dirig[ia] por vezes contra si mesmo” para empregar os termos do perito designado pelo tribunal.

26. Em quinto lugar, A.J. era um homem jovem e, de acordo com a OMS, “o suicídio é a segunda causa de mortalidade entre os jovens à escala mundial (...) Além disso, os jovens e os idosos fazem parte das classes etárias mais sujeitas à ideação suicida e aos atos autodestrutivos”<sup>59</sup>.

27. Por último, e, sobretudo, o próprio HSC tinha avaliado o risco de A.J. como sendo de nível “GD 3”, ou seja, “grau de dependência 3<sup>60</sup>”. O grau de dependência 3 “corresponde aos doentes que necessitam de assistência total

---

autoagressão e tentativa de suicídio) intencionais: todos os métodos de autoagressão intencional (de acordo com a codificação ICD-10, Quadro 3.1) (por exemplo, abuso de álcool, abuso de drogas, ingestão de pesticidas, lacerações, tentativa de afogamento, tentativa de enforcamento, ferimento com arma de fogo) em que o ato de autoagressão é claramente intencional”. (*Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Genebra: *Organisation mondiale de la santé*, 2016, p. 33); ver igualmente « *Programme d’action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l’accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l’utilisation de substances psychoactives* », Genebra: *Organisation mondiale de la santé*, 2008, p. 31: “O suicídio é a terceira principal causa de morte a nível mundial entre as pessoas com idades compreendidas entre os 15-34 anos, e a 13ª principal causa de morte para todos os grupos etários em conjunto. Aproximadamente 875.000 pessoas cometem suicídio todos os anos. Altas taxas de suicídio estão associadas a perturbações mentais tais como depressão e esquizofrenia (...) e dependência de álcool e drogas.” Ver também *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH), Safer Care for Patients with Personality Disorder, Manchester : University of Manchester*, 2018 : [tradução do secretariado] “A maioria dos doentes que puseram termo à sua vida tinham um historial de autoagressão (146, 95 %). O último episódio de autoagressão tinha precedido a morte uma semana, ou menos, em 20 casos (16%), e três meses ou menos em 81 casos (70%). No ano anterior ao suicídio, registaram-se repetidos incidentes de autoagressão (77,66 %). Na maioria dos casos, os elementos desencadeadores eram conhecidos dos serviços (106, 98 %): intoxicação alcoólica, (...). No último acolhimento, foi efetuada uma avaliação do risco de suicídio, de autoagressão ou de violência em 121 casos (88 %), o risco foi formulado em 91 casos (71 %) e foi elaborado um plano de gestão do risco em 85 casos (69 %)”.

59. *Plan d’action pour la santé mentale 2013-2020, Organisation mondiale de la santé*, Genebra, 2013, parágrafos 11 e 75. Ver também *Prévention du suicide : l’état d’urgence mondial, Organisation mondiale de la santé*, Genebra, 2014, p. 11 : “Os jovens encontram-se entre os mais afetados e o suicídio é agora a segunda causa de mortalidade à escala mundial entre os 15 e os 29 anos”.

De acordo com o documento *Guidelines for Suicide Prevention* publicado pelo *International Association for Suicide Prevention (IASP)*: [tradução do secretariado] “Existem igualmente certos grupos de pessoas particularmente expostas a um risco de comportamento suicida. É o caso, nomeadamente, das pessoas com antecedentes de tentativa de suicídio, das pessoas que consomem álcool e outras substâncias, dos homens jovens. (...) Numerosos estudos mostram que as pessoas que já fizeram uma tentativa de suicídio são muito mais suscetíveis de atentar contra a sua própria vida no futuro do que outros grupos. (...) Há muito que se reconhece que a dependência do álcool e de outras substâncias está associada a um risco acrescido de suicídio”.

60. Parágrafo 13 do acórdão.



ou intensiva em fases agudas ou em situações de emergência<sup>61</sup>”. O grau de dependência 1 “corresponde ao paciente autónomo”. O grau de dependência 2 “corresponde ao doente que necessita de assistência parcial”. O processo clínico não menciona o grau de dependência do doente no período compreendido entre 25 de abril de 2000 e a data do suicídio. Isto significa que o HSC não avaliou o risco durante um período de pelo menos dois dias antes do suicídio de A.J.<sup>62</sup>.

### **Medidas implementadas com vista à prevenção do suicídio dos doentes internados com o seu consentimento num hospital psiquiátrico**

28. Tendo em conta o que precede, A.J. apresentava um risco previsível e iminente de suicídio, como era do conhecimento do HSC e das outras autoridades hospitalares. Mas mesmo que assim não fosse, seria de esperar que fossem tomadas algumas precauções elementares. A maioria não se debruça sobre esta questão, mas a jurisprudência impõe um tal encargo ao Estado, com o objetivo de reduzir tanto quanto possível qualquer risco potencial de tentativa de comportamento autoagressivo ou de suicídio, mesmo que não esteja provado que o Estado sabia ou devia saber que existia esse risco<sup>63</sup>.

Embora a maioria não considere necessário seguir este raciocínio<sup>64</sup>, penso que tenho a obrigação deontológica de o fazer, em nome da coerência da jurisprudência e da análise jurídica exaustiva do caso. Assim, há que responder à questão de saber se as medidas operacionais postas em prática eram suficientes, e a resposta é decidida e absolutamente não, pelas sete razões que passo a expor de seguida.

