

2º CICLO

MESTRADO EM MEDICINA LEGAL

# A experiência e a perceção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo

Ruben Soares

**M**  
2019

Ruben Soares. A experiência e a perceção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo



A experiência e a perceção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo

Ruben Soares



Ruben Miguel Maia Soares

***A experiência e a percepção policial das interações com  
pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento  
compulsivo***

Dissertação de Candidatura ao grau de  
Mestre em Medicina Legal, submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel  
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Dra. Mariana Pinto da Costa

Categoria – Médica Psiquiatra

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas  
Abel Salazar da Universidade do Porto.

*“O conceito fundamental em volta do qual gravita a psiquiatria é o da Liberdade”*

*Henry Ey (1900-1977)*

## Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Mariana Pinto da Costa deixo o meu mais reconhecido agradecimento. Teve a coragem de embarcar nesta jornada comigo e, pese embora a longevidade do percurso, nunca desistiu de mim e sempre esteve disponível para ajudar. Devo-lhe a publicação de um artigo científico e a apresentação deste trabalho em vários congressos. O meu muito obrigado pela presença, compreensão, paciência e por ter sido essencial no meu processo de promoção e crescimento enquanto aluno.

À Professora Doutora Maria José Pinto da Costa quero agradecer toda a atenção que teve para com as minhas diversas necessidades durante o projeto e por, diversas vezes, ter-me dado a oportunidade de apresentar o meu trabalho a outros colegas.

Ao Mestrado de Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pelo financiamento da publicação do meu artigo e da minha participação no Congresso Mundial de Psiquiatria.

Ao Comando Nacional da Polícia de Segurança Pública, quero agradecer a cooperação no projeto e a disponibilização dos agentes.

Ao Comando Metropolitano do Porto, quero agradecer a oportunidade para acompanhar o processo de internamento compulsivo no terreno e a disponibilização de todos os meios necessários para o efeito.

Ao Comissário João Rodrigues Afonso, quero agradecer a amabilidade no acolhimento na 3ª Divisão Policial, aquando do meu estágio para observação do processo de internamento compulsivo, e pela sua incansável disponibilidade e interesse em cooperar, tanto na vertente teórica, ajudando às mais diversas reflexões sobre o tema, bem como na procura de mais operações onde eu pudesse estar presente.

A todos os participantes deste estudo, quero deixar o meu mais sincero obrigado pelo tempo disponibilizado e pela partilha de informação.

À minha colega Diana Moreira, pela sua disponibilidade em ler e comentar a versão final desta tese.

Ao meu padrinho, José Ferreira, por ter-me suscitado o “bichinho” pelas Ciências Forenses.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial ao meu núcleo de proximidade, pelo incentivo, apoio e interesse na evolução do projeto.

Aos meus pais e irmãos quero agradecer todo o apoio, atenção, compreensão e incentivo ao longo deste percurso.

À Rita Oliveira e à Carolina Oliveira quero agradecer a compreensão na cedência da minha presença e o apoio dado no alcance dos meus objetivos.

Termino os meus agradecimentos com um agradecimento especial ao meu avô Joaquim e à minha avó Glória, a quem devo muito daquilo que sou, que embora tenham testemunhado o início deste percurso não presenciarão o seu término.

A todos vós, um grande bem-haja e obrigado!

## Resumo

De acordo com a legislação portuguesa, os agentes policiais são o elo de ligação entre a segurança e o tratamento das pessoas com doença mental sujeitas a internamento compulsivo. As perceções dos agentes policiais resultam, em parte, das suas características individuais e podem influenciar a sua capacidade para lidar com estes doentes que estão sujeitos a transporte para internamento compulsivo. Todavia, muito pouco é conhecido sobre a experiência policial neste processo.

Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas para explorar as experiências e perceções dos agentes policiais do Comando Metropolitano da Polícia de Segurança Pública (PSP) do Porto. As entrevistas foram áudio gravadas, transcritas e analisadas por análise temática.

Dez agentes de polícia concordaram em fazer parte deste estudo. Os agentes policiais entrevistados consistiram em nove homens e uma mulher, tinham uma média de tempo de serviço de 22.6 anos e todos tinham mais de 10 anos de serviço. As entrevistas evidenciaram que a atividade policial ao abrigo da Lei de Saúde Mental é ajustada à pessoa com doença mental que necessita de tratamento psiquiátrico. Os agentes policiais procuram ajustar o seu comportamento por forma a prover aos doentes mais atenção, conforto e empatia. Porém, os agentes policiais descrevem estas interações como as que mais tempo lhes consome e as mais desafiantes. É importante salientar que, os agentes policiais reconhecem que os elementos familiares representam um fator crucial na sua atividade dando-lhes acesso direto aos doentes e informação sobre estes. Os agentes policiais percecionam as pessoas com doença mental como imprevisíveis, perigosas e sem discernimento e identificaram alguns aspetos do processo de internamento que poderiam ser melhorados, tal como o tempo de espera para avaliação/decisão/proceder com o internamento. Os agentes policiais sentem a necessidade de ter mais apoio especializado aquando do contacto com estes doentes.

Este estudo descreve as perceções e experiências dos agentes policiais no processo de internamento compulsivo e identifica áreas que necessitam de otimização. Estes resultados ajudam a aumentar a consciencialização sobre as necessidades dos agentes policiais, aprimorando o processo e assegurando uma intervenção mais humana e eficiente.

**Palavras-chave:** Experiência; Doença Mental; Agente Policial; Coerção; Tratamento.

## **Abstract**

In Portuguese law, police officers are the link between security and the treatment of people with serious mental disorders who require compulsory admission. The perceptions of police officers are in part based on their individual characteristics, and may influence their capability in managing patients they are transporting to compulsory admission. However, little is known about police officers experience of this process.

In-depth semi-structured interviews explored the experiences and perceptions of police officers from Porto Police Department in Portugal. All interviews were audio recorded, transcribed and analysed through thematic analysis.

Ten police officers agreed to take part in this study. The interviewed police officers consisted of nine men and one woman, had an average length service of 22.6 years and all had more than 10 years of service. The interviews highlighted that the activity of the police under the Mental Health Law is adjusted to the mental ill person that requires psychiatric treatment. The police officers reportedly adjusted their behaviour to give patients more attention, comfort and empathy. However, they describe these interactions as one of the most time consuming and challenging activities for the police. Importantly, they acknowledged family members as crucial for police officers to be able to gain direct access to patients and information about them. Police officers showed to perceive people with mental illness as unpredictable, dangerous and without discernment, and identified some aspects of the process that could be improved, such as hospital waiting times for evaluation/ decision to proceed to compulsory admission. Police officers felt they required more skilled support to deal with unwell patients.

This study highlights the perceptions and experiences of police officers about the process of compulsory admission, and identifies areas of unmet needs. These results help to raise awareness of their needs, improving this process, and ensuring a more humane and effective approach.

**Keywords:** Experience; Mental Illness; Police Officer; Coercion; Treatment.

## **Lista de abreviaturas**

**a.C.** - Antes de Cristo

**Art.º** - Artigo

**C.A.** - Código Administrativo

**CIT** - *Crisis Intervention Team*

**CRP** - Constituição da República Portuguesa

**d.C.** - Depois de Cristo

**e.g.** - *exempli gratia*

**Etc.** - *etcétera*

**GNR** - Guarda Nacional Republicana

**i.e.** - *id est*

**IAP** - Instituto de Assistência Psiquiátrica

**Ibid.** - *Ibidem*

**IC** – Internamento Compulsivo

**LSM** - Lei de Saúde Mental

**N.º** - Número

**Pág.** - Página

**PCP** -Partido Comunista Português

**PSP**- Polícia de Segurança Pública

**Séc.** - Século

**STJ** - Supremo Tribunal de Justiça

**VS** - *versus*

# Índice

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
<b>PERGUNTA CIENTÍFICA.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<i>ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA MENTAL.....</i>	<i>4</i>
<i>A doença mental nas Primeiras Civilizações.....</i>	<i>4</i>
<i>A doença mental na Antiguidade Grega .....</i>	<i>5</i>
<i>O paradoxo da Idade Média.....</i>	<i>8</i>
<i>Da Idade Moderna ao desenvolvimento institucional da Idade Contemporânea .....</i>	<i>10</i>
<i>EVOLUÇÃO DO PROCESSO LEGISLATIVO PORTUGUÊS: O QUE NOS DIZEM AS LEIS?.....</i>	<i>16</i>
<i>As primeiras edificações psiquiátricas Portuguesas.....</i>	<i>16</i>
<i>Inexequibilidade legal inicial .....</i>	<i>20</i>
<i>Vanguardismo português.....</i>	<i>22</i>
<i>As bases da saúde mental comunitária .....</i>	<i>24</i>
<i>DA PROPOSTA DE LEI Nº 121/VII À LEI 36/98 .....</i>	<i>28</i>
<i>A LEI DE SAÚDE MENTAL, LEI N.º 36/98, DE 24 DE JULHO – ANÁLISE, REFLEXÃO E PLANOS PARA O FUTURO .....</i>	<i>30</i>
<i>A Constitucionalidade da Lei de Saúde Mental.....</i>	<i>30</i>
<i>Anomalia psíquica no Direito Civil e Penal.....</i>	<i>31</i>
<i>Princípios gerais da Lei de Saúde Mental.....</i>	<i>32</i>
<i>Sobre os pressupostos para internamento.....</i>	<i>34</i>
<i>O internamento de Urgência.....</i>	<i>37</i>
<i>A saúde mental até 2020.....</i>	<i>38</i>
<i>A INTERVENÇÃO POLICIAL .....</i>	<i>43</i>
<i>O contexto das interações .....</i>	<i>43</i>
<i>Explorando a problemática .....</i>	<i>45</i>

<i>A resposta ao problema dos encontros trágicos</i> .....	48
<b>MÉTODOS</b> .....	<b>51</b>
RECRUTAMENTO E PARTICIPANTES .....	51
RECOLHA DE DADOS E ANÁLISE .....	51
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
A ATIVIDADE POLICIAL E O INTERNAMENTO COMPULSIVO .....	54
<i>A importância da Lei</i> .....	55
<i>O primado da ajuda ao doente</i> .....	55
<i>A atividade operacional moldada pela condição de doente</i> .....	56
<i>A presença policial conta</i> .....	56
<i>Instrumentalização policial</i> .....	56
IMPORTÂNCIA FAMILIAR NO PROCESSO DE INTERNAMENTO COMPULSIVO .....	57
<i>Facilitador de acesso ao doente</i> .....	58
<i>Fonte de informação</i> .....	58
TRIÁDE DO SUCESSO .....	59
<i>Obter conhecimento sobre o doente</i> .....	60
<i>Construir relacionamento</i> .....	60
<i>Ser paciente, não precipitado</i> .....	60
PERCEÇÕES SOBRE DOENÇA MENTAL .....	61
<i>Ciclicidade</i> .....	62
<i>Crenças sobre pessoas com doença mental</i> .....	62
MELHORAR A REALIDADE DO INTERNAMENTO COMPULSIVO .....	63
<i>Desencontro entre a segurança e a saúde</i> .....	63
<i>Aspectos negativos resultantes da intervenção policial</i> .....	63
<i>Dificuldades policiais</i> .....	64
<i>Outras soluções</i> .....	64
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>67</b>
PONTOS FUNDAMENTAIS DO ESTUDO .....	67
COMPARAÇÃO COM A LITERATURA .....	68
IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA, POLÍTICAS E INVESTIGAÇÃO .....	72
PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES .....	75
<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>76</b>
<b>DECLARAÇÃO ÉTICA</b> .....	<b>77</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>78</b>
ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO ICBAS .....	78
ANEXO 2 – PARECER DO COMANDO NACIONAL DA PSP .....	79
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>80</b>
APÊNDICE 1 – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE .....	80
APÊNDICE 2 – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	82
APÊNDICE 3 - VINHETA .....	83
APÊNDICE 4 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	84
APÊNDICE 5 – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	85
APÊNDICE 6 - SISTEMA DE NOTAÇÃO.....	86
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>98</b>

## Índice de Figuras

Ilustração 1 - Esquematização da evolução do processo legislativo português. ....	42
Ilustração 2- Os principais fatores de confrontação.....	47

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Temas e subtemas.....	53
Tabela 2- Citações sobre a atividade policial e o internamento compulsivo .....	54
Tabela 3- Citações sobre a importância familiar no processo de internamento compulsivo .....	57
Tabela 4- Citações sobre a tríade do sucesso .....	59
Tabela 5- Citações sobre as percepções sobre a doença mental.....	61
Tabela 6 - Citações sobre o melhoramento da realidade do internamento compulsivo ....	65

## Enquadramento teórico

O internamento compulsivo e o tratamento compulsivo de pessoas com doença mental grave são matérias de intenso debate no domínio psiquiátrico, dadas as implicações que tais medidas têm na vida das pessoas, especialmente sobre as suas liberdades individuais [1]. O tratamento compulsivo é eticamente desafiante e está associado ao medo, exclusão e à perda de autonomia do doente [2, 3]. Os pressupostos para a concretização da medida de internamento dependem dos enquadramentos legais de cada país [4]. Todavia, pressupõe-se que o doente é incapaz de compreender a deterioração da sua saúde mental e da necessidade de tratamento adequado [5]. A maioria dos profissionais em saúde mental desaprova a utilização de medidas coercivas, porém reconhecem a eficiência na adesão ao tratamento [6]. A bibliografia sugere que a maioria dos doentes internados compulsivamente compreende que aquando do seu internamento não se encontravam bem e que a intervenção coerciva possibilitou a sua recuperação [7]. Não obstante, há doentes que percecionam o internamento como uma experiência negativa [7, 8], vivenciando-o como uma intrusão à sua integridade física e à sua liberdade [3]. Esta dicotomia de experiências promove a consciencialização sobre os sentimentos ambivalentes dos doentes para com o seu internamento compulsivo.

Os agentes policiais são dos primeiros profissionais a lidar com pessoas que requerem internamento compulsivo, porém estas interações apresentam por vezes consequências trágicas [9], especialmente para o doente, resultando em contusões, lacerações, ossos partidos [10] e por vezes a morte do doente [11]. A experiência dos agentes policiais, bem como as suas características individuais desempenham um papel importante na sua capacidade para responder eficientemente à intervenção [12]. Desta forma, a formação e o contacto com os doentes são estratégias eficientes para modificar as perceções e as atitudes que os agentes têm sobre os doentes [13, 14]. Contudo, alguns agentes policiais referem que não são suficientemente capacitados para lidar com pessoas com doença mental grave [11, 15], sentindo-se incapazes de identificar sintomas da doença mental ou lidar com o comportamento hostil ou psicótico dos doentes [7, 16].

No plano legislativo português a Lei de Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de julho, 1998) estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica grave [17]. Esta atribui

aos agentes policiais um papel nuclear e ativo no acompanhamento de pessoas com doença mental, como está consignado no artigo 23º, com a epígrafe “**Condução do Internando**”. De acordo com o descrito neste artigo, os agentes policiais são os responsáveis pela condução de pessoas com anomalia psíquica grave, até ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local onde se iniciou a condução, através de mandado ou sem este, quando pela situação de urgência e de perigo na demora não seja possível a sua emissão prévia. Como tal, os agentes policiais são o elo de ligação entre a segurança e o tratamento de portadores de anomalia psíquica grave.

Entre 1999 e 2007 a percentagem de internamentos compulsivos no *Hospital de Magalhães Lemos* aumentou significativamente. Em 1999 a percentagem de internamentos compulsivos representava 1.5% (23 internamentos) do total de internamentos, e em 2007 essa percentagem era de 7.2% (225 internamentos). Quando comparados estes valores com os do *Hospital Júlio de Matos* verifica-se que, aqui, os valores percentuais são consideravelmente mais elevados, com 5.53% (94 internamentos) de internamentos compulsivos em 1999 e 15.31% (268 internamentos) em 2007 [18]. O internamento compulsivo pode ser iniciado utilizando diferentes artigos da Lei de Saúde Mental, o que implica que a polícia pode ser, ou não, envolvida no processo consoante o artigo que é evocado. Entre 2008 e 2010, 93.2% de todas as admissões compulsivas, em ambos os hospitais, foram realizadas evocando o artigo 22º [19], do internamento compulsivo de urgência, significando isto, que a polícia é constantemente envolvida no internamento compulsivo de doentes psiquiátricos.

Desta forma, torna-se clara a importância da atividade policial no processo de internamento compulsivo e do envolvimento no tratamento do doente. Todavia, o binómio agente policial – pessoa com doença mental, na problemática portuguesa do internamento compulsivo, não havia sido estudado.

## **Pergunta Científica**

Pelo exposto, a pergunta que surge e que este trabalho procura responder é:

**Como é que os agentes policiais portugueses experienciam e percecionam as suas interações com pessoas com doença mental grave aquando da condução destas para internamento compulsivo?**

A falta de conhecimento nesta área requer a priorização do seu estudo, por ser matéria de interesse público e por, inegavelmente, promover serviços de saúde mental mais dignos e justos.

## **Introdução**

### ***Enquadramento Histórico da Evolução da Doença Mental***

#### **A doença mental nas Primeiras Civilizações**

A história da doença mental tem a sua génese com a história da humanidade, onde desde sempre se procurou explicar, ordenar e encontrar as causas e relações para os fenómenos comportamentais observados.

O compromisso da sociedade civil no tratamento da doença mental, ao longo da História, tem sido oscilante, por vezes a favor, com a implementação de políticas e estratégias para a resolução do problema, outras vezes negligenciando e colocando o problema da saúde mental em plano inferior. O mesmo acontece com a origem da doença mental que, entre outras, já se pensou como sendo possessão do demónio, reversão para um nível de consciência animalesco, um estado pecaminoso da alma, desequilíbrio químico ou como alteração genética [20].

O Homem pré-histórico já reconhecia e valorizava expressões da doença mental imputando-lhe causas sobrenaturais. As civilizações do Próximo Oriente elaboraram o primeiro esquema de classificação médica. Os médicos egípcios identificaram doenças como a epilepsia ou a histeria. O povo hebreu via as doenças como uma punição de Deus, mas recusava a ideia de possessão demoníaca. Para este povo, os aspetos físicos e psicológicos eram tidos como indissociáveis e o *Talmude* não faz a distinção da “higiene mental” da limpeza física, dieta e de rituais [20].