29. Em primeiro lugar, não existia, e continua a não existir, um quadro regulamentar adequado relativo à obrigação que incumbe ao Estado de proteger a vida dos doentes mentais que são tratados de livre vontade nos hospitais públicos em Portugal. Não existe qualquer limite legal que enquadre a reflexão do médico, que deve decidir se deve submeter ou não um doente com perturbações psiquiátricas a um regime aberto ou fechado ou colocá-lo num quarto de isolamento. Ora, este caso devia ter tido, precisamente como

---

61. Ver, por exemplo, as notas de 11 de janeiro de 1993 e de 2 de fevereiro de 1993 que figuram no processo. Embora esteja consciente deste facto (ver parágrafo 13 do acórdão), a maioria não se preocupa em ter em conta esta informação na sua apreciação do facto de que “A.J. apresentava há muito perturbações mentais” (parágrafo 130 do acórdão).

62. A maioria admite que não se encontra qualquer menção relativa à avaliação do risco aquando da “última” estadia de A.J. em 2000 (parágrafo 13 do acórdão).

63. *Eremiášová et Pechová c. República Checa*, n.º23944/04, parágrafo 110, 16 de fevereiro de 2012, referido no acórdão *Keller c. Rússia*, n.º 26824/04, parágrafo 88, 17 de outubro de 2013.

64. O parágrafo 132 do acórdão evita a segunda parte do critério *Osman*, mas, na realidade, nos parágrafos anteriores, a maioria já admitiu o carácter adequado das medidas tomadas pelas autoridades nacionais (ver, por exemplo, o parágrafo 130 do acórdão).

valor acrescentado, levar o Estado a colmatar esta lacuna e fornecer aos médicos uma base jurídica para a sua atividade.

30. Em segundo lugar, não existiam, nem existem ainda, meios administrativos adequados que permitam reforçar a vigilância dos doentes hospitalizados que apresentam um risco de suicídio. A definição das modalidades dessa vigilância releva da margem de apreciação do Estado, mas, para esse efeito, este devia ter em consideração, entre outras, as normas internacionais estabelecidas pela OMS. De acordo com estas normas, impõe-se uma vigilância acrescida relativamente aos doentes que apresentam um risco de suicídio, que pode ser assegurado, por exemplo, através de um sistema de videovigilância, com o uso autorizado pela pessoa visada de um dispositivo eletrónico ou de qualquer outro meio permitido pelas tecnologias da informação<sup>65</sup>. A vigilância ajuda a detetar eventuais carências nos cuidados e produz um efeito dissuasor a esse respeito; permite também controlar a qualidade dos cuidados. Cria um ambiente acolhedor em que as pessoas têm a certeza de que serão tratadas corretamente. A utilização da videovigilância pode ser reservada às zonas comuns dos estabelecimentos, e, se necessário, pode ser introduzida nos quartos e nas zonas privadas frequentadas pelos utentes. Esta última solução exige o consentimento do utente. Os hospitais usam equipamento de vigilância visível, mas também escondido. Uma vigilância adequada dos doentes permite uma reação rápida em caso de crise, o que é determinante para as suas hipóteses de sobrevivência<sup>66</sup>.

---

65. Ver *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016, página 6: “A vigilância e o seguimento reforçados das tentativas de suicídio e das condutas autoagressivas formam um elemento central do modelo de prevenção do suicídio na saúde pública. (...) No entanto, a intenção de morrer pode revelar-se mais difícil de provar (e, por conseguinte, de registar), uma vez que, em certos casos, mesmo a pessoa em causa não tem a certeza das suas intenções. Por esta razão, um sistema de vigilância destinado aos hospitais representará inevitavelmente casos de conduta autoagressiva intencional correspondente a diferentes níveis de intenção suicida e a diversas motivações subjacentes, e não apenas tentativas de suicídio caracterizadas por elevados níveis de intenção suicida.” Segundo o *Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - version 2.0*, Organização Mundial da Saúde, 2016, página 136: para todos os casos de comportamentos autoagressivos graves no plano médico ou de risco iminente de comportamentos autoagressivos/suicídio, recomenda-se “colocar a pessoa em segurança num ambiente de apoio num centro de saúde [e] NÃO deixar a pessoa sozinha.”

66. Nas Normas Revistas do CPT de março de 2017, o CPT aceita o recurso à videovigilância como meio de contenção nos estabelecimentos psiquiátricos para adultos, mas acrescenta: “É evidente que a videovigilância não pode substituir uma presença contínua do pessoal.”(CPT/Inf (2017)6). Por outro lado, a Comissão sobre a Qualidade dos Cuidados (*Care Quality Commission*) é a autoridade independente do setor da saúde em Inglaterra: regulamenta os serviços de saúde no país e faz recomendações aos prestadores de serviços de saúde e ao público sobre a utilização da vigilância em ambientes como as casas de saúde e os hospitais. Ver «*Using surveillance. Information for providers of health and social care*

Por conseguinte, as normas da OMS não impõem a construção de muros nem, certamente, a instauração de um regime quase penitenciário para as pessoas que se encontram na situação de A.J.<sup>67</sup>.

---

*on using surveillance to monitor services* », dezembro 2014 (atualizado com o novo regulamento em junho de 2015): “Em determinadas circunstâncias, os sistemas de vigilância poderiam ser utilizados para fins que relevam da definição de «privação de liberdade» - seria o caso, por exemplo, da utilização de sistemas de televisão em circuito fechado ou de dispositivos de identificação por radiofrequências destinados a localizar um indivíduo com o objetivo de o impedir de deixar o estabelecimento. Se a finalidade identificada ou a utilização do sistema de vigilância podem potencialmente conduzir a uma restrição ou privação de liberdade, deve em especial diligenciar-se para consultar as pessoas em causa e serem tomadas em consideração das recomendações pertinentes. Este imperativo acresce às considerações habituais que se impõem no recurso à vigilância.”