Na Índia, China e Japão desenvolveram-se noções sobre fisiologia e patologia. Em paralelo eram desenvolvidas concepções místicas, que exploravam a relação entre o corpo e a mente, alma individual e universal, o sono, os sonhos e os estados alterados de consciência, o relaxamento e a meditação [20].

Na Grécia Arcaica eram os sacerdotes que cuidavam dos doentes, em particular nos santuários dedicados a Asclépio (Deus da Medicina). As asclepiadas eram dietistas, farmacêuticas, musicoterapeutas e psicoterapeutas, contudo estes sacerdotes especializavam-se em curar feridas e doenças agudas, mas os *loucos*

despertavam especial interesse sendo uma categoria de eleição, pela associação mágica e religiosa [21].

Em suma, numa primeira fase da história da doença mental havia uma concepção mágico-religiosa deste estado patológico.

### **A doença mental na Antiguidade Grega**

A cultura e filosofia gregas são o precursor primário da nossa estruturação social e jurídica. A denominada “exclusão da culpa” (não responsabilização criminal devido à presença de doença mental), a utilização do asilo como local de descanso, serenidade e recuperação para a doença mental, a criação dos princípios básicos do consentimento informado, são oriundos da Grécia antiga [22].

Na antiga civilização grega imperava a concepção mágico-religiosa para a doença mental, conceito que progrediu e culminou até ao apogeu do santuário de Epidauro no século (séc.) IV a.C., mas é nela que surgem as primeiras explicações científicas para a doença. Entre as doenças surgem aquelas que são da alma e que assumem uma dualidade dimensional, filosófica e médica. A primeira porque está-se perante a alma e a segunda porque procura-se o estudo da doença. Assim surgiu a tradição médico-filosófica [21].

Os trabalhos de Hipócrates (460 – 377 a. C.), o pai da medicina, explicavam a doença mental como sendo orgânica e não como possessão pelo demónio. O local recomendado para a realização do tratamento de pessoas com doença mental deveria ser num asilo, um local seguro e protegido do caos e da poluição das grandes urbes, ao invés de serem chicoteadas em praça pública ou enclausuradas [22, 23]. Hipócrates defendia que o doente deve cooperar com o médico durante o seu tratamento, o que poderá significar a obrigação de todas as imposições médicas ou, por seu turno, que para haver cooperação entre o médico e o doente terá de haver consentimento [24].

Platão (429 – 347 a.C.) baseando-se em aspetos anátomo-fisiológicos elabora a sua teoria sobre a fisiopatologia, fazendo a distinção entre as doenças do corpo e da alma. A medicina Platónica encontra-se bastante atual e vai ao encontro de questões envolvidas no internamento compulsivo dos nossos dias. Tais questões evidenciam a

importância do meio social para a pessoa e para o desenvolvimento da sua doença, a origem orgânica para a patologia psíquica e que o tratamento deve ser apenas para os casos em que exista perigo para o próprio ou para terceiros [23]. Com Platão é já evidente que previamente a qualquer tratamento deve-se recolher toda a informação fundamental relativa à doença e, posteriormente, informar o doente sobre a sua doença. Após ser obtido o consentimento do doente é que se deve proceder ao tratamento [24].

No século (séc.) IV a.C., Aristóteles (384 – 322 a.C.) define o conceito legal do consentimento informado como as ações realizadas após informação, com racionalidade e sem coerção [23]. Para Aristóteles um ato voluntário só o é se dois requisitos estiverem presentes: a) a origem da ação está presente no sujeito, isto é, a ação ocorre devido à vontade do sujeito, às suas perceções e crenças; b) o agente tem de ter conhecimento relevante referente ao ato, ou seja, não deverá haver nenhuma informação importante de que o sujeito não seja conhecedor [25]. Atualmente, este conceito é utilizado no nosso enquadramento legal e na tomada de decisão em relação ao internamento e tratamento voluntário, em particular à capacidade de receber e compreender a informação, avaliar os riscos e benefícios da decisão e ser livre de coação [22]. Para além do consentimento informado, Aristóteles, evidenciava a importância de dois deveres do governo perante a sociedade: o de proteger os cidadãos dos perigos e lesão, e o de proteger aqueles que necessitavam de cuidados do tipo parental [23]. Estes dois princípios estão intrinsecamente ligados ao enquadramento legal da atividade policial no processo de internamento compulsivo.

Na Grécia antiga e posteriormente no império romano, a responsabilidade do tratamento e cuidado das pessoas com doença mental era da família ou de amigos próximos, não pertencendo ao Estado a responsabilidade social por estes doentes [20, 22, 26]. Apesar do contexto restrito dos cuidados, Roma possuía leis que permitiam nomear tutores para proteger o património dos *insanos* e declará-los legalmente incompetentes. Esta avaliação era da responsabilidade de um juiz e não de médicos [20, 26].

Em Roma, no século II d.C., Sorano de Éfeso, médico grego, acreditava que o corpo humano era constituído por átomos em constante movimento e que a doença surgia como um desequilíbrio destes [23]. Naquele tempo, o tratamento das pessoas com doença mental passava pelo enclausuramento em quartos escuros, chicoteamento, dietas carenciadas imitando o adestramento dos animais selvagens,

sangrias, embriaguez e indução de sono pela utilização de drogas e ópio [21, 22]. Esta forma de tratamento resultava, por um lado, da *vox populi* que rejeitava tudo o que lhe era diferente, e por outro, da escola estoica, que referia que cada um era responsável pela sua *loucura* e pelas suas paixões [21]. Sorano descartou este método, recomendando outro que passava pelo confinamento destes doentes em locais de luminosidade e temperatura adequadas, sempre em pisos térreos, para evitar tentativas de suicídio, dieta adequada e exercício físico regular. Recomendava ainda que as pessoas com doença mental fossem estimuladas intelectualmente, não só com a finalidade de tratamento, mas também para que fosse possível avaliar a progressão da doença [22]. O uso de medidas mais restritivas, medidas de contenção, apenas seriam utilizadas em caso de necessidade. Para tal, eram utilizados materiais em lã ou outros de textura suave, para evitar lesões [21, 22].

A medicina da Antiguidade sempre procurou tratar os seus doentes, numa variedade de opções terapêuticas disponíveis. Eram utilizados banhos calmantes, aplicação de cera e óleo para unções, esponjas quentes sobre os olhos ou baloiçar os doentes em camas suspensas, tudo isto com a finalidade de diminuir a excitação do doente, contribuindo ainda, a utilização da beladona, do meimendo ou do ópio. Todavia, não era apenas da alma que se procurava tratar, mas também do corpo. Para isto, eram utilizadas as sangrias, as ventosas, as sanguessugas e, em praticamente todos os tratamentos, a raiz de heléboro [21]. Também incluíam abordagens psicoterapêuticas como a dialética e as técnicas de questionamento socráticas. Todavia, apesar de haver uma valorização da razão, a terapêutica baseada em pressupostos místicos continuou a ser utilizada [20].

Esta era a resposta médica dada à pessoa com doença mental durante a Antiguidade, porém pouco é conhecido sobre a capacidade de cura destas medidas terapêuticas e, especialmente, sobre a resposta social, como por exemplo o grau de permissividade ou mediante que circunstâncias eram as pessoas sujeitas a internamento. Todavia, o tratamento destas pessoas era do encargo das famílias, uma vez que não havia nem hospitais nem asilos [21].

## O paradoxo da Idade Média

No mundo islâmico, fortemente influenciado pela religião, que defendia cuidados dignos para os doentes, e pela doutrina aristotélica, que rejeitava as crenças demoníacas como causa da doença mental, havia uma grande preocupação com os cuidados dados às pessoas com doença mental [26]. Os árabes foram pioneiros na promoção da construção de alas psiquiátricas nos seus hospitais, como em Fez (séc. VII), Bagdad (750), e no Cairo (873), assim como, asilos para pessoas com doença mental em Damasco (800) e Aleppo (1270) [20, 26].

Na primeira metade do período referente à Idade Média não houve uma notória reflexão teórica sobre a *loucura* em contraste com a fertilidade de pensamento da Antiguidade, sendo necessário aguardar-se até ao séc. XI quando chegam-nos as traduções do médico árabe Avicena e que devolve a reflexão à atividade médica [21].

Durante os primeiros cinco séculos da Idade Média a doença mental era bem aceite e tolerada, não havendo exclusão do doente e o seu enclausuramento era prática pouco frequente. Neste período, sob a influência do cristianismo, acreditava-se que o mundo era organizado de acordo com o desígnio de Deus e tudo obedecia à ordem divina [23]. A caridade e a assistência (*caritas* e *infirmis*) eram dois valores fundamentais da cristandade medieval. Segundo a regra de São Bento: “*Primeiro que tudo temos de preocupar-nos com a assistência aos enfermos, de maneira a servi-los exatamente como serviríamos a Cristo em pessoa*” [21]. Assim, os *insanos*, os retardados e os miseráveis eram considerados parte da sociedade [23].

É neste espírito de caridade e misericórdia que nasce o hospital (*hospitalis*), no sentido etimológico da palavra, casa onde se recebem hóspedes. Estes espaços multiplicaram-se rapidamente a partir do séc. XII e XIII, em conformidade com a expansão urbana. Em França, estes hospitais, também denominados de *hôtels-Dieu* ou *maisons-Dieu*, eram de tamanho modesto e procuravam auxiliar, principalmente, indigentes, peregrinos, mendigos e, uma ou outra vez, algum *insano*. Contudo, devido à elevada procura destes espaços, rapidamente ficaram lotados e limitaram ou até deixaram de receber qualquer doente incurável [21].

A especialização de locais destinados a receber pessoas com doença mental foi sendo idealizada, surgindo alguns hospitais que dedicavam espaços específicos para receber estas pessoas, contudo, durante este período, não é claro se existiram

ou não hospitais destinados a receberem exclusivamente pessoas com doença mental [21], contudo é frequentemente referido que o “primeiro hospital psiquiátrico” da Europa foi o de Valência, no ano de 1409 [20, 23].

A atitude cristã face à doença mental permaneceu ambígua. A maioria dos casos eram imputados a influências demoníacas, levando à rejeição ou encarceração dos doentes e nos casos em que as pessoas com doença mental eram mais agressivas o tratamento passava pelo uso do chicote, purificações pelo fogo, exorcismos, banhos sulfurosos, purgantes e sangrias [27], noutros, menos frequentes, eram vistos como bênção divina, o que obrigava a um cuidado diferenciado [20].

Apenas nos últimos séculos da idade média é que as pessoas com doença mental eram aprisionadas a mando administrativo. O local destinado para o efeito eram as torres da cidade que, a partir de então, passaram a ser denominadas de *Torre dos Loucos*. Estes locais não continham muitos doentes, frequentemente 1 ou 2, e eram, espaços consideravelmente degradados. A maioria das pessoas com doença mental, independentemente de apresentarem um comportamento agitado, violento, incendiário ou impúdico, permaneciam ao cuidado da família, em comunidades religiosas ou como o *louco da aldeia*, frequentemente fechados em algum estábulo ou jaula, negligenciados, e frequentemente tratados de forma desumana [20, 21, 23]. Os que viviam na cidade frequentemente juntavam-se aos mendigos, o que rapidamente tornou-se num sério problema social. A resolução passou pela expulsão destas pessoas para fora da cidade ou até mesmo para os países vizinhos [21].

Assim, o período correspondente à Idade Média assume-se como um momento histórico em que o auxílio familiar é primordial no tratamento dado à pessoa, mas ambíguo, por um lado, pelo desenvolvimento de locais capazes de receber os doentes representando, embora de forma ténue, o reconhecimento da necessidade da criação de espaços para acolher e tratar estas pessoas, e por outro, uma degradação crescente da dignidade da pessoa com doença mental e o início da exclusão social.

## Da Idade Moderna ao desenvolvimento institucional da Idade Contemporânea

No Renascimento, a doença mental era vista como alienação, diminuição, depravação ou perda de função mental, ou seja, a *loucura* passou a ser concebida como parte de um processo mental com tradução comportamental [27], mas o tratamento passava pela exclusão social. As pessoas com doença mental eram enclausuradas ou enviadas em embarcações marítimas. Neste período, desenvolveu-se a obsessão pela demonologia e as pessoas com doença mental eram incluídas nas torturas e inquéritos da Santa Inquisição [27]. Porém, é neste período que a doença mental começa a suscitar interesse a vários médicos [26].

O problema do pauperismo, herdado da Idade Média, torna-se no início da Idade Moderna um problema de ordem pública, levando à criação de hospitais nas capitais europeias mais populosas, para onde estas pessoas seriam levadas à força. Assim, é criado o Hospital Geral de Paris<sup>1</sup> que destinava-se a acolher, internar e alimentar, homens e mulheres incuráveis [21].

No Hospital Geral de Paris, em particular em *Salpêtrière*, para as mulheres, e em *Bicêtre*, para os homens, a situação surge de forma desorganizada e com um crescimento populacional acelerado. *Salpêtrière* recebia qualquer mulher de qualquer idade e de **doença incurável**. Apesar das *loucas* não surgirem nem no regulamento nem no édito de 1656 do Hospital Geral, elas eram lá albergadas desde a sua abertura e de imediato colocadas em isolamento [21]. A situação de *Bicêtre* era homotética à de *Salpêtrière*, contudo as condições de alojamento eram mais duras. Os *loucos* eram colocados em celas de dois metros quadrados, geralmente na cave, sem aquecimento e ventilação e, frequentemente, imobilizados com cordas ou correntes. Aqui, como em *Salpêtrière*, o apoio médico era precário não havendo tratamento médico diferenciado dos demais, isto porque, todos os que eram considerados curáveis eram transferidos para o *hôtel-Dieu*. As pessoas com doença mental apenas eram libertadas quando a sua conduta não dava azo a queixas, sendo obrigatório que o *insano* fosse visto quinzenalmente pelos médicos e cirurgiões da corte [21]. A intervenção médica na avaliação do doente demonstra o reconhecimento do estatuto médico da *loucura*.

---

<sup>1</sup> O Hospital Geral de Paris é edificado em 1557 na leprosaria *Saint-Germain*, que é reabilitada e chamada de *Hospital Saint-Germain*. O Hospital Geral é constituído pela *Pitié*, pelo abrigo *Faubourg Saint-Victor*, *Scipion*, *Savonnerie*, *Enfants-Trouvés*, pelo Hospital do Espírito Santo e, pelos dois maiores estabelecimentos, ***Salpêtrière*** e ***Bicêtre***; [21]. Quérel Claude, *História da Loucura - Da antiguidade à invenção da Psiquiatria Vol. 1. 2014: Edições Texto & Grafia. 27:passim.*

Apesar dos Hospitais Gerais serem as estruturas mais visíveis, é no setor privado, nas denominadas Casas de Força ou de Correção, que eram encerrados a maioria dos *loucos*. Não obstante, nenhuma destas casas era exclusiva para pessoas com doença mental, recebendo todo o tipo de pessoas indesejáveis para a sociedade [21]. A colocação numa Casa de Força tinha de ser realizada recorrendo a um instrumento legal, a ***lettre de cachet*** (carta com selo real, que continha uma ordem direta do rei, não sujeita a recurso nem intermediação). Inicialmente de iniciativa real, rapidamente tornou-se um instrumento de iniciativa particular e comunitária, isto pela sua rapidez e descrição, uma vez que as famílias que as requisitavam faziam-no sempre com carácter de urgência [21].

O pedido de internamento por *lettre de cachet* por *loucura* era requerido ao intendente da comunidade ou ao Ministro da Casa do Rei e tinha de ser **circunstanciado e coletivo** (requeria vários signatários), porém raros eram os pedidos que surgiam com certificação médica. Após a receção do pedido era instaurado um inquérito administrativo exigente que visava averiguar sobre a veracidade fatural do pedido. Apenas aqueles casos que já estavam condenados a alguma pena eram internados por via judicial, que era mais demorada e mais onerosa. Em todos os casos o limiar do internamento devia-se “*ao seu estado que não lhe permite o uso da sua liberdade*” ou ainda “*incapaz de governar-se só*”. A maioria dos pedidos de internamento por *loucura* invocava a perigosidade ou a perturbação de ordem pública, frequentemente associados ao consumo de álcool [21]. Toda a pessoa que fosse internada recorrendo à *lettre de cachet* ou a sentença judicial tinha o direito de reclamar<sup>2</sup> caso fosse sujeito a algum desregramento, dando especial ênfase aos casos de internamento abusivo. Esta possibilidade de recurso assume elevada pertinência para as pessoas com doença mental, dado que muitas delas eram mantidas cativos *ad eternum* e privadas de tudo. Contudo, e contrariamente aos outros utentes das casas de força, os *insanos* não tinham legitimidade na queixa, uma vez que os seus escritos eram julgados delirantes e frequentemente triados. Todavia, havia por parte das autoridades administrativas, Tenente-General da polícia, Procurador-Geral e dos Intendentes da província, um cuidado especial pelas pessoas com doença mental, realizando, pelo menos de forma anual, inspeções aos locais onde estes se encontravam, asseverando sobre a evolução da doença [21].

---

<sup>2</sup> Estes memorandos eram reportados a Versalhes ou ao Procurador-Geral do parlamento, caso a origem do internamento fosse por *lettre de cachet* ou por sentença judicial, respetivamente, originando um inquérito administrativo.[21]. Ibid.

Deve-se considerar que todas as medidas implementadas não visavam exclusivamente as pessoas com doença mental, mas antes combater a mendigagem. Devido à falta de estruturas capazes de albergar todas as pessoas foram criados os **Depósitos de Mendigos**, estando destinados a recolher todos os **mendigoss válidos**, porém muitas pessoas com doença mental eram lá colocadas devido à sua condição social débil. A tarefa de colocação das pessoas nestes locais era da responsabilidade das brigadas de *Marechaussée* [21].

Assim, verifica-se que a patologia mental, por si, não promovia os encontros com a autoridade policial, mas antes a condição social da pessoa. Ademais, a inclusão da polícia no controlo social das pessoas com doença mental não é uma problemática contemporânea, mas sim um legado histórico.

A forma como as pessoas com doença mental eram tratadas e acolhidas provocou preocupação, alarmismo e opróbrio perante a falta de resposta estatal, em especial com o surgimento da corrente filantrópica, que caracterizava-se por uma repugnância inata ao sofrimento do próximo [21]. Este espírito reformista reconhecia que os hospitais eram instrumentos importantes para o tratamento dos *loucos*, contrariamente ao que se passava com os outros doentes em que o hospital era um meio de auxílio. Intentava modificar os locais e as condições onde as pessoas com doença mental eram internadas, dando importância aos espaços que deviam ser limpos, arejados, amplos e adequados às *diferentes espécies de loucos*, assim como, a alimentação que devia ser adaptada, a implementação de rotinas e as visitas regulares dos oficiais de saúde. Todavia, atestar a *loucura* era da responsabilidade do Juiz [21].

Esta forma de abordar a problemática das pessoas com doença mental indicia o reconhecimento das diferentes manifestações da doença e da diferenciação e personalização do tratamento, assim como o reconhecimento da responsabilidade estatal para com as pessoas com doença mental e para relevância do relatório médico.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, determina no seu artigo 7º que “*Nenhum homem pode ser acusado, retido ou preso, senão nos casos determinados pela Lei, e de acordo com as formas por esta prescritas.*” [28]. Isto leva à abolição das *lettres de cachet* que, por sua vez, criou um vazio legal relativamente ao internamento, o que promoveu a colocação das pessoas com doença mental em

“depósitos de segurança”, embora de forma provisória, até que fosse atestada a sua *loucura* por um tribunal e, por conseguinte, a sua colocação num asilo [21].

É no final do séc. XVIII que é atribuído o nascimento da psiquiatria, em especial com os trabalhos desenvolvidos por Philippe Pinel, que é tido como aquele que aboliu os métodos terapêuticos brutais a que estavam sujeitos os *alineados*. Pinel foi fundamental na mudança da percepção que existia sobre a doença mental, a pessoa com doença mental e a forma como estas pessoas deviam ser tratadas. Devolveu ao *louco* o seu estatuto e dignidade enquanto sujeito e quebra a linha de pensamento da época afirmando que os *loucos* são pessoas que não são alheios ao que lhes acontece. Esta asserção coloca a tónica na razão do doente, assumindo que a doença mental não é uma perda total da razão, podendo assim o médico entrar numa relação com a razão do *alienado*. Reconhece ainda a importância do meio para a recuperação do doente, devendo este ser da maior humanidade [21].

Noutros países da Europa, por exemplo, em Inglaterra, em 1808 foi implementada a Lei *Country Asylum Act*, que autorizava a edificação nos seus condados de asilos para *alienados* indigentes. Todavia, a medida não apresentou resultados levando, em 1845, à implementação de uma nova Lei, *Lunatic Asylum Act*, que tornava obrigatória a existência de um asilo público em cada condado [21].

Apesar da inexistência de legislação sobre a forma de admissão, em Inglaterra, desde o século XIV que as pessoas com doença mental tinham um local especializado para serem colocadas, o *Bethlem Royal Hospital of London*. Aqui, o tratamento passava por um misto de punição, enclausuramento e devoção religiosa [29]. Porém, a sobrelotação levou a que houvesse doentes acolhidos um pouco por todo o país nas mais diversificadas condições, desde as prisões a pensões pagas, impondo-se a necessidade de construção de mais locais, não só para acolher, mas também para tratar os *loucos* [29]. Assim, surge o *St Luke's Hospital for Lunatics*, hospital privado [30], que via no *management* (conduta, governo, gestão) o ponto fundamental do tratamento da doença mental, em agregação com o tratamento asilar, fora da patogenia do meio onde o doente estava inserido [21].

Em 1796, em York, que nasce o *The Retreat*. Procurava ser um estabelecimento humanitário distanciando-se de todos os modelos instaurados (hospitalar, asilar, prisional) [31]. Desta forma tornar-se-á, em 1815, uma instituição de referência. Este estabelecimento destinava-se exclusivamente a receber *pessoas*

*insanas* e a providenciar-lhes tratamento, com especial ênfase ao tratamento moral. Aqui, o tratamento moral é dividido em três partes [21]:

- a) **Autocontrole**: o domínio da pessoa, o trabalho, a religião e a vida regrada são fundamentais;
- b) **Coerção**: confinamento à cama num quarto escuro, alimentação forçada para aqueles que se recusem a comer, correntes de couro e coletes de contenção para os mais agitados, todo o processo é acompanhado de um discurso persuasivo;
- c) **Reconforto e consolo**: adaptação do diálogo a cada doente, desenvolvimento de atividades que procurem a socialização e as visitas de amigos (que são exclusivas dos convalescentes).

O séc. XIX europeu é fecundo na implementação de determinações legais, evidenciando a importância médica e edificação asilar para a assistência aos *alienados*. Atente-se ao que se passou um pouco por toda a Europa. Na Bélgica, em 1873 surge a Lei de 28 de dezembro de 1873 que determina que o médico é o responsável pelo asilo, porém a escolha é dependente do Ministério da Justiça, e cria no setor público a prestação de serviços em regime aberto. Nos Países Baixos, a assistência aos *alienados* é dada, primordialmente, pelas instituições de cariz religioso, em especial a protestante e a cristã. Na Escandinávia a custódia e o auxílio dos doentes era da responsabilidade do estado. Na Alemanha, o tratamento das pessoas com doença mental era dado pelas comunas onde cada hospital tinha ala própria para *alienados*. Contudo, as primeiras normas alemãs específicas para as pessoas com doença mental surgem apenas em 1949. Na Áustria, o primeiro asilo é construído em 1853. Já na Suíça é dada independência administrativa e financeira a cada cantão, que entre 1830 e 1900 vai construindo asilos. Na Itália, durante o séc. XVIII é implementada uma Lei especial para os *alienados*, na Toscana, sendo a admissão e a saída controlada por um juiz. Em 1876, Andrea Verga, defende a necessidade de legislar sobre a matéria dos *alienados*, originando a Lei de 14 de fevereiro de 1904, tendo por referência a Lei francesa, e que determina que o diretor do asilo tem de ser médico. No caso espanhol, a Lei de 1822, baseada no modelo francês, não chega a ser aplicada, sendo as políticas públicas ineficazes [32].

Como se verifica, as medidas adotadas para a prestação de auxílio às pessoas com doença mental, no contexto europeu, variam consideravelmente de país para país, espelhando as inúmeras dificuldades na criação de disposições legais eficientes,

na edificação de equipamentos adequados ao tratamento e no entendimento holístico sobre a doença mental. A importância médica não é devidamente considerada, como é demonstrado pela fraca importância atribuída ao diagnóstico. A resposta social era parca em medidas eficientes e que promovessem a separação da doença mental da mendigação e da criminalidade. A criação de vazios legais, relativos ao internamento contra a vontade, promoveu a colocação destas pessoas na “terra de ninguém” e por tempo indeterminado.

O caso português acompanha o processo europeu em termos de dificuldade de implementação legal e, mais acentuadamente, na edificação de locais apropriados a receber pessoas com doença mental, sendo o ponto de viragem português dado em 1844 após a viagem de Bernardino António Gomes pelos asilos europeus onde este verifica a debilidade da assistência pública portuguesa.

## ***Evolução do processo legislativo português: O que nos dizem as Leis?***

### **As primeiras edificações psiquiátricas Portuguesas**

O internamento de pessoas com doença mental em Portugal, até à abertura do Hospital de Rilhafoles, era realizado em condições incertas e muito pouco dignas, sendo a partir de meados do séc. XIX que o assunto desperta maior interesse de médicos, intelectuais e políticos. Não obstante, em fevereiro de 1539, no reinado do Rei D. João III, é nomeado, por este, o padre Pedro Fernandes de Gouveia como “*curador de todos os doentes fora do seu siso*” que no Hospital de Todos-os-Santos fossem recebidos [27, 33]. Esta nomeação demonstra, embora timidamente, a preocupação que existia em dar alguma resposta à problemática da doença mental.

Após o terramoto de Lisboa, em 1755, os *loucos* passaram por várias instalações provisórias (fossos de fortificações, calabouços, cocheiras) até à reconstrução do Hospital do Rossio, em 1763, em que lhes foi destinada a enfermaria de S. João de Deus [27].

A partir de 1763 até 1850, data da abertura do Hospital de Rilhafoles, os *alienados*, na sua maioria indigentes, eram colocados no Hospital Nacional e Real de S. José. Todavia, a colocação abusiva, a sobrelotação e a despesa associada, levaram à necessidade de regular as admissões. Para tal, de acordo com a Portaria 18 de novembro de 1842, o poder administrativo, auxiliado pelos *Facultativos*, era responsável pelo processo de admissão ao Hospital Real de São José e pela coordenação da inspeção. Aquele consistia na realização de **exame comprovativo de alienação mental**, o qual era **imperativo** para a admissão, conjuntamente com a averiguação de incapacidade familiar para albergar e cuidar do doente [34]. Este processo de admissão foi facilitado em 1844, pela Portaria 07 de agosto de 1844, através da remoção da obrigatoriedade de exame prévio a atestar sobre a *alienação* do doente, para todos os doentes do concelho de Lisboa [35].

Em Portugal, à semelhança com o que se passava um pouco por toda a Europa, a evidência histórica demonstra que a criação de espaços destinados a receber as pessoas com doença mental não pretendia salvaguardar a assistência ao doente, mas antes uma tentativa de resguardar a sociedade do contacto com estas pessoas [21, 36].

A aspereza das descrições sobre os locais e a forma animalesca como as pessoas com doença mental eram tratadas exprimem cabalmente o pensamento português, à época, do que estas pessoas significavam para a sociedade.

Atente-se à exposição do Duque de Saldanha (Ministro do Reino) aquando de uma inspeção [37]:

“ (...) Não me é possível achar termos adequados que possam exprimir o horror que me causou o estado em que encontrei os alienados... as prisões de feras em todos os pátios de bichos que tenho visto são habitações magníficas, comparadas com os cárceres em que penavam os infelizes alienados (...).”

Ora, a par com as descrições sobre a situação das pessoas com doença mental e atentando aos Códigos Administrativos (C.A.) do séc. XIX, verifica-se que, no C.A. de 1837 não há qualquer referência sobre a pessoa com doença mental [38]. No C.A. de 1842, no artigo 249º, sobre a competência do Administrador do Concelho, na alínea XIII é determinado [39]: “**vedar a divagação de pessoas alienadas e animais malfazejos**”.

Assim, compreende-se a razão pela qual a dignificação da pessoa com doença mental não é concretizada em meio hospitalar, pois em termos administrativos são equiparados não a um qualquer tipo de animal, mas antes àqueles que são nocivos, prejudiciais e que causam dano.

Após a fundação do Hospital de Rilhafoles, os C.A. de 1870, artigo (art.) 279, ponto XIII [40], e 1878, art. 204, ponto 13º [41], não sofreram qualquer alteração, sendo verificada a mesma inclusão. Porém, há uma determinação da Rainha sobre a obrigatoriedade da Autoridade Administrativa **impedir a divagação de pessoas alienadas e de as proteger**, transportando-as para o Hospital de Alienados de Lisboa [42].

Apenas no C.A. de 1886 [43] é que o *alienado* assume um carácter distinto dos animais. Neste, no artigo 242º, referente às competências policiais do Administrador do Concelho, ponto 13º, “A policia para impedir a divagação de pessoas alienadas, fazendo-as recolher em algum estabelecimento apropriado, ou entregar a quem, segundo a lei, pertença tomar conta d’ellas”. No que respeita aos animais malfazejos, ponto 14º, “A policia para impedir a divagação de animais malfazejos, **providenciando para que sejam extintos**”. Aqui, o *alienado* para além de ter adquirido ponto próprio, diferenciando-se dos animais, é determinado o processo que deve ser executado

aquando da sua deambulação. Esta transformação evidencia uma evolução social/administrativa sobre a forma como a pessoa com doença mental era percebida e tratada. De salientar a inclusão da intervenção policial no processo de “recolha” e respetivo transporte para os locais apropriados.

O processo de admissão ao Hospital de Rilhafoles encontrava-se regulado pelo Decreto 7 de abril de 1851 [44] e complementado pela Instrução de 21 de abril de 1851 [45], onde é determinado que o Hospital de Alineados seria um **asilo vocacionado para o tratamento e cura dos alienados** de ambos os sexos de todo o Reino. Podiam ser admitidos os *alienados* indigentes curáveis e incuráveis, que pelas suas *propensões maléficas*, ou ações desonestas atentassem **contra a segurança dos cidadãos, ou ofendessem os bons costumes e a moral pública** [44, 45].

A admissão podia ser provisória ou definitiva. Era da responsabilidade da Administração Superior do Hospital o combate às arbitrariedades e atentados contra a liberdade, a fiscalização do processo de admissão, a asseveração da *alienação* de cada admitido e a averiguação das reclamações. Estava determinado um período máximo **de quinze dias para a observação do doente e para atestar sobre a sua doença** [44]. Este processo era completado, de acordo com a Instrução de 21 de abril, com um **certificado de alienação** realizado por um *Facultativo*, sem grau de parentesco com o doente, onde este atestava sobre o grau de *alienação* [45].

A falta de legislação capaz de regular eficientemente o processo de admissão promovia as colocações arbitrárias, uma vez que a única forma de regular as admissões era através do Regulamento do Hospital de Rilhafoles [45]. Isto facilitava o processo, promovia a sobrelotação da instituição e o comprometimento do apoio prestado a cada doente. Esta falta de rigor levou a Direção Geral da Administração Civil a repreender [46] e elucidar [47] os Governadores Civis sobre quem deve ser admitido e perante que circunstâncias [46].

Pelo ano de 1883, no Porto, desenvolveu-se um processo semelhante ao que havia ocorrido em Lisboa e que levou à criação do Hospital Conde de Ferreira. Até então, na cidade do Porto, os *alienados* eram acondicionados no Hospital de Santo António, **sem qualquer formalidade legal**, num local designado como **porão**. A utilização do vocábulo *porão*, porventura utilizado para descrever o local onde as pessoas com doença mental eram colocadas, surge com elevada carga conotativa, remetendo para algo, que não pessoas, que deve ser recolhido, acondicionado e que

seja de fácil descarte. Nas palavras de António Maria de Sena pode-se atentar não só ao local, mas também, ao tratamento providenciado [37]:

“ (...) as duas enfermarias destinadas aos dois sexos estavam instaladas no subsolo do edifício – o porão, como lá lhe chamavam -... dois sótãos, que nunca foram destinados para habitação de doentes. Em ambos havia cubículos de ripa, pintados de branco, verdadeiros representantes dos quartos de palha em Rilhafoles! Era a escola nacional a propagar-se. E de facto eram destinados a guardar os doentes inquietos e imundos, e imundos estavam eles todos pelo abandono desumano em que viviam: uma pouca de palha sobre o sobrado, e assim ficava completa a mobília confortável das bestiais criaturas que lá metiam.”.

A criação do Hospital do Conde Ferreira destinava-se a *alienados* de ambos os sexos, nacionais e estrangeiros. A admissão era regulada pelo Decreto 14 de maio de 1883 e podia ser definitiva ou provisória, e não podia exceder os **oito dias** [48]. Aqui, verifica-se uma redução temporal comparativamente com o período de observação de Rilhafoles, isto porque, havia o reconhecimento que, por um lado, a própria instituição seria capaz de gerar *alienação mental*, e por outro, a existência de colocações arbitrárias de indivíduos no pleno gozo das suas faculdades, que pela situação de sequestro, tornavam-se declaradamente doentes [37]. A admissão podia ser requerida tanto pelas autoridades como por particulares e era fundamental, entre outros documentos, a existência de um atestado médico onde constasse da *alienação mental* do indivíduo, em especial sobre a **história da doença**, se “*a loucura é contínua ou intermitente*” e os sintomas que sustentavam o juízo [49].

Destarte, no final do séc. XIX, havia em Portugal dois hospitais psiquiátricos com **estatuto de instituição pública** e com os seus **regulamentos aprovados por Lei**. O Hospital de Rilhafoles regulado pelo Decreto 7 de abril de 1851 [44] e complementado pela Instrução de 21 de abril de 1851 [45], e o Hospital Conde de Ferreira regulado pelo Decreto 14 de maio de 1883 [49] e este aprovado pela Portaria 30 de setembro de 1891 [50].

Foi esta a primeira tentativa portuguesa de dar resposta à problemática da doença mental e a forma de prevenir abusos contra a liberdade individual da pessoa com doença mental, assim como de evitar que a instituição se tornasse um meio de opressão e tirania. Porém, carecia a formulação de uma Lei que se propusesse orientar, transversalmente, todas as instituições envolvidas nos processos de

internamento. Assim como, da existência de um projeto político-estratégico sobre a assistência aos *alienados*.

### **Inexequibilidade legal inicial**

António Maria de Sena é o primeiro Diretor do Hospital do Conde de Ferreira [51] e o autor da **primeira Lei orgânica, Lei de 4 de julho de 1889** [52], também conhecida como **Lei-Sena** [20], que visava os doentes psiquiátricos e a sua assistência.

A Lei previa a divisão do país em quatro círculos para efeito de admissão, a criação de três hospitais psiquiátricos, um em Lisboa e outro em Coimbra, ambos com a possibilidade de incorporar o ensino da psiquiatria clínica, e duas enfermarias, uma para cada sexo, onde fosse possível receber *alienados* criminosos, e outro hospital em São Miguel. Para a cidade do Porto apenas previa a criação de um asilo capaz de receber *idiotas, epiléticos e dementes inofensivos* dos dois sexos. Conjeturava a criação de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, a **obrigatoriedade de exame médico quando houvesse crime perpetrado por alguém com alegada doença mental** e, ainda, a criação de um **fundo de beneficência pública para as pessoas com doença mental** [52]. Todavia, a Lei não teve total execução por falta de verba financeira e administrativa [53].