67. Sobre a prevenção do suicídio e as medidas de contenção, incluindo o isolamento e a videovigilância dos pacientes, ver Dasic *et al.*, « *Improving patient safety in hospitals through usage of cloud supported video surveillance* » (2017) 5 (2), *Macedonian Journal of Medical Sciences* 101: “A segurança dos doentes é uma preocupação crescente e pode ser melhorada através de sistemas de vigilância centralizados sofisticados que permitem que o pessoal se concentre mais no tratamento médico, em vez de ficar à espreita de um eventual incidente.” Stolovy *et al.*, « *Video surveillance in mental health facilities: is it ethical?* » (2015) 17, *Israel Medical Association Journal*, 274-276: “Tanto o pessoal como os doentes reagem favoravelmente à vigilância e nenhuma queixa relativa à utilização das câmaras foi formulada desde a sua instalação. Além disso, a vigilância não suscitou sintomas paranoides; pelo contrário, os doentes encaram a vigilância como uma proteção (...)”; Carroll *et al.*, « *Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis* » (2014), *Journal of Affective Disorders* 476-483; Richardson, « *Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do?* » (2013), 9 *International Journal of Law in Context*, 87-105; Frank, « *Videouberwachung in der Psychiatrie - Pro, kontra, Video surveillance in psychiatric hospitals-pro & contra* » (2013), 40 *Psychiatrische Praxis*, 117-119: “numerosos argumentos militam contra a proibição (da televigilância nos hospitais psiquiátricos) e raros são os argumentos que se opõem à possibilidade de a ela recorrer”; Salzmann *et al.*, « *Panoptic power and mental health nursing-space and surveillance in relation to staff, patients, and neutral spaces* » (2012) 33(8); *Issues in Mental Health Nursing*, 500-504: “A maioria dos espaços nos serviços de saúde mental constituem campos de visibilidade dentro dos quais o paciente está constantemente sob vigilância”; Mullender, « *Involuntary Medical Treatment, Incapacity and Respect* » (2011), 127 *Law Quarterly Review*, 167-171; David *et al.*, « *Mentally Disordered or Lacking Capacity? Lessons for Management of Serious Deliberate Self Harm* » (2010), *British Medical Journal* 341: c4489; Desai, « *The new stars of CCTV: what is the purpose of monitoring patients in communal areas of psychiatric hospital wards, bedrooms and seclusion rooms?* » (2009), 6 *Diversity and Equality in Health Care*, 45-53: “O recurso às câmaras de televisão em circuito fechado não só permitiu detetar melhor os fatores de risco no âmbito dos cuidados aos doentes no seio de um serviço, mas também produziu vídeos que se revelam úteis para a formação. Assim, Chambers e Gillard (2005) observaram que o facto de conservar imagens vídeo dos incidentes permitia proceder a uma avaliação *a posteriori* que podia servir para a formação, sobretudo para a identificação dos comportamentos que precederam episódios violentos, e à prevenção do suicídio. O pessoal considera que as imagens gravadas apresentam os incidentes de forma mais precisa e, por conseguinte, objetiva”; Appelbaum, « *Commentary: the use of restraint and seclusion in correctional mental health* » (2007), 35 (4) *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 431-435; Kennedy, *Electronic surveillance in hospitals: A review* (2006), Edith Cowan University, Perth: “Os benefícios da vigilância

31. No caso específico do Hospital Sobral Cid, as pessoas internadas podem entrar e sair sem serem controladas. O mesmo se aplica às pessoas de fora, que podem entrar no perímetro do hospital e mesmo nos pavilhões, à sua vontade. Em 2000, havia um único guarda em todo o edifício, colocado no local de entrada dos veículos. Não havia psicólogo nem serviço de urgência permanente. Em caso de emergência, o médico de turno era contactado por telefone e decidia à distância se o doente devia ser transportado para o Hospital Central de Coimbra. Ao longo dos anos, vários incidentes graves, ou mesmo mortais, foram causados por pacientes que tinham conseguido sair do recinto do HSC<sup>68</sup>.

32. A.J. foi colocado no pavilhão 8, que incluía um quarto de isolamento. O pavilhão 8 recebia pessoas que tinham sido internadas com ou sem o seu consentimento<sup>69</sup>. Em 25 de abril de 2000, após o episódio de intoxicação alcoólica, A.J. foi hospitalizado em regime aberto como se depreende da nota que indica que “tinha passeado ao redor do pavilhão”<sup>70</sup>.

33. Em terceiro lugar, a gravidade do abuso de álcool, de 25 de abril, não foi avaliada por um médico, apesar de A.J. apresentar um estado de “desequilíbrio, resistência ao internamento, má coordenação funcional e agitação”<sup>71</sup>. A justificação apresentada pelo Dr. ER para esta omissão foi “que tinha suposto que A.J. estava bem, uma vez que o pessoal de enfermagem não tinha solicitado conselho médico sobre ele” após o incidente de 25/26 de abril<sup>72</sup>. Surpreendentemente, o médico de serviço não se deu ao trabalho de ver um paciente com tendência suicida, que tinha acabado de passar por um grave episódio alcoólico porque os enfermeiros não lhe tinham pedido para o fazer, como se os enfermeiros devessem assumir a responsabilidade que lhe competia.