O **Decreto 11 de maio de 1911**<sup>3</sup> [48], originário do *Projeto de Lei de Proteção de Alienados* de 1909, iniciado pelo Professor Miguel Bombarda e finalizado por Júlio de Matos [32], procurava promover as bases da organização na assistência psiquiátrica, tanto a nível técnico, como administrativo, ou seja, propunha-se arquitetar todo o universo psiquiátrico. Este previa a edificação de sete novos manicómios, e respetiva categorização<sup>4</sup>, e a criação de dez colónias agrícolas<sup>5</sup>, unicamente destinadas a homens. Era atribuída importância ao ensino e à construção do conhecimento sobre a doença mental, uma vez que determinava que os manicómios de primeira categoria deviam estar associados às Faculdades. Para estes apenas

---

<sup>3</sup> Este decreto baseia-se na lei francesa de 1838, assim como toda a doutrina referente à saúde mental. 48. *Decreto 11 de maio*. Diário do Governo, nº 111, de 13 de maio de 1911: p. 1945-1950.

<sup>4</sup> 1ª Categoria - Manicómios de ensino anexados pedagogicamente às faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra; 2ª Categoria - Manicómios regionais; 3ª Categoria - Manicómios Criminais; 4ª Categoria - Manicómios asilo. [48].Ibid.

<sup>5</sup> As colónias agrícolas constituem um meio de assistência duplamente vantajoso, é mais barato do que a hospitalização em manicómios fechados, porque utiliza os braços de números doentes crónicos e incuráveis, mas válidos, e permite aos alienados uma vida mais higiénica e variada.[48].Ibid.

seriam remetidos os doentes curáveis ou que oferecessem interesse pedagógico, e previa-se o funcionamento de **consultas externas**<sup>6</sup> sobre doenças mentais e nervosas [48].

No que concerne à organização dos processos relativos à admissão, o diploma determinava que as admissões podiam ser voluntárias ou oficiais, definitivas ou provisórias, não podendo estas exceder os quinze dias. Para admissões voluntárias era imperativo um requerimento selado e autenticado pelo notário e um **atestado médico, subscrito por dois médicos**, onde constasse da *alienação mental* da pessoa, bem como, da **necessidade do internamento**. Ademais, era imperativo evitar as arbitrariedades das admissões, a sequestração e o isolamento, sob o pretexto de *loucura*. Para tal, seria criado um serviço de inspeção [48].

Esta Lei reveste-se de particular cautela com a liberdade, privacidade e as garantias individuais de cada doente, todavia procura não comprometer o acesso do doente à assistência psiquiátrica, seja pelo direito concebido ao doente de pedir o seu internamento ou pela possibilidade de admitir a pessoa com carácter urgente. Porém, o diploma teve o mesmo fim que a Lei-Sena e pelos mesmos motivos, não teve total execução<sup>7</sup> [53].

Apesar de na Constituição Portuguesa de 1911 estar consagrado o direito à assistência pública (artigo. 3º, alínea 29), as políticas adotadas para essa finalidade não tiveram nenhuma aplicação. Na constituição de 1933 este direito é extinto, ficando a cargo das instituições particulares a responsabilidade da assistência (Lei n.º 1998. de 15 de abril de 1944) [53].

---

<sup>6</sup> Exclusivas dos Manicómios de 1ª Categoria. Esta consulta era realizada pelo médico-diretor, adjuntos e assistentes. De carácter gratuito, para os pobres, todavia, não dava direito a medicamentos ou a escolha do médico. [48]. Ibid.

<sup>7</sup> Apenas foi executada a medida referente ao ensino oficial da psiquiatria, que passou a realizar-se em Lisboa, no Porto e em Coimbra, no Manicómio Bombarda, no Hospital de Conde de Ferreira e no Hospital da Universidade de Coimbra, respetivamente. [53]. Soares M, 2008, *A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica*. Pensar Enfermagem. 12: p. 35-51.

## Vanguardismo português

A 11 de abril de 1945, dá-se a primeira grande reforma da assistência psiquiátrica em Portugal [53], com a publicação da **Lei n.º 2:006 de 1945** [54], onde é dada ênfase à **ação profilática, terapêutica e pedagógica**. Contrariamente ao que se havia passado com as Leis precedentes esta entra de imediato em execução com a publicação do Decreto n.º 34:502<sup>8</sup>, que a regulamentava [55]. Ainda nesse ano, são publicados os Decretos 34:534<sup>9</sup> [56] e 34:547<sup>10</sup> [57] que regulamentavam os centros de assistência psiquiátrica da zona sul e centro, respetivamente. Já a regulamentação do centro de assistência psiquiátrica da zona norte só é publicada no ano seguinte no Decreto n.º 36 049<sup>11</sup> [58].

Para efeitos de assistência psiquiátrica divide o país em três zonas<sup>12</sup>: norte, centro e sul, e cria em cada zona **centros de assistência psiquiátrica**<sup>13</sup>. Determina a recolha de elementos sobre a doença mental, para posterior estudo estatístico [54]. Prevê a criação de estruturas para assegurar a vigilância dos doentes em socorro domiciliário ou em colocação familiar, e a observação dos doentes através de **consultas de psiquiatria e higiene mental** [54], consultas estas que poderiam ser concretizadas em qualquer hospital [55]. A Lei previa, ainda, a articulação e cooperação com os serviços de assistência social [55].

Devido à grande carência em profissionais qualificados era da responsabilidade do Estado a promoção de processos formativos através de cursos, estágios pós-escolares e bolsas de estudo em países estrangeiros. A formação era destinada ao pessoal médico, de enfermagem e de serviço social, ou outros profissionais especializados que fossem necessários [54, 55].

A admissão em **regime aberto requeria uma justificação médica** onde constasse o diagnóstico, não sendo possível exceder os seis meses de internamento sem que houvesse autorização da Inspeção da Assistência Social. Para a admissão em **regime fechado** também era necessária uma justificação médica. Esta justificação

---

<sup>8</sup> Promulga a organização da assistência psiquiátrica.

<sup>9</sup> Promulga o regulamento dos serviços do centro de assistência psiquiátrica da zona sul do País.

<sup>10</sup> Promulga o regulamento dos serviços do centro de assistência psiquiátrica da zona do centro do País. Cria o Hospital Sobral Cid, dispondo sobre a respetiva instalação, funcionamento e gestão. Define as competências do pessoal dirigente, médico e de enfermagem, cujo quadro é aprovado em anexo.

<sup>11</sup> Promulga o regulamento dos serviços do centro de assistência psiquiátrica da zona norte do País.

<sup>12</sup> Com sede em Porto, Coimbra e Lisboa, respetivamente

<sup>13</sup> Cada Centro de Assistência Psiquiátrica é constituído por: Direção do centro, Dispensário central, Dispensários regionais, Hospitais psiquiátricos e Clínicas psiquiátricas, Asilos psiquiátricos. [54]. *Lei n.º 2:006*. Diário do Governo, I-Série, n.º 77, de 11 de abril de 1945: p. 241-243. Para mais informação sobre a competência de cada organismo vide *Decreto n.º 34:502, secção I a V*.

era feita por atestados com validade de **dez dias** e realizados por dois médicos, **quando possível psiquiatras**, não parentes do doente, nem dependentes do estabelecimento de internamento.

O diploma regulava ainda o internamento de urgência e as altas dos doentes, tanto para as organizações públicas como privadas, prevendo a possibilidade de requerimento para o tribunal da comarca que conheça a legalidade da admissão em regime fechado para determinação de qualquer erro ou abuso [54, 55].

A Lei n.º 2:006 surge no plano nacional e internacional como uma das mais avançadas, sendo-lhe, frequentemente, lançados vários elogios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) via esta Lei como uma das mais progressistas e compreensivas [53]. Algo que é facilmente compreendido face ao foco na formação e o reconhecimento da importância do espaço comunitário e familiar na recuperação do doente, que é evidenciado pela possibilitação da assistência em ambulatório. Apesar do diploma estar ligado à Assistência Social, a articulação da vertente médica com a social demonstra preocupação com a existência de uma abordagem multidisciplinar integrada e a compreensão da necessidade de haver, não só, intervenção médica, mas também, o estudo social na recuperação do doente.

Em 1958, o Decreto-Lei n.º 41 759 [59] cria o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP) que se integrava no regime do Decreto n.º 35 108<sup>14</sup>, de 7 de novembro de 1945 [60]. Competia-lhe a coordenação dos serviços, o enquadramento dos estabelecimentos e serviços oficiais, aos quais atribuiu como fim a ação profilática, terapêutica e pedagógica no domínio das doenças e anomalias mentais. Ainda era da competência do IAP a orientação e fiscalização das iniciativas particulares que tivessem a mesma finalidade. Este diploma adiu e regulou a atividade de um novo organismo, as **brigadas móveis**, que funcionavam na dependência e sob orientação dos dispensários centrais ou regionais e que se propunham auxiliar **os doentes em regime de socorro domiciliário ou de colocação familiar** [59].

Apesar de progressista e de evidenciar o início de uma mudança na prestação de cuidados, em especial a aproximação à comunidade e a articulação entre ministérios, a Lei atribuía muitas responsabilidades ao Estado, dificultando a sua aplicação e comprometendo a assistência psiquiátrica [53].

---

<sup>14</sup> Reorganiza os serviços de assistência social.

Genericamente, esta Lei promoveu o desenvolvimento da assistência psiquiátrica de índole curativa e educativa, com carácter humano e social, atribuindo importância ao registo do doente e ao desenvolvimento de um corpo médico-científico especializado.

### **As bases da saúde mental comunitária**

Durante a década de 60 impôs-se a necessidade de lançar as bases para as políticas de saúde mental comunitária. Isto surge, em grande parte, pela evolução dos psicofármacos, que devido aos avanços científicos tornou possível tratar grande parte dos doentes sem necessidade de permanência hospitalar [20].

Com esta revolução no tratamento, tornou-se imperativo adotar diretrizes assistenciais e normas legais harmónicas e coerentes com a organização social, mas que apresentassem alguma elasticidade e que pudessem acompanhar as evoluções médicas e sociais, para apresentar ao doente uma solução mais justa, tendo em conta, não só a sua condição médica, mas também a social com um serviço de higiene mental mais holístico, eficiente e humano [33].

Tendo por princípio as necessidades mencionadas é aprovada uma nova Lei de saúde mental, Lei n.º 2118 de 1963 [61], que procurava promover a saúde mental através da ação profilática, exercida pela adoção de medidas de **carácter preventivo**, designadamente pedagógicas e de higiene mental. Dava importância primordial à saúde mental da infância e adolescência, à ação terapêutica e à ação recuperadora, através de medidas de **reabilitação e integração social** [61].

Esta Lei regulava o internamento de pessoas com doença mental, que no diploma surgem como pessoas humanas, e determinava que este devia ser realizado quando houvesse **necessidade real** e devendo sujeitar-se **primordialmente à cura**. Esta é a primeira Lei no ordenamento jurídico português que enfatiza a necessidade de se proceder à aplicação de medidas compulsivas para tratamento e que reconhece que tais medidas podiam ser um meio eficaz para auxiliar o doente. Para além das medidas previstas, podiam ser aplicadas outras medidas compulsivas desde que estivessem revestidas dos condicionalismos do internamento em regime fechado [61].

O tratamento do doente podia ser realizado em ambulatório, domiciliário ou em estabelecimento de saúde mental, oficial ou particular. O internamento podia ser realizado em regime aberto ou fechado, sendo que a justificação do internamento em regime aberto era da responsabilidade do médico do dispensário ou do estabelecimento em que se realizava a hospitalização. Em regime fechado era necessária a renovação da justificação do internamento por atestado de dois médicos, não parentes do doente e sem afiliação ao local de internamento, de vinte em vinte dias. Estes atestados continham as descrições e conclusões dos exames realizados ao doente, onde asseveravam sobre a doença mental e a necessidade de internamento em regime fechado, que poderia ser pelo carácter antissocial ou perigoso do doente, ou pela oposição ao tratamento. Com vista a atingir os objetivos da Lei é criada a possibilidade de **consulta para observação de carácter compulsivo**, que era efetivada nos mesmos moldes e condicionalismos da admissão em regime fechado<sup>15</sup>. Esta possibilidade é uma inovação e evidenciava a necessidade de implementação de medidas coercivas no tratamento do doente.

O diploma admitia a possibilidade de internamento urgente. Esta modalidade de admissão requeria a justificação da necessidade de internamento no prazo máximo de oito dias. É no molde de admissão de urgência em regime fechado que é **atribuída legitimidade à autoridade policial para requerer o internamento do doente** [61], o que surge como uma inovação relativamente a todas as Leis precedentes. Esta era a única competência policial no processo de internamento, porém não é escrutinado o significado do carácter urgente de tal intervenção, nem tão pouco quais os requisitos de admissão. Não obstante, é apenas nesta Lei que os elementos policiais são envolvidos no processo de internamento e lhes são atribuídas competências.

Apesar do diploma não consagrar os direitos do doente de forma cabal, atribui competências ao **Ministério Público** pelo **zelo das liberdades individuais** de cada pessoa afeta a doença ou anomalia mental. A Lei era particularmente dura no que respeita à violação da liberdade do internado, em especial pela cativação deste em meio hospitalar sem que tal se justifique ou da sujeição a qualquer medida de tratamento compulsivo não previsto na Lei, bem como a existência de internamento doloso, determinando qual a pena a aplicar em cada situação [61].

---

<sup>15</sup> Base XXV, nº3, "(...)a necessidade de imposição do regime fechado, pelo carácter perigoso ou antissocial do internando, ou pela sua oposição injustificada, atual ou eventual, a um internamento considerado meio presumivelmente eficaz de debelar um estado de espírito anormal, grave e prejudicial ao doente naquele momento ou na sua provável evolução"

A Lei de Saúde Mental (LSM) n.º 2118 previa a criação de duas estruturas inovadoras, o **Instituto de Saúde Mental**, órgão de coordenação, orientação e fiscalização da ação profilática, terapêutica e recuperadora, e os **Centros de Saúde Mental**, que eram a unidade fundamental do serviço de saúde mental [61]. Contudo, o Instituto de Saúde Mental nunca existiu, mantendo-se até 1984 o IAP [62]. Este foi substituído, em 1984, pela **Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental** na então Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários [63]. Já os Centros de Saúde Mental foram sendo criados ao longo da década de 70/80, por diferentes portarias [64-69], em concordância com o que estava regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 46 102 [70]. Todavia, a grande parte das estruturas previstas nunca viria a ser construída, tendo sido criados, em alternativa e de carácter provisório, dispensários [71-77] e sendo mantidas as brigadas móveis da Lei anterior.

A criação dos Centros de Saúde Mental foi uma medida que contribuiu para o processo de descentralização dos cuidados de saúde mental e, por conseguinte, para o progresso do serviço prestado com maior aproximação às populações [63].

A construção da Lei n.º 2118 é realizada na vigência da Constituição Política da República Portuguesa de 1933 [78], que conferia ao cidadão português, pelo 8º artigo, 8º ponto, o direito de não ser privado da liberdade pessoal, nem preso sem culpa formada, preventivamente, porém nas exceções deste artigo é determinado que, *“a prisão em cadeia pública ou detenção em domicílio privado ou estabelecimento de alienados só poderá ser levada a efeito mediante ordem por escrito de autoridade competente, (...)”*, o que viabilizava a privação da liberdade pelas autoridades competentes, porém carecem os pressupostos desta restrição [78].

Após a revolução de 24 de abril de 1974 e com as alterações políticas inerentes a esta, em particular, depois de decretada e aprovada pela Assembleia Constituinte, a 2 de abril de 1976, a Constituição da República Portuguesa (CRP) [79], que determina no artigo 27º, com a epígrafe “Direito à Liberdade e à Segurança”, que todos têm direito à liberdade e à segurança, bem como a impossibilidade total ou parcial de se restringir a liberdade de alguém sem que tal resulte de uma sentença judicial. Tal determinação torna esta Lei desadequada e insuficiente, não só por ser contrária à Constituição, mas também, pela não previsão de outros princípios definidos internacionalmente nomeadamente os direitos dos doentes, como o consentimento ao tratamento e o direito a ser informado [80].

Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, onde são estabelecidos os estatutos dos utentes do sistema de saúde e definidos os respetivos direitos e deveres [81].

Em 1992 surge o Decreto-Lei n.º 127/92 de 3 de julho [63], que determina a extinção dos Centros de Saúde Mental, incluindo os infantis e juvenis, que haviam sido criados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 46 102 [70], e cria, com o mesmo nome, centros na zona Norte, Centro e Sul do país. Porém, estes centros eram discordantes com a divisão do país em regiões para efeitos de assistência [80]. A Portaria n.º 750/92, de 1 de agosto, transferiu as atribuições destes centros para hospitais gerais, centrais ou distritais, e dos centros de saúde mental infantil e juvenil para os hospitais pediátricos [63].

A medida visava agilizar a articulação das estruturas de saúde mental com os outros prestadores de cuidados de saúde, concretizada ao abrigo da Portaria n.º 750/92 de 1 de agosto. Estes diplomas entram em conflito com o princípio orientador da organização do sistema prestador de cuidados de saúde mental estabelecido pela Lei n.º 2118. O que na prática resultou no comprometimento genérico da assistência comunitária, porque não havia previsão de construção de mais unidades descentralizadas nem alteração dos estatutos dos hospitais psiquiátricos [80].

Com isto, pela forte influência de organizações não-governamentais<sup>16</sup> e de profissionais do setor defensores do modelo comunitário, por promoção da Direção Geral de Saúde, entre 1994 e 1995, realizaram-se inúmeras reflexões, que culminaram na **Conferência Sobre Saúde Mental**. As conclusões desta conferência resultaram em despacho ministerial de 23 de agosto de 1995, que criou a Comissão Nacional de Saúde Mental, com competência para dar seguimento às conclusões desta conferência, em especial a reformulação da política de saúde mental e a eventual revisão do Decreto-Lei n.º 127/92, bem como da Lei de Saúde Mental [82].

---

<sup>16</sup> Organização Mundial de Saúde e a Organização das Nações Unidas.

## ***Da proposta de Lei nº 121/VII à Lei 36/98***

A iniciativa legislativa, referente à nova LSM, é apresentada a 16 de junho de 1997, com a exposição de motivos, onde são elencadas 23 razões para se proceder à alteração da Lei n.º 2118 [80]. Todavia, esta é anterior à Lei Constitucional n. 1/97, de 20 de setembro, o que levava a que algumas das propostas em discussão fossem conflituantes com a constituição vigente.

O XIII Governo Constitucional, com a proposta de Lei n. 121/VII pretendia aprovar uma nova LSM onde seriam plasmados os princípios gerais da política de saúde mental e regulado o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica grave. Esta necessidade surge pelo quadro legal em vigor estar desadequado, incoerente, contraditório e desarticulado [80].

Após a aprovação da Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro [83], no seu artigo 11º, ponto 6<sup>17</sup>, é aditada uma nova alínea ao artigo 27º da Constituição da República Portuguesa, com a epígrafe, “Direito à Liberdade e à Segurança”, n.º 3, alínea h) “***Internamento de portadores de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente***”. Assim, o legislador de 1997 inseriu na Constituição da República Portuguesa a medida privativa da liberdade aplicável a portadores de anomalia psíquica e o grau de tutela jurisdicional.

Na discussão plenária sobre a proposta de Lei [84], tratando-se de uma **Lei de Saúde Mental**, esta é apresentada pelo **ministro da justiça**, o que por si só, demonstra o seu âmago, ou seja, a grande preocupação não consistia em regulamentar a saúde mental, mas antes o processo privativo da liberdade e a determinação dos seus pressupostos, isto é, o internamento compulsivo. Na sua intervenção, o ministro da justiça realça a importância da revogação da Lei fundamental referente à matéria em debate. Em particular, a necessidade de, em matéria de saúde mental, haver um quadro claro, coerente e em conformidade com as demais normas nacionais e internacionais, especialmente pela **falta de tutela dos direitos dos doentes** e pela defesa do médico e dos cuidadores de saúde.

Durante o debate em plenário é unânime, pelos diferentes grupos parlamentares, a necessidade de nova legislação para a saúde mental, conquanto,

---

<sup>17</sup> São aditadas duas novas alíneas, mas para efeitos do internamento compulsivo apenas uma tem interesse.

também é unânime que a proposta apresentada é demasiado judicializante e que assume-se como uma desconfiança pela classe médica. Todavia, o ministro da justiça defende que o dever do Estado é o de prevenir possíveis abusos e que a decisão sobre a **restrição da liberdade é da exclusiva responsabilidade do juiz**, pois é este o garante dos direitos, liberdades e garantias, e não o médico. Um outro ponto de discórdia é o nome da Lei, que devia de ser **Lei do Internamento Compulsivo**, em vez de **Lei de Saúde Mental**, uma vez que a Lei apresentada surge como modelo judicializado para o internamento compulsivo e não como uma verdadeira preocupação com o tratamento da saúde mental e de sensibilização da sociedade para a compreensão da doença mental, estimulando as vias de recuperação e reinserção social [84].

Na discussão e votação na especialidade [85] foram apresentadas algumas propostas de alteração ao diploma, entre as quais merece destaque uma proposta de aditamento do Artigo 23º, com a epígrafe “Condução do internando”, realizada pelo Partido Comunista Português (PCP), que foi rejeitada.

Referente à proposta: artigo 23º, n.º6, “***Sempre que possível a condução do doente deve ser executada por técnicos especializados em saúde mental***”.

A adoção desta proposta como regra, ao invés de surgir como a última possibilidade, poderia contribuir para uma menor estigmatização da doença mental e, por conseguinte, para a maior excelência do tratamento dado à pessoa. Esta proposta ganha especial destaque à luz da evidência atual [18, 19], uma vez que perto da totalidade dos internamentos compulsivos (IC) são realizados invocando o artigo 22º, internamento de urgência. Ademais, esta evidência denota que o primeiro contacto de vários doentes com a assistência psiquiátrica é realizado através da evocação deste artigo. O que enfatiza a necessidade de intervenção médica, ou por algum técnico especializado em saúde mental, na primeira linha de contacto.

Assim, a 18 de junho de 1998, pelo Decreto n.º 243/VII, de 18 de junho de 1998, é publicada a redação final da Lei n.º 36/98 [86], que é aprovada a 24 de julho de 1998.

## ***A Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, de 24 de julho – Análise, reflexão e planos para o futuro***

Antes, porém, de analisar a LSM deve-se ter em consideração alguns aspetos referentes ao Direito Português, especialmente à Constituição da República Portuguesa [83], o Direito Civil [87] e o Direito Penal [88].

### **A Constitucionalidade da Lei de Saúde Mental**

A avaliação da situação jurídica das pessoas com doença mental rege-se por princípios e normas constitucionais encabeçando pela igualdade e pela não discriminação [89]. Estas pessoas detêm todos os direitos constitucionalmente consagrados, com a salvaguarda do cumprimento ou exercício daqueles para os quais se encontrem incapacitados, sendo da responsabilidade do Estado a realização de uma política de prevenção e tratamento, reabilitação e integração destes cidadãos [83].

O artigo 27º, ponto 3, alínea h) “***internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.***”, permite que a Lei prive a liberdade do portador de anomalia psíquica, em estabelecimento terapêutico adequado, pelo tempo e nas condições que a Lei determinar, com a respetiva confirmação pela autoridade judicial. Todavia, o respeito pelo artigo 27º da CRP, não basta para se apurar a constitucionalidade do diploma. Este deve ainda estar de acordo com o artigo 18º da CRP, ponto 2, “*A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo **as restrições limitarem-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos***”, e o artigo 64º referente ao direito de acesso aos serviços de saúde, uma vez que são princípios orientadores do sistema de saúde e têm de estar presentes na política de saúde mental.

Assim, a LSM vai de acordo à CRP na medida em que apenas é restringida a liberdade do doente quando for a única forma de garantir o tratamento (artigo 8º, n.º1 da LSM), e este para ser internado tem que preencher os pressupostos do artigo 12º

da LSM, em especial colocar em perigo bens jurídicos de relevante valor e recusar tratamento, ou seja, a única forma de proteger estes bens jurídicos é mediante a aplicação da medida de IC.

A LSM prevê o pedido de *Habeas Corpus* em virtude de privação de liberdade ilegal, o que também surge como uma inovação, e coloca o diploma em conformidade com o artigo 31º, da CRP, *Habeas Corpus*, contra o abuso de poder.

### **Anomalia psíquica no Direito Civil e Penal**

No Direito Civil, a anomalia psíquica apresenta-se no âmbito dos processos de interdição e de inabilitação, art. 138º a 151º e art. 152º a 156º, respetivamente [87]. Nos termos do art. 138º, sobre a interdição, podem ser interditos os cidadãos aos quais tenha sido diagnosticada uma anomalia psíquica e que por força dela sejam incapazes de governar os seus bens e a sua pessoa. Aqui, o interdito, de acordo com o art. 139º, é equiparado ao menor. Por seu turno, a inabilitação, art. 152º, é aplicável nos casos em que a anomalia psíquica não é tão grave, embora seja permanente, mas que é permitida à pessoa a possibilidade de se reger, porém é incapaz de reger os seus bens. Assim, a inabilitação pressupõe que o sujeito se mostre incapaz de reger convenientemente o seu património, enquanto na interdição, o indivíduo deverá revelar incapacidade total, não só para governar os seus bens, como também a sua pessoa.

No Direito Penal, a anomalia psíquica, surge indexada à inimputabilidade, art. 20º [88]. Aqui, a anomalia psíquica assume um carácter biopsicológico [89], ou seja, esta alteração psíquica tem de afetar o sujeito de tal forma que altere a sua capacidade de avaliar a ilicitude dos atos ou a sua capacidade de se determinar [90].

Genericamente, a anomalia psíquica que gera inimputabilidade opõe-se à aplicação de uma pena [89]. Porém, pode desencadear um internamento como medida de segurança [91], como está determinado no art. 91º do Código Penal, no n.º1, que resultará em internamento em estabelecimento de cura, tratamento ou de segurança, nas situações em que pela gravidade do facto praticado e da anomalia psíquica houver a possibilidade de praticar factos homótipos.

Feita a ressalva sobre o enquadramento da pessoa com anomalia psíquica no ordenamento jurídico português passaremos então a uma abordagem minuciosa da Lei de Saúde Mental, Lei n.º36/98, de 24 de julho de 1998.

### **Princípios gerais da Lei de Saúde Mental**

A LSM, para além dos princípios jurídicos nacionais, teve como molde alguns diplomas internacionais, tais como:

- a) Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa: Recomendação n.º 818 (1977) e Recomendação n.º 1235 (1994) [89];
- b) Comité de Ministros do Conselho da Europa: Recomendação n.º R (83) 2 [93];
- c) Assembleia Geral das Nações Unidas: Resolução n.º 46/119, de 17 de dezembro de 1991 [94];
- d) Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (Decisão *Winterwerp vs The Netherland*, de 24 de outubro de 1979, e a Decisão *X vs United Kingdom*, de 5 de novembro de 1981) [80];
- e) Organização Mundial de Saúde: Lei dos Cuidados de Saúde Mental: Dez Princípios Básicos, 1996 [80].

A Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, de 24 de julho de 1998 [17], estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica grave. Esta Lei assume-se como Lei de Saúde Mental, mas no que concerne à política estratégica para a saúde mental apenas enuncia os seus princípios gerais [89], sendo o internamento compulsivo abordado de forma mais densa, dado tratar-se de matéria com reserva legislativa pela confrontação de direitos fundamentais [92].

A organização dos serviços de saúde mental é remetida para diploma posterior, que surge em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro de 1999, que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental [93].

Destarte, esta é uma Lei na qual **os seus princípios ligam-se** mais à definição dos **modelos de proteção e tutela** do que a alternativas médicas, sanitárias ou sociais, isto é, predomina o *modelo judiciário*, em detrimento do *modelo terapêutico* [94]. Na verdade, esta Lei assume um papel primordial e nuclear no que a direitos das pessoas com doença mental diz respeito, algo que até então não se verificava e que é basilar para o respeito da dignidade humana [95].

A proteção e promoção da saúde mental são adquiridas através de medidas que contribuam para a restituição e manutenção do equilíbrio psíquico dos indivíduos e para que se efetive a sua integração no meio social. Os princípios gerais de política de saúde mental assumem-se pela promoção desta, **prioritariamente a nível da comunidade** e por forma a promover a **inclusão** dos doentes evitando o afastamento do seu meio, assim como, os cuidados que devem ser prestados no meio **menos restritivo possível**, sendo fundamental que haja a inclusão dos **internamentos em hospitais gerais**. A abordagem à problemática deve ser multidisciplinar, sendo imperativo o estabelecimento de parcerias entre o ministério da saúde, da segurança social e do emprego com a finalidade de **desenvolver a reabilitação psicossocial** da pessoa.

A Lei de Bases de Saúde, Lei n.º 48/90, consagra os direitos e deveres dos utentes do Serviço Nacional de Saúde [81], todavia o utente do serviço de saúde mental é dotado de mais direitos e deveres, o que representa o reconhecimento legal da natureza idiossincrática das doenças mentais e as suas repercussões a nível das capacidades de autodeterminação de quem as sofre, bem como as implicações específicas dos tratamentos psiquiátricos, o que obriga a que outros direitos e deveres sejam garantidos [80].

Assim, **é garantido ao doente:**

- a) Participar ativamente no seu tratamento;
- b) Ser informado dos seus direitos e planos terapêuticos;
- c) Recusar a participação em ensaios clínicos, investigações ou atividades de formação;
- d) Não ser submetido a electroconvulsoterapia, sem o seu consentimento, nem a intervenção psicocirúrgica, em que nesta última o parecer favorável de dois médicos psiquiatras é imperativo;
- e) Condições de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade;

- f) Não podendo ser privado de comunicar com o exterior ou de ser visitado;
- g) Ser remunerado de forma justa pelos seus serviços e atividades;
- h) Receber apoio na reclamação/queixa.

Desta forma, é garantido ao doente possibilidade de receber o tratamento e ser protegido, respeitando a sua individualidade e dignidade.

De acordo com o momento do processo de internamento, a Lei diferencia os direitos e deveres do internando e do internado. Os direitos do internando residem numa base processual para assegurar os seus meios de defesa, como o de ser informado sobre os seus direitos, o direito a ser auxiliado por defensor, estar presente nos atos processuais, ser ouvido pelo juiz e oferecer provas e requerer diligências. Os direitos do internado focam-se na manutenção dos seus direitos fundamentais, como a informação sobre os seus direitos, ser esclarecido sobre o motivo da privação da sua liberdade, ser auxiliado por defensor, recorrer da decisão de internamento, votar, corresponder e ser correspondido e de comunicar com a Comissão de Acompanhamento. Todavia, o internado tem o dever de submeter-se ao tratamento médico indicado [89].

### **Sobre os pressupostos para internamento**

Para que haja lugar a internamento compulsivo, resultando numa restrição da liberdade, há a necessidade de satisfazer determinados pressupostos que o balizam, sendo claro que o internamento compulsivo é um tipo de **internamento sujeito a decisão judicial**. Tais pressupostos devem ser articulados com os **princípios da necessidade**, em que esta forma de restrição só “*pode ser determinada quando for a única forma de garantir a submissão ao tratamento*”, ou seja, quando todas as outras possibilidades tiverem sido esgotadas, da **proporcionalidade**, “*só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa*”. Desde logo é restringida a possibilidade de internamento, procurando excluir as possibilidades de internamento arbitrárias fundamentadas em perigos para valores morais, religiosos, políticos, na procura da homogeneização ou uniformização social em nome da segurança pública ou do interesse nacional [92].

## Artigo 12º n.º1:

“O portador de **anomia 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...**”

Antes de mais, deve-se ter em atenção que o internamento fundamenta-se na anomalia psíquica, que como se observou anteriormente é uma expressão que, no ordenamento jurídico português, tem ligação tanto ao Direito Penal, estando intimamente ligada aos fundamentos da inimputabilidade e nos pressupostos da medida de segurança de internamento, bem como, no Direito Civil. Porém, esta expressão é preferível a outra que pudesse estar intimamente ligada a escolas de psiquiatria e que por isso fosse potencializadora de maior discordância no seu conteúdo [96], procurando assim que se mantenha aberta à evolução do conhecimento científico [89]. Não obstante, a Lei não especifica quais as categorias de diagnóstico a incluir no conceito de **anomia psíquica**, o que na prática levanta algumas dificuldades no momento da decisão para internamento, em especial nas situações de deficiência intelectual, perturbações da personalidade, perturbações associadas a consumo de substâncias psicoativas, entre outras [97]. A anomalia psíquica encontra-se caracterizada, tendo que ser **grave**. Assim, há a necessidade de concretizar a gravidade num juízo técnico-científico com os elementos fundamentais para a finalidade do internamento [96], pese embora a gravidade da anomalia não tem ligação ao critério de perigosidade [89].

É exigido que seja criada, por força da anomalia psíquica grave, uma **situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor**, o que significa que tem de haver um potencial efetivo de dano para esses bens jurídicos por parte do portador da anomalia psíquica, ou seja, o perigo será definido como uma possibilidade real e efetiva de que o agente, e por força da sua doença, venha a atentar contra os bens jurídicos protegidos pelo direito e de relevante valor. Assim, o perigo não surge como probabilidade em abstrato de um dado comportamento vir a ocorrer, mas antes como potencialidade real associada àquele agente em concreto e à sua especificidade patológica, fundada com o conhecimento médico atual [96].

Daqui resulta a dualidade do pressuposto, isto é, é exigido a gravidade da anomalia psíquica e é imperativo que seja criada uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor. Ademais, a recusa ao tratamento é outro elemento para

fundamentar o internamento compulsivo, o que significa que o facto de haver anomalia psíquica, por si, não é suficiente para que haja internamento compulsivo [89].

### **Artigo 12º, n.º2**

*“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”.*

É nesta situação que o tribunal exerce a sua função de tutela, uma vez que o doente não detém o discernimento necessário para consentir o tratamento [89].

Se no n.º1 estamos perante um **internamento com base no perigo**, que pode ser comunitário ou não, no n.º 2 estamos perante um **internamento tutelar**, independentemente da perigosidade, pretendendo-se defender a saúde de alguém que não é capaz de se autodeterminar [92].

A decisão final sobre o internamento compulsivo é da competência do juiz, todavia a LSM **obriga** a que seja realizada uma avaliação clinico-psiquiátrica, por dois psiquiatras. Logo, é imperativo a existência de um consenso entre dois poderes e dois juízos. Por um lado, temos a decisão médica, baseada em conhecimentos técnicos e obrigada à deontologia profissional, por outro, temos a decisão judicial, fundada em conhecimentos jurídicos e que é o garante da aplicação correta da Constituição e da Lei [92].

Assim, há um parecer psiquiátrico obrigatório e vinculativo, porém a **decisão final** de internamento cabe **ao juiz** que tem de **a fundamentar**, ou seja, o internamento compulsivo apenas poderá ser realizado mediante decisão judicial, tendo o juiz um papel indispensável, seja como autorização ou validação, como no caso de internamento de urgência.

## O internamento de Urgência

A LSM possibilita o internamento compulsivo de urgência, Secção IV, artigo 22º a 27º, que é aplicável sempre que se cumpram os pressupostos estabelecidos no artigo 12º, n.º 1, e haja **perigo iminente** para os bens jurídicos aí mencionados, especificamente a deterioração aguda do estado da pessoa [17].

Em muitas situações de internamento esta é a fase preliminar. Aqui, qualquer autoridade de polícia ou saúde pública poderá requerer a restrição da liberdade do doente, através de mandado, sendo este conduzido pela autoridade policial até à urgência psiquiátrica mais próxima, para avaliação clínico-psiquiátrica. Havendo o preenchimento dos pressupostos mencionados no artigo 12º, o hospital comunica ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquela pessoa. Após receber a notificação, o juiz, tem o prazo máximo de **48 horas**, a contar da privação da liberdade, para proferir a sua decisão pela manutenção, ou não, do internamento. Verifica-se, aqui, uma determinação temporal rígida com o objetivo claro de evitar a promoção da institucionalização do IC.