34. Entre 25 de abril e o momento do suicídio, nenhum médico apreciou a necessidade de submeter A.J. a um regime restritivo, embora este já tivesse sido submetido várias vezes ao “regime fechado” e mesmo colocado em

---

eletrónica para a saúde do doente são vários, mas é vital que as suas consequências para a vida privada dos doentes não sejam ocultadas pela vontade de garantir a segurança de toda a comunidade”; Smith *et al.*, « *Pennsylvania State Hospital system’s seclusion and restraint reduction program* » (2005), 56 (9) *Psychiatric Service*, 1115-1122 ; Paris, « *Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder?* » *Journal of Personality Disorders*, 240-247 ; ver igualmente as orientações do *National Institute for Care and Excellence* bem como as obras consagradas ao recurso à contenção das pessoas que sofrem de perturbações da saúde mental nos estabelecimentos de saúde e nos centros de acolhimento, a consultar em <https://www.nice.org.uk/>.

68. Parágrafo 55 do acórdão. É bastante revelador que esta informação nem sequer tenha sido tida em conta pela maioria na sua apreciação da obrigação de tomar medidas operacionais preventivas.

69. Ver o relatório de inspeção realizada pelo tribunal de primeira instância.

70. Ver as observações registadas em 27 de abril no seu processo clínico, no período das 8h às 16h.

71. Ver as observações inscritas a 26 de abril no seu processo clínico, da meia-noite às 8h.

72. Ver o testemunho do Dr. E.R em anexo no dossiê, e o parágrafo 23 do acórdão.

quarto de isolamento (assim, em 12 de dezembro de 1999, foi “colocado num quarto de isolamento” porque estava “agitado e [tinha] dificuldades em acalmar-se”; em 15 de dezembro de 1999, foi-lhe ordenado “que não deixasse o pavilhão”; em 16 de dezembro de 1999, foi-lhe ordenado “que não deixasse o serviço”; em 22 de dezembro de 1999, continuava a queixar-se de querer abandonar o pavilhão)<sup>73</sup>. Só em 13 de abril foi visto pelo seu médico e “a sua terapia foi alterada”, mas não há nada no processo que indique a natureza da nova terapia<sup>74</sup>.

35. Em quarto lugar, na data do suicídio e na véspera, observa-se um intervalo de dezasseis horas sem supervisão, uma vez que nada está inscrito no processo clínico para o período compreendido entre as 16 horas de 26 de abril e as 8 horas de 27 de abril. Além disso, as últimas notas que figuram no processo clínico de A.J., indicando que este estava “calmo e cooperante no início do período” (27 de abril, período das 14 horas às 19 horas), foram inscritas pela mesma pessoa, às 20h, quando já se sabia do seu suicídio!<sup>75</sup>

36. Pior ainda, observa-se um intervalo de mais de 24 horas sem tomar medicamentos antes do suicídio de A.J., já que a última vez que tomou medicamentos remonta a 26 de abril durante o período da meia-noite às 8 horas (mais precisamente às 00h39, quando foi visto no Hospital Geral de Coimbra e às 2h, quando deu entrada no HSC). Isto significa que não lhe foi administrado nenhum medicamento entre 26 de abril às 2 da manhã e o momento do suicídio, 27 de abril às 17h37. Os exames toxicológicos *post mortem* efetuados aos restos mortais de A.J. revelaram que esta não estava sob o efeito de medicamentos. O próprio relatório da perícia médico-legal indica que “o [seu] processo clínico não contém nenhuma referência específica quanto ao estado psicopatológico em que se encontrava em 26 de abril de 2000”; acrescenta: “não podemos responder de forma mais detalhada porque não tivemos acesso aos documentos que descrevem as circunstâncias do suicídio”<sup>76</sup>. É também importante notar que A.J. tentou suicidar-se em 1 de abril de 2000, ingerindo uma quantidade excessiva de medicamentos e álcool. O incidente de intoxicação alcoólica de 25 de abril seguiu o mesmo padrão de consumo excessivo de álcool, mas desta vez sem ingestão de medicamentos. Apesar de tudo, A.J. foi deixado sozinho, abandonado à sua grave doença mental. A este respeito, deve notar-se que, no acórdão *Renolde c. França*, o facto de não ter sido assegurado que o Sr. Renolde tomava diariamente os seus medicamentos foi um dos fatores que fundamentaram a

---

73. Ver as observações inscritas nesses dias no seu processo clínico.

74. Ver as observações inscritas nesse dia no seu processo clínico.

75. Na verdade, a mesma pessoa também notou que se suspeitava que ele se tivesse suicidado e que a família tinha vindo buscar os objetos pessoais de A.J.

76. Ver o relatório pericial de 27 de setembro de 2006, cuja elaboração fora ordenada pelo tribunal de primeira instância (parágrafo 33 do acórdão), bem como a entrevista dada pela irmã de A.J. ao jornal “O Público” em 29 de março de 2017.

constatação de violação do artigo 2.º. Por que razão o mesmo critério não foi aplicado ao paciente português?

37. Em quinto lugar, o Governo faz referência a um “programa terapêutico definido para cada paciente”<sup>77</sup>. Nada no dossier de que o Tribunal dispõe prova a existência de um tal “programa terapêutico”. A maioria não vai ao ponto de ficar ao lado do Governo também neste ponto. Também não partilha a opinião do Governo requerido segundo a qual a requerente deveria ter pedido o internamento forçado do seu filho se estivesse tão convicta de que ele estava em perigo. Um argumento que imputa a culpa à requerente é inadmissível e limita-se a acrescentar o insulto ao prejuízo.

38. Em sexto lugar, quando se comparam as condições existentes no seio do HSC com as observadas noutros estabelecimentos psiquiátricos, é importante notar que estabelecimentos comparáveis em Portugal equiparam-se com vedações e com sistemas de televigilância<sup>78</sup>. É igualmente possível encontrar estabelecimentos psiquiátricos que oferecem programas terapêuticos personalizados em boas e devidas condições<sup>79</sup>.

39. Finalmente, em sétimo lugar, o argumento do Governo segundo o qual o acórdão da Câmara o colocou perante um dilema jurídico ao impor-lhe obrigações internacionais contraditórias decorrentes, por um lado, do artigo 2.º da Convenção (instalar vedações em redor dos hospitais ou restringir a liberdade dos doentes) e, por outro lado, do artigo 14.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (“CDPH”) (não encerrar nem restringir a liberdade de circulação dos doentes), em especial na interpretação dada pelo Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência (“CDPH”), é portanto errada.

40. A paisagem jurídica internacional é extremamente complicada, testemunhando a dureza dos debates em curso sobre a questão<sup>80</sup>. O Comité

---

77. Parágrafo 94 do acórdão.

78. Ver as referências nos relatórios acima mencionados do CPT relativos a Portugal.

79. *Ibidem*.

80. A propósito da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da sua interpretação pelo CDPH ver *Loza e Omar*, « *The rights of persons with mental disabilities: is the UN Convention the answer? An Arab perspective* » (2017), 14 (3) *The British Journal of Psychiatry International*, 53-55 : “A observação geral relativa ao artigo 12.º interpreta importantes disposições relativas aos direitos humanos numa perspetiva estrita, distancia-se do saber médico e aliena as famílias em muitas culturas.”; *Freeman et al.*, « *Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities* » (2015), *Lancet Psychiatry*, 844-850: “Defendemos que, nos casos em que uma vida poderia ter sido salva do suicídio, o Comité não tem razão em afirmar que um tratamento sem consentimento nunca deveria ser autorizado. (...) Em caso de conflito entre direitos diferentes, o direito à vida deveria suplantiar os outros direitos.” “O que fazer se a pessoa ouve vozes que lhe dizem para ter um comportamento autoagressivo ou fazer mal aos outros? (...) não podemos admitir que a abolição total da prática da hospitalização ou do tratamento sem consentimento possa promover os direitos das pessoas com doenças mentais.”; *Szumkler et al.*, « *Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities* »

dos Direitos Humanos não partilha o ponto de vista do CDPH, uma vez que reconhece que a hospitalização sem consentimento pode ser justificada<sup>81</sup>. Do mesmo modo, o Subcomité para a Prevenção da Tortura<sup>82</sup> exprimiu a opinião de que a privação de liberdade podia justificar-se se existisse um risco de comportamento autoagressivo ou de ofensa a terceiros. Apesar dos apelos do *Centre for Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry*<sup>83</sup>, a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as

---

(2014), 37 *International Journal of Law and Psychiatry*, 245–252: “são muito poucos os que defendem a ideia de que o Estado nunca tem, nem sequer em última instância, o dever de proteger aqueles que são manifestamente incapazes de tomar por si próprios decisões de tratamento cruciais.”; Bartlett, «*The United Nations on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health law*» (2012), 75 (5) *The Modern Law Review*, 752-778; Fennell et Khaliq, «*Conflicting or Complementary Obligations? The UN Disability Rights Convention and the European Convention on Human Rights and English law*» (2011), *European Human Rights Law Review*, 662–674 ; Weller «*The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Social Model of Health: New Perspectives*» (2011), *Journal of Mental Health Law*, 74–83; Lush, «*Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disability*» (2011), *Elder Law Journal*, 61–68; Minkowitz «*Abolishing Mental Health Laws to Comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*», in McSherry et Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*, Oxford : Hart Publishing, 2010, 151–178 ; Bach et Kerzner (2010), «*A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity*», Canada : Law Commission of Ontario ; Hale, *Mental Health Law*, Londres : Sweet and Maxwell, 2010 ; Lewis, «*The Expressive, Educational and Proactive Roles of Human Rights: An Analysis of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*» in McSherry et Weller (eds), *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*, Oxford : Hart Publishing, 2010, 97–128 ; Bartlett, «*The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Future of Mental Health Law*» (2009), 18 *Psychiatry*, 496–498 ; Bartlett et al., «*Mental Disability and the European Convention on Human Rights*», Leiden : Martinus Nijhof, (2007); Lawson, «*The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?*», (2007), 34 (2) *Syracuse Journal of International Law*, 563–61 ; Hale, «*The Human Rights Act and Mental Health Law: Has it Helped?*» (2007), *Journal of Mental Health Law*, 7–18; Dhanda, «*Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future*» (2006), 34 *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 429–462; e Richardson, «*The European Convention and Mental Health Law in England and Wales: Moving Beyond Process*» (2005), 28 *International Journal of Law and Psychiatry*, 127–139.

81. Observação geral n.º 35 sobre o artigo 9.º do PIDCP, CCPR/C/GC/35, 16 de dezembro de 2014.

82. Posição do Subcomité para a Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes sobre os direitos das pessoas internadas em instituições e sujeitas a tratamento médico sem consentimento esclarecido, CAT/OP/27/2, 26 de janeiro de 2016.

83. *Comments on the draft update of CEDAW General Recommendation n° 19: Forced psychiatric interventions as violence against women with disabilities*, 26 de setembro de 2016.

mulheres não abordou a questão das intervenções psiquiátricas forçadas e da hospitalização sem consentimento<sup>84</sup>.