A LSM possibilita, ainda, a condução imediata do portador de anomalia psíquica grave, **por qualquer autoridade policial sem emissão de mandado**, se pela situação de urgência já existente houver perigo na demora. Por uma questão de agilidade operacional, rapidez na resposta, conhecimento e acesso privilegiado ao meio social do doente, é que a atuação policial deveria ser bem enquadrada. Não obstante, os agentes policiais são colocados numa situação que os obriga a formular um juízo que poderá estar além das suas capacidades/competências policiais.

Dado o enquadramento policial no artigo 23º, faça-se aqui uma breve reflexão sobre este. Neste artigo é determinado que a condução do internando é da responsabilidade policial, mas perante uma Lei que visa a saúde mental e que nos casos destinados a internamento compulsivo o primado deve ser a intervenção terapêutica e o auxílio ao doente, será adequado o enquadramento policial em todas as conduções? Por que razão é que estas situações são tratadas como casos de polícia? Seria mais sensato haver um grupo de trabalho que tivesse como responsabilidade a condução destas pessoas, ficando a intervenção policial apenas nos casos em que houvesse conhecimento sobre a perigosidade do sujeito, independentemente da patologia, e fosse necessário adotar alguma medida de segurança? Perante uma Lei de Saúde Mental está a dar-se importância primordial ao

tratamento ou a atuar como medida de segurança? Efetivamente, como medida de segurança o enquadramento jurídico português remete-se para o Código Penal, artigo 91.º, que por sua vez está intimamente ligado ao artigo 20.º, sobre o internamento de inimputáveis e nos pressupostos aí considerados, e não para a Lei de Saúde Mental. Ou será antes um reconhecimento declarado de que a doença mental surge associada ao preconceito de perigosidade e com isso se justifique a intervenção da autoridade policial? E de que forma é que esta associação entre doença mental e perigosidade não é, por si só, perigosa para a promoção e proteção da saúde mental?

Efetivamente, a LSM tem uma doutrina muito ligada ao Código do Processo Penal, através dos elementos processuais (direitos e deveres processuais), o discurso jurídico e a utilização semântica de elementos ligados ao mundo criminal tais como, autoridade de polícia, mandado de condução, forças policiais, agente policial e restrição à liberdade [89].

Estes elementos são indicadores que a associação da doença mental à perigosidade, violência e exclusão ainda estão muito próximos da doutrina contemporânea. Tudo isto deve merecer o maior cuidado e rigor, sem comprometer os elementos normativos, com a necessidade de reflexão sobre o impacto que tais medidas e linguagem poderão ter sobre a pessoa, assim como, da contribuição para o aumento do estigma associado à doença. Em 2011, a avaliação realizada pelo Alto Comissariado da Saúde apontava o aumento do estigma associado à doença mental como uma ameaça ao Plano Nacional de Saúde Mental [98].

## **A saúde mental até 2020**

Concomitantemente com a aprovação da nova Lei de Saúde Mental foram aprovados outros diplomas com impacto significativo na melhoria dos cuidados de saúde mental e no desenvolvimento de uma sociedade mais solidária, coesa e justa, promovendo a inserção social e a vida comunitária, bem como a valorização pessoal. Neste sentido, surge a Portaria n.º 348-A/98, de 18 de junho [99], que permitiu a criação e financiamento de empresas de inserção social<sup>18</sup>, e o Despacho Conjunto n.º 407/98 [100], do Ministério da Saúde e do Ministério Trabalho e da Solidariedade, que

---

<sup>18</sup> Instrumento que procura promover a integração ou reintegração socioprofissional e combater a exclusão social e de pessoas com necessidades especiais, por via de atividades focadas nas necessidades sociais não satisfeitas pelo normal funcionamento do mercado.

visava uma intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde continuados, direcionados às pessoas com deficiência e problemas de saúde mental, através de:

- a) Abertura de programas de apoio social (serviços de apoio domiciliário, centro de dia, lares, unidades de vida apoiada e protegida, unidades de vida autónoma e fóruns socio-ocupacionais) em articulação com as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e mutualidades;
- b) Respostas no âmbito dos cuidados continuados<sup>19</sup>;
- c) Respostas integradas (respostas de natureza preventiva e reabilitadora)<sup>20</sup>.

É com esta conjuntura reformista que iniciamos o novo milénio, porém apenas em 2008 é lançado o Plano Nacional de Saúde Mental (2006-2017), através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 [101]. Este plano é um instrumento de gestão que procura dar respostas às necessidades identificadas pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, criada pelo Despacho n.º 11411/2006, de 26 de maio [102]. Promove a coordenação interministerial com especial destaque para o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, no plano dos cuidados continuados integrados, o Ministério da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, na promoção, prevenção e investigação, o Ministério da Defesa Nacional, para apoio a militares e ex-militares, e o Ministério da Justiça, no apoio a inimputáveis e reclusos [101]. O Plano de ação tem como objetivos primários [101]:

- a) Garantir acesso justo aos cuidados de saúde mental em todo o país;
- b) Promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas que sofrem de doença mental;
- c) Promover a saúde mental das populações e reduzir o seu impacto;
- d) Aproximar os serviços de saúde mental às pessoas que deles necessitem, através da descentralização e envolvimento comunitário, dos utentes e das suas famílias;

---

<sup>19</sup> Especial ênfase aos serviços de saúde primários, pela sua proximidade com a população e pelos serviços providenciados.

<sup>20</sup> Estas respostas procuram melhorar a qualidade de vida e promover a inserção social e comunitária, colaborar em proximidade com as famílias e promover a autonomia das pessoas. As respostas integradas compreendem o **apoio domiciliário integrado** (caracterizado por cuidados pluridisciplinares, de enfermagem e médicos, de natureza preventiva, curativa e outros, e de apoio social) e **as unidades de apoio integrado** (unidades com capacidade para 30 utentes que pela natureza da sua circunstância não podem receber apoio no seu domicílio. O objetivo primário é o de promover a autonomia da pessoa para que seja possível prestar os cuidados necessários em meio domiciliário)

- e) Redução do processo de institucionalização, através da integração dos cuidados de saúde mental no sistema de saúde geral, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais.

Este plano foi avaliado quatro<sup>21</sup> vezes [98] ao longo dos anos da sua vigência, sendo demonstrado que o país estava a dar passos no caminho certo, em especial na transição dos cuidados para a comunidade e na integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde gerais [103]. A atestar sobre o caminho percorrido surgem os seguintes indicadores [98]:

- a) Redução, de cerca de 8%, na capacidade de internamento dos hospitais públicos;
- b) Incremento, de cerca de 12%, das camas convencionadas;
- c) Substituição do internamento de doentes agudos em hospitais psiquiátricos pelo internamento em hospitais gerais;
- d) Incremento de 180% das sessões em hospital de dia;
- e) Incremento de 106% dos utentes do hospital de dia;
- f) Incremento do número de profissionais médicos psiquiatras, em especial pedopsiquiatras.

Não obstante, o Plano Nacional de Saúde Mental apresentou algumas dificuldades de implementação, nomeadamente: a entidade responsável pela implementação não ser dotada de grande autonomia, o financiamento e a gestão do projeto estarem desadequados às suas necessidades, a ineficaz coordenação dos elementos do sistema de saúde mental, que constituem os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação, fraca implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, a falta de incentivos para a realização das intervenções comunitárias. A todos estes constrangimentos devem ser acrescidos todos os outros proporcionados pela crise económica de 2011 [98].

---

<sup>21</sup> 2010- Avaliação do Plano Nacional de Saúde, realizada pelo Alto Comissariado da Saúde; 2011 -Missão da WHO para avaliar o progresso das Reformas de Saúde Mental em Portugal, realizada pelo WHO – *European Regional Office*; 2012- Atualização do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, realizado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental; 2015 -Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde Mental, realizada pelo Programa Nacional para a Saúde Mental. [98]. *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*, Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.

Desta forma, foi crucial alargar o Plano Nacional de Saúde Mental a 2020, sendo identificados os pontos fundamentais para a adoção de algumas medidas, por forma a garantir uma implementação mais articulada e eficiente, tais como [98]:

- a) Criação de uma equipa de coordenação, com autonomia administrativa e financeira, responsável pela implementação do plano;
- b) Alteração dos modelos de gestão e organização dos serviços de saúde mental;
- c) Financiamento, sistema de informação e novo modelo de pagamento dos serviços;
- d) Formação de equipas multidisciplinares, nos serviços locais de saúde mental, ajustadas às necessidades das populações, por forma a providenciar um conjunto mínimo de serviços;
- e) Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários;
- f) Implementação dos cuidados continuados integrados de saúde mental;
- g) Conclusão da transferência para hospitais gerais dos serviços locais que estão ainda na dependência dos hospitais psiquiátricos;
- h) Articulação com as instituições do setor social convencionado;
- i) Reorganização dos serviços de psiquiatria da infância e adolescência;
- j) Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção.

Apesar do plano ter sido iniciado em 2008, verifica-se que ainda existe um longo caminho a percorrer e que urge a necessidade do estabelecimento de uma estratégia de atuação ajustada às necessidades das populações, economicamente lúcida e interministerialmente bem articulada, uma vez que o número de agentes envolvidos é considerável e transversal a todos os sectores e políticas da sociedade. Assim, é exigida uma partilha de responsabilidades entre a saúde mental, outras estruturas públicas e entidades comunitárias. Sem uma estratégia inclusiva e bem articulada dificilmente se conseguirá obter algum resultado que contribua para a melhoria da saúde mental e o bem-estar das populações.

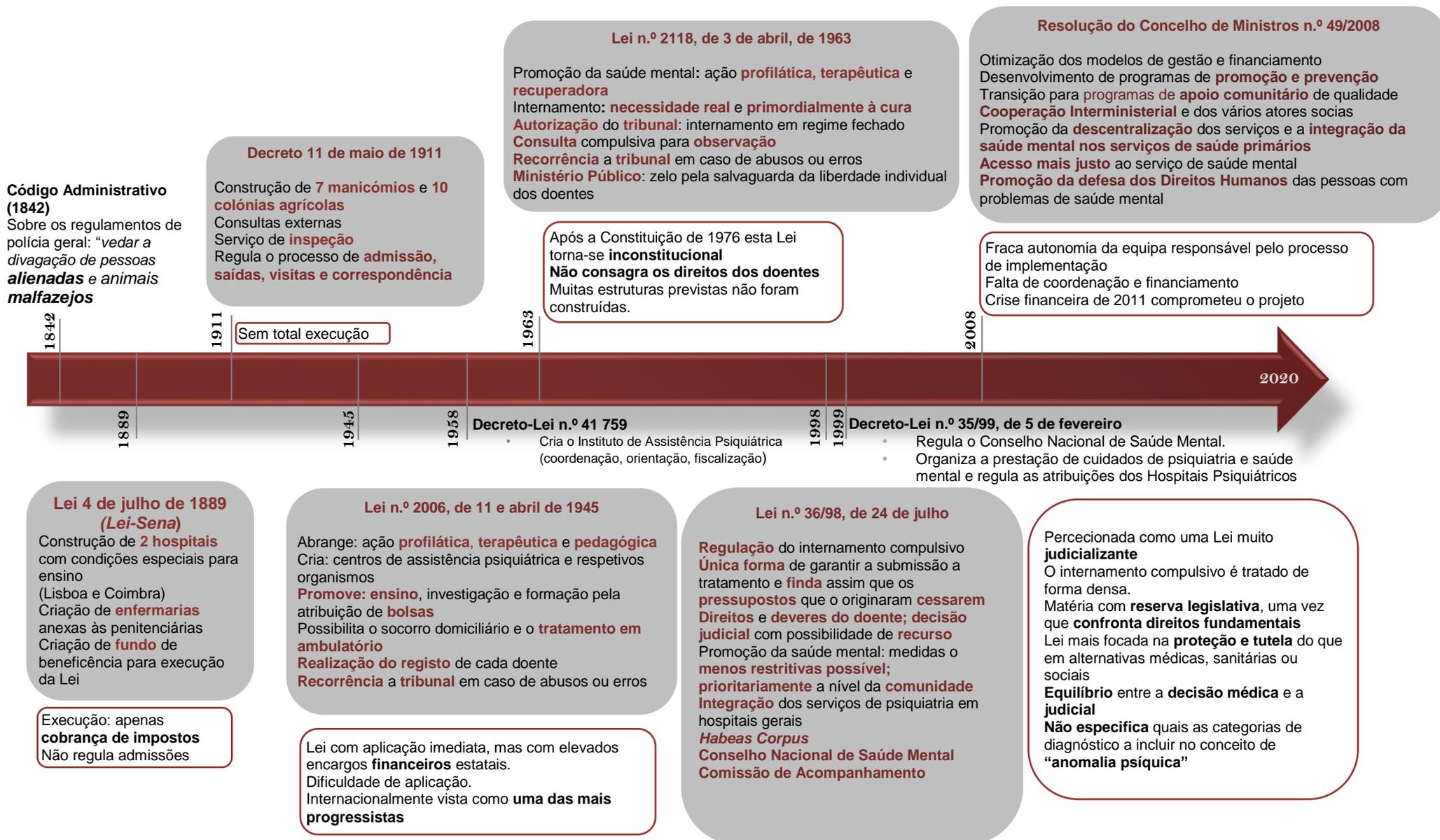


Ilustração 1 - Esquematização da evolução do processo legislativo português.

## A intervenção policial

### O contexto das interações

O advento da psicofarmacologia, em especial durante as décadas de 60 e 70, revolucionou o tratamento das pessoas com doença mental grave promovendo a transição do meio asilar para a comunidade [20], assim como a discussão sobre os direitos fundamentais destas pessoas [11].

Este processo de desinstitucionalização tornou os agentes policiais num dos principais agentes no tratamento de pessoas com doença mental grave, uma vez que são, frequentemente, os primeiros a responder às necessidades dos doentes em crise [104, 105]. Este processo de transição para o tratamento comunitário evidenciou as falhas existentes na assistência social a estas pessoas, tornando o serviço policial numa espécie de “serviço social secreto” [106]. Apesar de alguns problemas serem causados ou estarem associados a pessoas com doença mental é importante evidenciar que, por si só, a doença mental não é um problema de polícia, mas antes um problema médico e social [105].

O envolvimento da polícia no processo de internamento compulsivo resulta de dois princípios: a) Responsabilidade policial na manutenção da segurança e bem-estar da comunidade; b) Doutrina *parens patriae*, que confere poderes e autoridade ao Estado para proteger todas as pessoas que sejam legalmente incapazes de se autodeterminar [104].

Existem alguns fatores que aumentam a frequência das interações das pessoas com doença mental com os agentes policiais, assim como a complexidade das mesmas, tais como: ser sem abrigo [107], o estigma associado à doença mental, particularmente a crença que as pessoas com doença mental grave são perigosas para a comunidade [108], e o abuso de substâncias [109].

Os encontros entre agentes policiais e pessoas com doença mental podem assumir diversos contextos, onde a pessoa com doença mental pode ter diferentes papéis [105]:

- a) **Agressor:** a pessoa com doença mental ameaça outrem pela crença de que essa pessoa é uma ameaça para ela; a pessoa com doença mental comete um crime contra a propriedade ou contra outrem;

- b) **Causador de desordem pública:** a família ou qualquer outro membro da comunidade comunica às autoridades que uma pessoa com doença mental apresenta um comportamento considerado desordeiro;
- c) **Pessoa desaparecida:** a família ou alguma entidade de saúde mental reporta às autoridades o desaparecimento/ ausência de uma pessoa com doença mental;
- d) **Vítima:** a pessoa com doença mental é vítima de crime contra a sua integridade ou propriedade;
- e) **Pessoa que requer cuidados especializados:** a polícia é requerida para realizar o transporte da pessoa com doença mental para o hospital; A polícia encontra uma pessoa com doença mental que é negligenciada nas suas necessidades básicas.

Perante algumas destas situações os agentes policiais abordam-nas de forma genérica não tendo em conta que estão diante uma pessoa com doença mental, o que pode levar à escalada da situação [105] e à reinstitucionalização dos doentes pela via judicial, tornando as prisões o novo local de admissão e acolhimento destas pessoas [110]. Nos Estados Unidos da América estima-se que o número de pessoas com doença mental nas prisões seja três vezes superior ao número de pessoas admitidas em hospitais [111].

A admissão de pessoas com doença mental em local desadequado não é uma situação nova, estando espelhada ao longo da história e ilustrando as falhas do sistema legal, dos planos de assistência comunitária, ou ambas em simultâneo.

A intervenção policial no contexto da saúde mental é naturalmente complexa e exigente para as forças policiais. Estes encontros caracterizam-se por [112]:

- a) Requerem mais tempo do que os outros serviços policiais;
- b) Os agentes têm de ter treino especializado para abordar a situação;
- c) Depende da disponibilidade dos serviços comunitários de saúde mental;
- d) Envolve contactos repetidos com o doente;
- e) Ocasionalmente serem contextos voláteis que colocam em risco a segurança de todos os envolvidos.

Assim, verifica-se que este serviço policial é de difícil resolução, é exigente para o agente policial, denota dispêndio temporal significativo e em algumas situações apresenta um resultado trágico envolvendo feridos e por vezes mortes.

A questão que se coloca perante estes trágicos eventos é o porquê de tal acontecer e o que fazer para melhorar os resultados destas interações.