41. Os Princípios das Nações Unidas para a proteção das pessoas com doença mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental (1991) enunciam as circunstâncias em que uma pessoa pode ser admitida sem o seu consentimento num serviço de saúde mental. No entanto, o Alto-comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos considerou que estes princípios estavam em contradição direta com o artigo 14.º, n.º 1, alínea b), da CDPH e apoiou uma proibição absoluta da privação de liberdade motivada por deficiência<sup>85</sup>. Este afirmou o seguinte:

“ A alínea b), do n.º 1, do artigo 14.º da Convenção é inequívoco a este respeito: “(...) em caso algum a existência de uma deficiência justifica uma privação de liberdade”. Aquando da elaboração da Convenção, foram rejeitadas as propostas que visavam limitar a proibição da privação de liberdade aos casos em que esta era “exclusivamente” motivada pela existência de uma deficiência. Por conseguinte, existe internamento ilegal quando a privação de liberdade se baseia na combinação entre uma deficiência mental ou intelectual e outros elementos como o risco de danos para o interessado ou para outro ou a necessidade de cuidados e de tratamento. Uma vez que as medidas em questão são em parte justificadas pela deficiência da pessoa em causa, são consideradas discriminatórias e incompatíveis com a proibição da privação de liberdade em razão da deficiência e com o direito à liberdade, com base na igualdade com os outros, previstos no artigo 14.º”<sup>86</sup>

42. O Relator especial das Nações Unidas sobre o direito de todas as pessoas a terem acesso ao melhor estado de saúde física e mental suscetível de ser alcançado criticou a *Ouvrage de référence de l’OMS sur la santé mentale, les droits de l’Homme et la législation* de 2005, porque autorizava algumas exceções que “normalizavam a coerção”; contudo, nos seus relatórios para o Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas, exprimiu prudentemente a sua opinião sobre a proibição absoluta de todas as formas de medidas não consentidas, reconhecendo que “será longo e difícil pôr um travão a essas medidas e, a prazo, eliminá-las”<sup>87</sup>.

43. Na esfera do Conselho da Europa, a Recomendação Rec(2004)10 do Comité de Ministros aos Estados-Membros relativa à proteção dos direitos Humanos e da dignidade das pessoas com perturbações mentais autoriza o internamento sem autorização destas pessoas com base na jurisprudência do

---

84. Recomendação Geral n.º 35 do Comité CEDAW sobre a violência contra as mulheres baseada no género, que atualiza a Recomendação Geral n.º 19, CEDAW/C/GC/35, de 26 de julho de 2017.

85. Alto-comissário para os Direitos Humanos, «*Forgotten Europeans, forgotten rights, the human rights of persons placed in institutions*», 2011, 12-13; Declaração do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre o artigo 14.º da CDPH, setembro de 2014.

86. Relatório anual do Alto-comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos à Assembleia Geral A/HRC/10/48, 26 de janeiro de 2009, n.º 48-49.

87. A/HRC/29/33, 2 de abril de 2015, e A/HRC/35/21, 28 de março de 2017.



Tribunal relativa ao artigo 5.º, parágrafo 1, alínea e), da Convenção<sup>88</sup>. No entanto, a recomendação da APCE intitulada Argumentos contra um instrumento jurídico do Conselho da Europa sobre as medidas involuntárias no domínio da psiquiatria<sup>89</sup> alinha-se com a CDPH. A Resposta do Comité de Ministros<sup>90</sup> opta, pelo contrário, por manter a sua posição de 2004.

44. Uma coisa é certa: a prática dos hospitais psiquiátricos portugueses que consiste em submeter os doentes mentais que são hospitalizados com o seu consentimento a um “regime restritivo” num pavilhão fechado, ou mesmo num quarto de isolamento, não se baseava, em 2000, e ainda hoje não se baseia, numa base jurídica específica que defina os tipos de regimes que podem ser aplicados, em que circunstâncias, por quem, até quando e quem os submeterá a um critério de proporcionalidade e de necessidade. Além disso, segundo o Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência (“CDPH”), a Lei 36/98, de 24 de julho de 1998, na sua versão atual, é incompatível com a CDPH, uma vez que autoriza, fora de qualquer processo penal, o internamento sem consentimento de pessoas com perturbações mentais que não tenham cometido um crime.<sup>91</sup>

45. O problema da compatibilidade ou não compatibilidade entre o direito nacional e a Convenção das Nações Unidas acima referida, tal como interpretada pelo CRPD, ou seja, a proibição absoluta da detenção sem consentimento por causa de deficiência<sup>92</sup>, vai muito além dos limites deste caso. A maioria não analisa esta questão jurídica, pressupondo pura e simplesmente que a abordagem adotada pelo direito nacional “enquadrava-se nas normas internacionais (...)”<sup>93</sup>

46. Para concluir este ponto, o dilema mencionado pelo Governo constitui também um falso argumento porque existia e existem ainda meios para vigiar os doentes mentais em risco, hospitalizados, sem, para isso, ter de se construir cercas em torno do HSC. O Governo escolhe um modo binário de tipo quer/quer para o exame das medidas a que era possível recorrer: quer uma ausência total de vigilância, quer uma vedação à volta do HSC. Esta abordagem não só esquece a existência de soluções menos intrusivas, como também não oferece um justo equilíbrio entre os interesses concorrentes em jogo, a saber, o respeito pela liberdade de um doente mental hospitalizado e

---

88. Parágrafo 75 do acórdão.

89. Recomendação APCE 2091 (2016), 22 de abril de 2016, que a maioria não teve em consideração.

90. Resposta do Comité de Ministros à Recomendação (2091 (2016)), adotada em 9 de novembro de 2016.

91. Ver as observações finais do CPDH relativas ao relatório inicial de Portugal, de 30 de maio de 2016, parágrafo 33 b): o Comité solicita ao Estado parte que “retire (...) as disposições da legislação relativa à saúde mental que autorizam a privação de liberdade baseada na deficiência”.