### **Explorando a problemática**

A experiência dos agentes policiais, bem como as suas características individuais desempenham um papel importante na sua capacidade para responderem eficientemente ao contacto com pessoas com doença mental [12]. Os agentes policiais com elevado nível educacional (12 anos de escolaridade ou mais) percebem as pessoas com doença mental como menos imprevisíveis, menos perigosas e capazes de formar família [113]. Igualmente, os agentes policiais que tenham realizado mais de seis transportes para internamento compulsivo utilizam menos força durante as suas intervenções [113]. Desta forma, a formação e o contacto com os doentes são estratégias eficientes para modificar as percepções e as atitudes que os agentes têm sobre as pessoas com doença mental [13, 14]. Contudo, alguns agentes policiais referem que não estão suficientemente capacitados para lidar com pessoas com doença mental grave [11, 15], sentindo-se incapazes de identificar sintomas da doença mental ou lidar com o comportamento hostil ou psicótico dos doentes, bem como, o desconhecimento sobre quais os meios sociais disponíveis e quando os ativar [7, 16], havendo ainda a percepção que as pessoas com doença mental são mais perigosas do que a população em geral [114].

A percepção sobre a perigosidade das pessoas com doença mental é elemento de grande preocupação, uma vez que sem a consciencialização das populações e dos agentes policiais este juízo sobre a doença mental tende a ser sobrestimado [108]. Em 1950, cerca de 7% dos inquiridos sobre qual o significado de doença mental consideravam a doença mental como sendo uma manifestação comportamental violenta, em 1996 a percentagem ascendia a 12%. Em 2006, 60% dos americanos consideravam que as pessoas com esquizofrenia eram mais propensas a cometer atos violentos contra outras pessoas, e 32% considerava que o mesmo se verificava com as pessoas com depressão major [115]. Este constructo errado contribui para o aumento da estigmatização da doença, bem como para o aumento do número de detenções de pessoas com doença mental [116].

As pessoas com doença mental grave, em especial aquelas que apresentam pensamentos desorganizados, impulsividade, fraca capacidade de resolução de

problemas, constituem um grupo de elevada vulnerabilidade a serem vítimas de violência física, devido à sua falta de capacidade para avaliar os riscos [117].

De facto, a relação entre doença mental e a violência é bastante complexa, estando intimamente ligada à conjugação de vários fatores de risco, tais como: o histórico da pessoa (detenções, passado violento especialmente durante a infância, abuso físico), clínicos (abuso de substâncias, esquizofrenia, perturbações de personalidade), demográficos (idade, sexo, género) e o contexto (divórcio recente, desemprego) [115, 117].

Entre estes fatores, a comorbilidade de doença mental (em especial esquizofrenia e doença bipolar) com o abuso de substâncias, e o histórico de violência, são elementos fundamentais para determinar o risco da pessoa perpetuar atos violentos [115-117]. O risco de um doente bipolar com comorbilidade de abuso de substâncias cometer um ato violento é de 6.4 vezes superior à população em geral (intervalo de confiança a 95% [5.1-8.1]), todavia estando perante a mesma patologia, mas sem a comorbilidade com o abuso de substâncias, o risco de cometer um ato violento é de 1.3 vezes superior à população em geral (intervalo de confiança a 95% [1.0-1.5]) [118]. No que diz respeito aos doentes com esquizofrenia o risco de cometerem um ato violento quando existe comorbilidade com abuso de substâncias, e quando esta está ausente, é de 4.4 (intervalo de confiança a 95% [3.9-5.0]) e 1.2 (intervalo de confiança a 95% [1.1-1.4]), respetivamente, vezes superior à população em geral [119]. Não obstante, quando se compara a diferença dos rácios entre doentes que sofrem de bipolaridade ou esquizofrenia, com comorbilidade, com irmãos não afetados pela doença, verifica-se que a diferença existente é ténue, podendo significar que a partilha de elementos genéticos ou ambientais, como pobreza ou exposição precoce a atos violentos, poderá contribuir para o comportamento violento [115]. Não existe evidência de um risco aumentado para atos violentos ou outro tipo de ofensas contra outrem nas pessoas que sofram de outras doenças mentais, porém, o que é verificado, particularmente em perturbações depressivas, é um risco aumentado para comportamentos autodestrutivos e suicidas [116].

A falta de treino e o desconhecimento sobre a doença mental leva a que alguns encontros entre as pessoas com doença mental grave e os agentes policiais resultem em utilização abusiva de força, precipitação de atos violentos e por vezes em morte [12, 120, 121]. Nos Estados Unidos da América, em 2015, cerca de 23% (251 mortes) do total de

mortes (n=1099) resultaram de encontros entre as forças policiais e pessoas com doença mental grave [122].

Por seu turno, e uma vez que estamos perante uma relação de poder assimétrica, os doentes exprimem medo aquando do contacto com os agentes policiais, seja pelo desconhecimento do agente, por haver a possibilidade de ser levado para um lugar que lhe é desconhecido, ou pela simples presença de um agente policial e pela sua atitude mais autoritária [11].



**Ilustração 2- Os principais fatores de confrontação.**

## A resposta ao problema dos encontros trágicos

A complexidade destas interações e os eventos trágicos delas resultantes amplificou a necessidade de implementarem-se medidas que auxiliassem as forças policiais a responder adequadamente a estas chamadas. Estas medidas podem ser categorizadas da seguinte forma [106, 123]:

- a) **Resposta promovida por especialistas em saúde mental:** Esta resposta caracteriza-se pela cooperação entre a polícia e equipas de socorro móveis que existem no seio da comunidade e que operam de forma independente da polícia;
- b) **Resposta policial com auxílio de especialistas em saúde mental:** Esta resposta caracteriza-se pela presença de um profissional de saúde mental no departamento policial que auxilia os agentes no local ou via telefónica;
- c) **Resposta policial especializada:** Esta resposta caracteriza-se pela existência de agentes policiais do departamento que tenham tido treino especializado em saúde mental. Estes agentes são a primeira linha de resposta no auxílio a doentes em crise na comunidade e atuam como elo de ligação ao sistema de saúde mental.

O modelo CIT (do inglês *Crisis Intervention Team*), que se encaixa no modelo de resposta policial especializada, é considerado como o melhor modelo para dar a melhor resposta a esta problemática [106].

Os agentes policiais que pretendam fazer parte desta unidade devem voluntariamente propor-se à realização de uma formação de quarenta horas em saúde mental, com a possibilidade de realização de formação complementar. O modelo está para lá da formação policial especializada, incluindo outras medidas que visam otimizar o processo de auxílio ao doente, tais como [124]:

- a) Parcerias entre a polícia, órgãos de saúde mental, advogados e pessoas com experiência vivida nos problemas da saúde mental;
- b) Avaliações e pesquisas por forma a medir o impacto e a eficiência da resposta;
- c) Remoção de barreiras que dificultem o acesso à saúde mental, garantindo um tempo mínimo de resposta e um acesso rápido e eficiente à emergência médica.

O desenvolvimento de equipas policiais especiais, CIT, adequadamente escolhidas, treinadas e altamente motivadas para auxiliar as pessoas com doença mental grave e em crise têm apresentado resultados positivos, menor uso de força nas interações que envolvam pessoas com doença mental, comparativamente com aquelas que não realizaram o treino [125], maior eficácia na resolução das diversas situações resultando num menor número de detenções [126] e em menor número de polícias feridos (redução de 32% após um ano de implementação do modelo) [112], incremento da confiança do polícia, aumento do conhecimento dos agentes sobre doença mental, alteração das atitudes e comportamentos dos agentes face às pessoas com doença mental, reduzindo o distanciamento social relativamente aos doentes com esquizofrenia [127]. Este programa apresenta resultados duradouros, uma vez que o conhecimento adquirido é mantido após o término do treino, especialmente em polícias mais experientes [128].

Apesar da eficácia do programa CIT, e de ser essencial que todos os agentes policiais realizem um programa de treino que tenha por base o reconhecimento das diversas expressões da doença mental e em técnicas de controlo comportamental [106], é reconhecida, devido à complexidade da realidade da doença mental, a necessidade de se promoverem abordagens multidisciplinares, envolvendo outros profissionais especializados (e.g. autoridades médicas locais), e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde mental durante o processo [113, 129].

A forma como os agentes abordam a situação, em especial os primeiros momentos de contacto, é determinante para a cooperação do doente. Se os agentes utilizarem os primeiros segundos para conversar com o doente e utilizarem técnicas verbais de controlo comportamental, é provável que a situação seja resolvida sem haver a necessidade de utilização de força [130]. Este processo de cooperação aparenta estar intimamente ligado à legitimidade policial [106].

A abordagem processualmente justa é vista como sendo a melhor via para promover a legitimidade policial, e por conseguinte, a cooperação dos cidadãos [131]. Esta abordagem é fundamentada em dois fatores: i) a qualidade dos procedimentos decisores (i.e., participação prévia dos cidadãos no ato decisor, dar voz aos cidadãos, bem como a neutralidade da decisão) e ii) a qualidade do tratamento (i.e., a dignidade e o respeito com que as pessoas são tratadas, e se os motivos das autoridades são percecionados como fidedignos) [131, 132]. Estes dois fatores emergem em quatro

constructos fundamentais que moldam a atividade policial: (i) voz, (ii) motivos fidedignos, (iii) dignidade e respeito (iv) neutralidade no processo de decisão [131].

A percepção de que o processo está a ser conduzido de forma justa é importante para os grupos mais marginalizados ou vulneráveis, uma vez que esta forma de tratamento fá-los-á sentirem-se valorizados no seio da comunidade [130], contribuindo para menor resistência, maior cooperação durante o encontro e em contactos futuros [106].

O encontro entre estas duas realidades (doença mental VS policial) revelou um novo universo de problemas, exigindo dos agentes policiais mais do que seria expectável e colocou as pessoas com doença mental num meio mais hostil do que aquele que a sua doença os coloca. Desamparados e sem respostas sociais adequadas os doentes entram num *loop* recessivo entre o contacto hospitalar e o condicionalismo social. A solução para todos estes desafios não depende da vontade do médico ou do juiz, mas antes da sensibilidade do decisor político.

## **Métodos**

### **Recrutamento e Participantes**

O estudo foi realizado em seis esquadras da Polícia de Segurança Pública (PSP) do Comando Metropolitano da Cidade do Porto. As esquadras foram indicadas pelo Núcleo de Formação da PSP, que realizou a averiguação sobre as esquadras com maior envolvimento em situações de internamento compulsivo. As esquadras selecionadas abrangeram uma vasta área do Comando Metropolitano da Cidade do Porto (Matosinhos, Ribeira, Santo Tirso, Maia, Foz, Lagarteiro), sendo assim possível obter informação mais vasta e diversificada sobre o fenómeno em estudo.

Foi enviado, via correio eletrónico, um documento a todos os participantes com informação detalhada sobre o estudo, incluindo detalhes de contacto para esclarecimento de futuras dúvidas (**ver apêndice 1**). Posteriormente, o autor entrou em contacto direto (via telefone ou presencial) com cada agente de polícia, em cada departamento, para o convidar a participar no estudo.

O único critério de inclusão no estudo era a realização de pelo menos um mandado de condução para internamento compulsivo ao abrigo da Lei n.º 36/98.

### **Recolha de dados e Análise**

Para recolha de informação foi construído um guião de entrevista (**ver apêndice 2**), com o auxílio de um oficial de polícia e da orientadora. Outro formato de metodologia qualitativa, como grupos focais, poderia ter sido utilizado, porém este método é logisticamente mais complexo do que as entrevistas e poderia comprometer a participação dos agentes a partilhar as suas experiências individuais, constrangidos num formato de grupo pelo tempo e pela presença de outros agentes. Foi também elaborada uma vinheta com uma situação hipotética de escalada de violência para ser resolvida pelos agentes entrevistados (**ver apêndice 3**). Foram ainda recolhidos os dados sociodemográficos dos participantes (**ver apêndice 4**).

Previamente à condução da entrevista, realizada pelo autor, foram explicados os objetivos do estudo, a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer tipo de penalização, e a resposta a qualquer dúvida que os participantes apresentassem. Posteriormente foi obtido o consentimento dos participantes (**ver apêndice 5**). Foram ainda recolhidas informações relativas ao espaço onde a entrevista decorreu (e.g., descrição geral do espaço, presença de luz natural, existência de barreiras entre os intervenientes).

Todas as entrevistas foram áudio gravadas utilizando um gravador de voz (Olympus WS-853) e depois transcritas em relato *verbatim*, com o auxílio do *software* de transcrição *Express Scribe*, para um documento em formato *Microsoft Word*. Todos os documentos gerados foram armazenados num dispositivo de armazenamento externo, sem ligação à internet, e em espaço físico distinto dos consentimentos assinados. Os nomes dos agentes foram substituídos por números, por forma a garantir o anonimato dos participantes. A análise dos transcritos foi realizada através da análise temática proposta por *Braun&Clarke* [133], com o auxílio do *software* Nvivo 12 Plus, versão 12.0. A escolha deste método de análise, em detrimento de outros métodos disponíveis, sobretudo a análise interpretativa fenomenológica, que explora a forma como os participantes percecionam as suas experiências, deveu-se ao facto da análise temática ser um método flexível, independente de quaisquer posições teóricas, matrizes epistemológicas ou ontológicas. A análise temática permite efetuar uma análise aos dados sem a necessidade de se aprofundar construções teóricas, algo que se verificou adequado a este projeto académico.

Os códigos inicialmente gerados foram todos revistos por forma a eliminar redundâncias entre códigos. Sempre que necessário os códigos redundantes eram englobados num novo código e renomeados. Posteriormente, os códigos foram agrupados em categorias mais abrangentes, onde códigos similares foram colocados sob a mesma categoria.

Os temas foram gerados em conformidade com a pergunta científica. Todos os temas gerados foram revistos e refinados, por forma a garantir que os códigos que os compunham encontravam-se fortemente associados com o núcleo conceptual de cada tema, e que os temas gerados eram distintos entre si. Ulteriormente, procedeu-se à nomeação dos temas. Por forma a garantir a consistência do trabalho procedeu-se a codificação dupla com verificação cruzada entre codificadores, neste caso entre o autor e a sua orientadora.

## Resultados

Doze polícias foram convidados a participar no estudo, destes, dez aceitaram participar. Nove eram do género masculino e um do género feminino, todos caucasianos, com uma média de idades de 46.4 anos (idades compreendidas entre: 34 a 58 anos). Todos eram da categoria Agente, com uma média de 22.6 anos de serviço, e todos com mais de 10 anos de serviço. Nenhum relatou a existência de diagnóstico de doença mental. Apesar de serem realizados vários internamentos compulsivos em cada uma das esquadras, o número de internamentos em cada uma difere de uma intervenção por mês a várias, apresentando alguma sazonalidade, como a variação das estações do ano, em especial na primavera e outono, datas festivas e períodos de férias. Todos os agentes referiram que não haviam tido qualquer tipo de formação específica para lidar com pessoas com doença mental.

As entrevistas tiveram a duração de 25 a 57 minutos.

Após o processo analítico foram criados cinco temas (**ver tabela 1**).

**Tabela 1 - Temas e subtemas**

<i><b>A atividade policial e o internamento compulsivo</b></i>	<i><b>Importância familiar no processo de internamento compulsivo</b></i>	<i><b>Tríade do sucesso</b></i>	<i><b>Percepções sobre doença mental</b></i>	<i><b>Melhorar a realidade do internamento compulsivo</b></i>
A importância da Lei	Facilitador de acesso ao doente	Obter conhecimento sobre o doente	Ciclicidade	Desencontro entre a segurança e a saúde
O primado da ajuda ao doente	Fonte de informação	Construir relacionamento	Crenças sobre as pessoas com doença mental	Aspetos negativos resultantes da intervenção policial
Atividade operacional moldada pela condição de doente		Ser paciente, não precipitado		Dificuldades policiais
A presença policial conta				Outras soluções
Instrumentalização policial				

## A atividade policial e o internamento compulsivo

A atividade policial intrínseca ao internamento compulsivo de pessoas com doença mental assume peculiaridades muito próprias. A atividade policial é regulada pela Lei de Saúde Mental que determina o alcance e a dimensão da atividade policial. Todavia, os agentes policiais têm de lidar com o comportamento de uma pessoa que, embora não tenha cometido nenhum crime, ser-lhe-á restringida a liberdade para que possa receber o tratamento médico adequado (**ver tabela 2**).

Tabela 2- Citações sobre a atividade policial e o internamento compulsivo

---

### A atividade policial e o internamento compulsivo

---

A importância da Lei	<p><i>“A partir do momento em que nós estamos a a obrigá-la a fazer alguma coisa neste caso a ir ao médico... tem que existir uma lei uma legalidade que nos permita fazer isso acho que esse é o objetivo é dar legalidade a um procedimento que vai fazer bem à pessoa mas temos que dar legalidade porque temos a restringir-lhe a liberdade”</i> (Agente 03)</p> <p><i>“Se eu num tiver a lei de saúde mental como é que eu vou fazer ooo como é que eu vou vou privá-lo da liberdade aquele aquele estante de de tempo pó levá-lo ao hospital porque isto depois ehh há essa há esse há esse ponto da privação da liberdade...[...] não é <b>detido</b> mas é privado da liberdade no momento em que é forçado por nós a ir ao hospital”</i> (Agente 01)</p>
O primado da ajuda ao doente	<p><i>“Estas pessoas nós temos que compreender que elas tão.... Pah num estado em que nãoooo... <b>não estão no estado normal delas e nós temos que tentar...</b> nós tem- em em primeiro em primeira em primeiro passo <b>temos que perceber isso que vamos lidar com pessoas que não estão</b> ehhe estão a precisar da ajuda e estão a precisar da nossa ajuda e da ajuda deee de de de outros técnicos...”</i> (Agente 05)</p> <p><i>“Sempre sempre tentámos dizer que a razão de nós termos ali... <b>é pra pró ajudar...</b> portanto... sempre portanto de sempre portanto de ehhe de usar todos os todos os todos os meios portanto toda a persuasão que temos para dizer “ nós temos aqui não estamos para o prender porque o <b>senhor não cometeu nenhum crime... temos aqui apenas para o ajudar...</b>””</i> (Agente 10)</p>
Atividade operacional moldada pela condição de doente	<p><i>” Eu quando recebo as informações e os mandados eles já consideram uma pessoa doente “o doente tal o doente tal” portanto se é o doente se as pessoas dizem que ele é doente eu tenho de o tratar como um doente”</i> (Agente 01)</p> <p><i>“Porque se é uma pessoa que tem uma doença mental... eu automaticamente trato-a com toda a dignidade e respeito ((...)) porque numa pessoa se fosse normal um determinado tipo de atitudes eu não as tinha...”</i> (Agente 09)</p> <p><i>“Derivado ààà a tentar zelar um pouco pela privacidade... pa não se criar uma imagem negativa de que a polícia está ali qué “o que é que aquele sujeito fez” porque existe logo a imagem negativa de que ele fez alguma coisa... portanto e aqui eu trabalho à civil quando dou cumprimentos a mandados”</i> (Agente 09)</p>

---

---

A presença policial conta	<i>“Que tivesse la um um vigilante ou qual- embora é a tal situação... se calhar ehhh ehhh se fosse um vigilante poderiam eram não respeitar tanto a pessoa que lá estava à porta como se fosse como sendo alguém fardado não é é diferente” (Agente 07)</i>
Instrumentalização policial	<i>“Sim porque o doente sabe que não podeee... que se se... se se exceder está lá a polícia pra praaa pra acabar com aquilo.... Já existiu situações em que o médico “não não senhor não quero aqui não quero aqui a polícia”... pronto isso é legítimo e até faz mais sentido... só que depois chamam-nos aflitos porque eles lhe estão a apertar o pescoço por [...] Acho que a polícia é nesses casos é essencial porque nós nunca podemos prever...” (Agente 03)</i>

---

**Legenda:** [...] – corte no relato do participante.

**Nota:** A tabela apresenta o relato do participante em relato *verbatim*. Ver **apêndice 6** sobre o sistema de notação.