92. A/HRC/34/32, parágrafos 29-33.

93. Parágrafo 117 do acórdão.

que apresenta um risco de suicídio, por um lado, e a obrigação que incumbe ao Estado de proteger a vida do referido doente, por outro.

### **A qualidade do processo interno**

47. A qualidade do processo interno não esteve à altura dos padrões do Tribunal, por diversas razões. Em primeiro lugar, nenhum tribunal interno fez referência à Convenção, que foi totalmente ignorada. Nem o tribunal de primeira instância nem o Supremo Tribunal Administrativo tiveram em conta, em momento algum, a Convenção ou a jurisprudência do Tribunal. Nenhuma das jurisdições internas aplicou o critério de proporcionalidade ou de necessidade relativamente à extensão da obrigação que incumbe ao Estado de proteger os doentes com perturbações psiquiátricas.

48. No seu recurso para o Supremo Tribunal Administrativo, a requerente referiu a utilização de técnicas de televigilância<sup>94</sup>. O argumento que esta invocou sobre a possibilidade de serem aplicadas estas técnicas não obteve resposta. No entanto, tanto o juiz dissidente do Supremo Tribunal Administrativo como o Procurador-Geral Adjunto consideraram que o HSC não tinha instituído um regime destinado a reforçar a supervisão de A.J.<sup>95</sup> nem outras medidas suficientes para prevenir ou atenuar o risco de suicídio.<sup>96</sup>

49. Em segundo lugar, o tribunal interno considerou provado que A.J. tinha deixado o edifício às 17h00, apesar da existência de testemunhos contraditórios sobre uma eventual ausência de A.J. a partir da hora do almoço, no dia 27 de abril. Com efeito, a testemunha S.P. afirmou que A.J. não tinha estado presente na hora do almoço, enquanto a testemunha A.D. declarou o contrário. Para terminar, o primeiro alterou o seu testemunho, com muitas hesitações (“embora esteja convencida de que A.J. não estava lá, não tenho a certeza”)<sup>97</sup>. O tribunal de primeira instância aceitou esta mudança de opinião sem verificar mais aprofundadamente a fiabilidade das afirmações da testemunha.

50. Em terceiro lugar, o tribunal interno não admitiu na sua decisão preliminar sobre os factos que tinha havido outras tentativas de suicídio,

---

94. Página 8 do acórdão do Supremo Tribunal Administrativo.

95. Página 4 do parecer do Procurador-Geral Adjunto.

96. O próprio Governo, nas suas observações perante a Câmara e a Grande Câmara (ponto 125 das observações do Governo perante a Câmara e ponto 17 da sua conclusão, e também ponto 94 das observações do Governo perante a Grande Câmara) refere-se à utilização de técnicas de televigilância. No seu recurso perante o Supremo Tribunal Administrativo, a requerente levantou igualmente a questão da ausência de dispositivos de contenção ou de medidas de vigilância especiais após o episódio do consumo excessivo de álcool e pediu que este facto fosse acrescentado aos factos provados. O Supremo Tribunal Administrativo considerou que “não existe[ia] qualquer razão para o acrescentar à base factual”, por uma razão muito formalista, ou seja, que não tinha sido corretamente invocado (ver acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, ponto 2.2 (iii), página 18).

97. Página 7 da primeira decisão sobre os factos, de 7 de janeiro de 2010.

apesar de duas testemunhas (a mãe e a irmã do falecido) as terem mencionado<sup>98</sup>. O tribunal interno não deu qualquer explicação para o facto de o processo clínico conter uma nota escrita que fazia referência a “múltiplas” tentativas de suicídio; não interrogou a pessoa que a tinha inscrito a fim de saber por que motivo e com que base o tinha feito.

51. Em quarto lugar, a requerente levantou a questão do carácter eventualmente incompleto do processo clínico, perante o órgão jurisdicional interno, mas o tribunal não considerou que esta questão fosse pertinente, uma vez que não tinha sido suscitada através de uma queixa oficial por falsificação do processo<sup>99</sup>. O tribunal interno tinha o poder de verificar se o processo clínico estava completo e não o utilizou por razões formais. Com efeito, o tribunal interno nem sequer analisou o processo clínico, uma vez que desconhecia completamente a existência das notas de avaliação dos riscos que continha.

52. Em quinto lugar, o tribunal de primeira instância invocou as normas da psiquiatria moderna, mas unicamente a favor do Estado e em detrimento da requerente. Fez uma descrição muito desigual e desequilibrada do estado da arte no que se refere às normas da psiquiatria moderna. Esta jurisdição interna simplesmente ignorou as normas estabelecidas pela OMS para os Estados e profissionais no domínio da prevenção do suicídio, especialmente nos hospitais e nos estabelecimentos de saúde. O nosso Tribunal não devia ter cometido o mesmo erro, mas foi o que fez. O Tribunal não pode, por um lado, tomar em consideração as normas estabelecidas pela OMS relativas à desinstitucionalização dos doentes mentais e, por outro, ignorar as normas da mesma OMS relativas à responsabilidade do Estado pela prevenção do suicídio, especialmente em instituições psiquiátricas.

53. O tribunal de primeira instância optou por uma abordagem radical, minimalista e não intervencionista sobre a obrigação do Estado de proteger a vida dos doentes em estabelecimentos psiquiátricos públicos e não seguiu a abordagem equilibrada preconizada pela OMS. Com efeito, o tribunal de primeira instância subscreveu a opinião radical expressa no relatório da perícia médica de 27 de setembro de 2006 que lhe foi submetido<sup>100</sup>. Este relatório até fazia o elogio da possibilidade de suicídio! Terminava numa apologia do suicídio, que apresentava como um ato de “liberdade e de libertação”. Depois de ter afirmado que a “prevenção do suicídio nestes pacientes [era] uma tarefa impossível”, o perito acrescentava:

“Para muitos indivíduos com tendências suicidas, este momento (do suicídio) é um momento único de liberdade e libertação. Como podemos impedi-lo em termos absolutos? Na realidade, quem quer renunciar a essa possibilidade? Há muitas pessoas

---

98. Página 5 da primeira decisão sobre os factos, de 7 de janeiro de 2010

99. Página 10 da primeira decisão sobre os factos, de 7 de janeiro de 2010.

100. Parágrafo 33 do acórdão.

que estão lúcidas e felizes hoje e que não gostariam de renunciar a tal possibilidade (de se suicidar)<sup>101</sup>”.

Concluindo também que é “impossível” prevenir o suicídio num doente como A.J.<sup>102</sup>, a Grande Câmara copiou-colou este mesmo relatório que tinha feito a apologia do suicídio. O mesmo relatório que tinha referido: “não podemos responder de forma mais detalhada, pois não tivemos acesso aos documentos que descrevem as circunstâncias do suicídio”. Lamento que, mais uma vez, a consciência da Europa se tenha juntado a esta cultura da morte, chegando mesmo a sugerir que o direito de “tomar racionalmente a decisão de pôr fim à sua vida” relevava do artigo 2.<sup>º</sup><sup>103</sup>.

54. O Supremo Tribunal Administrativo não corrigiu as insuficiências do tribunal de primeira instância. Na verdade, nem sequer se interessou pelas normas da psiquiatria moderna. A parte do seu acórdão dedicada à “análise dos fundamentos de recurso” é bastante sucinta - tem apenas três páginas - e limita-se a carimbar a sentença proferida em primeira instância, recorrendo a longas citações extraídas desta sentença que não acrescentam valor<sup>104</sup>. Não diz uma única palavra sobre o critério da proporcionalidade ou da necessidade, contrariamente ao que impõe o direito constitucional interno, de acordo com os artigos 18.<sup>º</sup> e 24.<sup>º</sup> da Constituição, bem como o direito da Convenção, de acordo com o artigo 2.<sup>º</sup>, parágrafo 2, da Convenção.

55. Por outras palavras, a qualidade do processo interno deixa muito a desejar. A violação do artigo 2.<sup>º</sup> na sua vertente processual vai muito além da crítica muito limitada que a maioria formulou<sup>105</sup>.

## Conclusão

56. Em resumo, neste caso, o Tribunal envia uma vez mais uma mensagem decepcionante no que se refere às obrigações que incumbem ao Estado de prestar cuidados de saúde a uma categoria de pessoas vulneráveis, como os doentes internados em instituições psiquiátricas. Baseando-se numa apreciação errada do contexto jurídico e factual em que se inscreve o caso, bem como numa leitura errada da própria jurisprudência do Tribunal, a maioria aplica ao caso do infeliz A.J. um tratamento diferente daquele que tinha aplicado nos casos *Renolde* e *De Donder e De Clippel*, dando

101. O relatório pericial é citado no parágrafo 33 do acórdão, mas a maioria da Grande Câmara não considerou necessário incluir essas frases no referido parágrafo.

102. Parágrafo 131 do acórdão.

103. Parágrafo 124 do acórdão. Esta cultura teve a sua apoteose no acórdão *Gross* c. Suíça, n.º 67810/10, parágrafo 60, 14 de maio de 2013, que se seguiu ao acórdão *Haas* c. Suíça, n.º 31322/07, parágrafo 51, TEDH 2011. Na medida em que o acórdão *Gross* não transitou em julgado e em que a Grande Câmara declarou, em 30 de setembro de 2014, que a queixa era abusiva, as conclusões da Câmara tornaram-se inválidas.

104. Ver do final da página 22 à página 24 do acórdão tal como traduzido para inglês no processo.

105. Parágrafo 139 do acórdão.

fortemente a impressão de que há dois pesos e duas medidas. Pior ainda, é evidente a parcialidade adotada quanto ao direito e à prática internacionais no domínio da saúde, na medida em que a maioria toma em consideração a tendência favorável à liberdade dos doentes que sofrem de perturbações mentais, mas esquece-se de ter em conta as vozes contrárias, que legitimam um maior envolvimento do Estado na prevenção do suicídio, especialmente no que se refere às pessoas que estão sob o seu controlo e, mais ainda, aos doentes internados em instituições psiquiátricas.

No atual contexto político na Europa, este acórdão talvez não surpreenda ninguém. Acalento a esperança de que, um dia, ele venha a ser infirmado, quando os ventos políticos tiverem mudado. No entanto, receio que, entretanto, muitos doentes mentais com risco de suicídio morram apesar de a sua morte poder ter sido evitada, como no caso de A.J.