## A importância da Lei

A existência de uma Lei que regula o internamento compulsivo é o ponto basilar da atividade policial. Isto legitima os agentes policiais e permite-lhes privar a liberdade de um qualquer cidadão sujeito a avaliação médica ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

Os agentes entrevistados neste estudo destacaram o papel fundamental da legitimidade legal, uma vez que na sua ausência não haveria fundamento para a privação da liberdade e, por conseguinte, o auxílio à pessoa ficaria comprometido. Um outro dado importante é o facto de os agentes referirem-se à restrição da liberdade como uma “**privação**” e não como “**detenção**”. Isto marca a diferença entre aquele a quem a liberdade é-lhe restringida por delito criminal e a pessoa com doença mental, a quem a liberdade é-lhe restringida para que seja proporcionado o tratamento médico necessário. Esta diferença é bem reconhecida pelos agentes policiais e refletida nas suas intervenções.

## O primado da ajuda ao doente

A intervenção policial no âmbito da saúde mental é pautada pelo princípio da ajuda ao doente. Neste caso, os agentes policiais estão a ajudar a pessoa que sofre de doença mental e que não terá a capacidade de reconhecer a sua doença e a

necessidade de tratamento. Este ponto de partida da intervenção policial é crucial para a humanização da intervenção. A compreensão de que o comportamento apresentado pela pessoa é apenas a expressão da sua doença e a forma que tem de exprimir a necessidade de ajuda, molda toda a operação e as ações do agente policial.

### **A atividade operacional moldada pela condição de doente**

A existência de doença mental é uma condicionante das ações que os agentes policiais poderão ter perante a pessoa com doença mental sujeita ao transporte policial. Os agentes policiais procuram realizar a operação com a maior reserva evitando a utilização de instrumentos de autoridade (utilização de algemas, o veículo policial celular), por forma a preservar a privacidade do doente.

### **A presença policial conta**

Há o reconhecimento que presença policial, por si só, sem qualquer tipo de medida ativa de controlo, apresenta um resultado positivo sobre o comportamento do doente, promovendo um comportamento mais controlado, submisso e respeitador, garantindo, assim, a segurança de todos os envolvidos no processo de internamento compulsivo.

### **Instrumentalização policial**

Apesar do papel nuclear e ativo no processo de internamento e do seu acesso privilegiado ao meio social dos doentes, os agentes policiais surgem e percecionam a sua importância no processo de internamento compulsivo como um instrumento legal, onde a sua função é cumprir com a tarefa: transportar o doente até ao hospital.

## Importância familiar no processo de internamento compulsivo

A família desempenha um papel importantemente ativo na intervenção policial durante o processo de internamento compulsivo, uma vez que pode prover informação detalhada e atual sobre o doente. Esta informação é importante para a preparação da intervenção policial. Para além disto, a família é quem pode facilitar o acesso direto ao espaço físico do doente.

O envolvimento familiar no processo de internamento compulsivo é imperativo para que se consiga chegar ao doente de forma mais eficiente e com um menor risco de confrontação (**ver tabela 3**).

**Tabela 3- Citações sobre a importância familiar no processo de internamento compulsivo**

---

<b><i>Importância familiar no processo de internamento compulsivo</i></b>	
Facilitador de acesso ao doente	<i>“Quando o doente reside sozinho portanto é como eu lhe tava a dizer nós não podemos portanto se não há uma situação que requeira uma intervenção imediata... portanto nós não podemos estar a ahhhh a entrar em casa da pessoa contra a vontade dela porque ele não nos abre a porta não vamos deitar uma porta arrombar uma porta... só porque temos um mandado... porquee porque não... não nos permite claramente não nos permite isso.” (Agente 10)</i>
Fonte de informação	<i>“Nós te- conversamos com o familiar para nos por à par... do como é que é o comportamento do doente... quais são os hábitos dele... a que horas é que sai se sai de casa que é pra vermos qual é a melhor altura... de de ir efetuar o mandado eee e também o muito importante o comportamento dele... se é agressivo se não é se vai reagir bem com a presença da polícia se não vai... se vai reagir mal... isto tem que ser feito e analisado....” (Agente 05)</i>
	<i>“E ehbbb quando vem o mandado a gente contacta sempre o familiar... ehbb pra ver qual a melhor forma ehbb de abordar a pessoa... se acha melhor ele ele primeiro o familiar fala que a gente vai lá e que ele tem que ir ehbb... ou ((...)) ehbb pa sabermos a forma como a gente deve levar... se é agressivo se não é... se costuma ser cooperante ou não.... Embora nestes casos pronto a gente é como lhe dizia à um bocado... a maior parte dos que temos aqui já são ehbb habituais... portanto já os levamos mais do que uma vez então a gente já os conhece eee ehbb... Já sabe a melhor forma de os tratar... mas quando são pessoas que é a primeira vez... a primeira coisa que tentamos fazer é contactar com o familiar para saber o tipo de pessoa que é não.” (Agente 07)</i>

---

**Legenda:** [...] – corte no relato do participante.

**Nota:** A tabela apresenta o relato do participante em relato *verbatim*. Ver **apêndice 6** sobre o sistema de notação.

### **Facilitador de acesso ao doente**

O enquadramento jurídico do internamento compulsivo não permite aos agentes policiais a entrada forçada na habitação dos doentes. Tal significa que o envolvimento de alguém próximo ao doente, tipicamente um familiar, é crucial para que se obtenha acesso direto ao doente. Sem este, os agentes policiais terão que agilizar uma intervenção na via pública, para que possam dar cumprimento ao mandado.

### **Fonte de informação**

A quantidade e a qualidade de informação que é provida aos agentes policiais é, frequentemente, parca. Os amigos próximos do doente ou a família são boas fontes de informação sobre a personalidade do doente, estado emocional atual, e aconselhar sobre qual o melhor momento para executar o mandado.

## Tríade do sucesso

O transporte de pessoas com doença mental sujeitas a internamento compulsivo é um processo desafiante, dada a complexidade dos sintomas exibidos por estes doentes e pela sua situação social. Nesta intervenção, os agentes policiais são colocados perante circunstâncias muitas vezes desconhecidas. Para que o processo seja concretizado de forma eficiente e com o menor risco possível é necessária a adoção de algumas medidas (ver tabela 4).

Tabela 4- Citações sobre a tríade do sucesso

<i>Tríade do sucesso</i>	
Obter conhecimento sobre o doente	<i>“Nós não podemos ir como se diz “de olhos fechados” [...] Nós te- conversamos com o familiar para nos por à par... do como é que é o comportamento do doente... quais são os hábitos dele... a que horas é que sai se sai de casa que é pra vermos qual é a melhor altura... de de ir efetuar o mandado eee e também o muito importante o comportamento dele... se é agressivo se não é se vai reagir bem com a presença da polícia se não vai... se vai reagir mal... isto tem que ser feito e analisado.... [...] através de vizinhos ou dali pessoal perto sa- tentarmos saber... oss... quais são os hábitos dele dessa pessoa e se ele é agressivo se se torna agressivo se não se torna... isso é importante... pra mesmo para saber pra pra que o serviço corra... dentro da normalidade e pra que nós consigamos levar ooo o o doente sem que ocorra grandes... problemas “ (Agente 05)</i>
Construir relacionamento	<i>“É muito importante essa situação de nós conseguir cativar a confiança do doente muito importante para esse serviço... aliás eu acho que deve ser até... a coisa mais importante é conseguir cativar com que eles confiem em nós... porqueee... se não é muito difícil... se eles não consegu- se eles não confiarem ou se desconfiarem de deee por qualquer dessas situações da da de nós.... É muito difícil conseguirmos concretizar o serviço sem ser um bocadinho a mais à força ou isso... é muito difícil” (Agente 05)</i>
Ser paciente, não precipitado	<i>“Lá me sentei com ele... tive ali a fazer que comia então lá disse “ ó João opah temos que ir... a uma consulta óóó ao Hospital Magalhães Lemos temos que e tal” “ ó sir agente agora estou a comer o bacalhau... deixe-me primeiro comer e tal”... sabe que estive lá quase duas horas... ali a fazer que estava a almoçar com ele... levou foi connosco na maior...” (Agente 05)</i> <i>“Mas sou um gajo proco eu proco levar a pessoa para o conduzir eu quero que ela me acompanhe de livre e espontânea vontade... Por vezes posso demorar mais um quarto de hora vinte minutos meia hora a tentar ali ehhh levá- lo à razão porque tem que ir” (Agente 09)</i>

**Legenda:** [...] – corte no relato do participante.

**Nota:** A tabela apresenta o relato do participante em relato *verbatim*. Ver **apêndice 6** sobre o sistema de notação.

### **Obter conhecimento sobre o doente**

O conhecimento que é obtido sobre o doente é fundamental para o êxito da intervenção. Isto inclui reunir informação sobre o comportamento do doente, hábitos, pessoas com quem vive e fatores que poderão moldar a reação do doente aquando da intervenção policial. Frequentemente, esta informação é obtida através dos familiares, todavia há doentes que vivem sozinhos ou não têm família. Quando assim o é, os agentes policiais têm de utilizar todos os meios disponíveis para obter informação sobre o doente.

### **Construir relacionamento**

Desde o primeiro momento em que o agente policial aborda a pessoa com doença mental o seu objetivo é ganhar a confiança da pessoa. O processo construtivo de relacionamento e confiança no agente policial é algo que consome muitos recursos ao agente, especialmente tempo. Não obstante, este elemento é mandatório para a intervenção policial. Sem este, a intervenção policial pode ser comprometida.

### **Ser paciente, não precipitado**

A complexidade da dinâmica policial nas intervenções de internamento compulsivo, traduzida no tempo consumido, requer dos agentes policiais bastante sensibilidade, paciência e boas capacidades comunicativas. Nestas intervenções, a paciência e o diálogo são as únicas ferramentas disponíveis para os agentes policiais e é o que os pode ajudar a serem vistos pelo doente como um parceiro. O estabelecer de um diálogo com uma pessoa com doença mental pode ser algo desafiante, mas dá ao agente policial a noção de controlo da situação. Esta é a estratégia desenvolvida para melhor compreender o doente e ganhar-lhe a confiança, promovendo a cooperação deste e o aceitar que tem de acompanhar o agente policial.

## Percepções sobre doença mental

A percepção e a crença dos agentes policiais relativa à doença mental, e à pessoa que dela sofre, têm valor significativo nas atitudes que o agente policial tem para com aquela pessoa e poderá facilitar o entendimento sobre o comportamento e as atitudes dos doentes (ver tabela 5).

**Tabela 5- Citações sobre as percepções sobre a doença mental**

---

**Percepções sobre a doença mental**

---

	<p><i>“A maior parte dos que temos aqui já são ehhh habituais... portanto já os levamos mais do que uma vez então a gente já os conhece ” (Agente 07)</i></p>
Ciclicidade	<p><i>“Tinha ai um senhor de idade que até já faleceu no ano passado aquilo prontos jáaa levei-o várias vezes porque ele já tava a... já era cliente habitual só que ele prontos tomava a medicação e andava aí um tempinho porreiro largava a medicação... eh hh metia-se no álcool prontos andava aí descompensado e depois ah como ele tinha consultas periódicas... a médica assistente como ele... como ele faltava à às consultas toca a ... comunicar ao ministério público para emitir o mandado de condução e portanto que ele andava aiii prontos...” (Agente 04)</i></p>
Crenças sobre as pessoas com doença mental	<p><i>“A doença do século... porque a doença do século é a mental... a doenç- a doença do século é do século é a mental e eh a falta de consciência sobre essa situação cada vez diminui mais as pessoas não têm consciência que que estão mal e que precisam de ir ao médico” (Agente 03)</i></p> <p><i>“Porque um individuo queee pontos não... esteja... como é o termo que eles usam descompensado pode-se tornar perigoso para ele próprio...ó sei lá por termo à vida ouuu... fazer mal a terceiros ” (Agente 04)</i></p> <p><i>“Porque uma pessoa... é é assim se uma pessoa não está bem eh hh de saúde eh hh acaba por se tornar perigosa eh hh pra ela e pra quem os rodeia não é ” (Agente 07)</i></p>

---

**Legenda:** [...] – corte no relato do participante.

**Nota:** A tabela apresenta o relato do participante em relato *verbatim*. Ver **apêndice 6** sobre o sistema de notação.

## **Ciclicidade**

A doença mental é compreendida pelos agentes policiais como cíclica, dada a frequência com que realizam sucessivos transportes do mesmo doente, em diferentes períodos da doença. Esta ciclicidade, característica dos internamentos compulsivos, reforça o papel ativo dos agentes policiais no tratamento do doente, apesar de o ser de forma reativa, nas situações de crise.

## **Crenças sobre pessoas com doença mental**

Os agentes policiais creem que as pessoas com doença mental são imprevisíveis, perigosas e com falta de discernimento para avaliar a sua doença e a necessidade de tratamento.

## **Melhorar a realidade do internamento compulsivo**

Os agentes policiais assumem a responsabilidade pela privação da liberdade do doente, pela posterior restituição à liberdade (caso se verifique), e pelo transporte deste até à urgência psiquiátrica mais próxima do local que originou o internamento para avaliação médica, como tal, estão presentes em quase todos os momentos do internamento compulsivo do doente. Desta forma, os agentes policiais são um elemento idóneo, com informação rica e detalhada, no processo de melhoramento do internamento (ver tabela 6).

## **Desencontro entra a segurança e a saúde**

O ponto de maior controvérsia no internamento compulsivo para os agentes policiais surge com o contacto hospitalar. Este contacto é compreendido pelos agentes policiais como sendo dispendioso, em termos temporais e recursivos. Os agentes policiais argumentam que os doentes compulsivos têm de ter prioridade sobre os demais, uma vez que aqueles estão sujeitos a mandado judicial. A presença policial no hospital é sentida como sendo abusiva para o doente, tendo um impacto negativo sobre este, e como um gasto de recursos policiais desnecessário, sentida por vários agentes policiais como a sua própria detenção.

## **Aspetos negativos resultantes da intervenção policial**

A despeito do cuidado que os agentes policiais têm ao lidar com pessoas com doença mental, a utilização de uma instituição poderosa e que lida com o mundo criminal (i.e. a polícia) pode acarretar alguns prejuízos para a pessoa a ser conduzida para avaliação médica.

## **Dificuldades policiais**

As interações entre os agentes policiais e as pessoas com doença mental têm uma dinâmica especial. Os agentes policiais têm de transportar o doente até à urgência de psiquiatria mais próxima do local que originou o mandado sem qualquer tipo de incidente, o que envolve o cumprimento das ordens policiais por parte do doente de forma, preferencialmente, espontânea. O processo de comunicação não é fácil e os agentes sentem-se mal preparados para a realização da tarefa.

O sentimento de má preparação poderá resultar pela má compreensão e/ou falta de treino dos agentes policiais sobre o comportamento das pessoas com doença mental. Por outro lado, o processo de internamento compulsivo não é o cerne da atividade policial e a frequência das intervenções é baixa. Os agentes policiais aprendem a lidar com as pessoas com doença mental através da sua própria experiência.

## **Outras soluções**

Os agentes policiais apresentam sugestões para melhorar o processo de internamento compulsivo, sem prejuízo da sua exclusão do processo ou responsabilidades. Ao invés, o foco deverá ser o de melhorar a acessibilidade dos doentes ao serviço de saúde mental. As sugestões focam-se na presença policial no hospital, onde é expressada clara indignação pela sua inutilidade e o impacto que tem no seu serviço enquanto polícia.

**Tabela 6 - Citações sobre o melhoramento da realidade do internamento compulsivo**

**Melhorar a realidade do internamento compulsivo**

	<p><i>“Através de um mandado ou foi do delegado de saúde eu tenho que ir pá li fazer <b>pá fila</b>... às vezes tem uma fila enorme pa fazer uma... uma ficha de inscrição... agora claro que eles baseiam-se aquilo é as urgências... como aquele doente tão lá outros... ou acompanhados com um familiar ou não ... ehh (...) é feito assim a diferença é que ali tão-se a usar outros meios [...] gastar-se recursos gastar-se polícia e tar um carro patrulha às vezes [...] os recursos tão a ser usados é que tem que se pensar bem... ehh que se as coisas lá não forem feitas de forma mais ágeis pah tá tudo parado” (Agente 01)</i></p>
<p><b>Desencontro entre a segurança e a saúde</b></p>	<p><i>“A presença da polícia ali [no hospital] acaba por se hmmm desgastante até para... com a pessoa que foi conduzida porque olha para nós e vê-nos aí sim sentem que nós tamos a privá-los da hmmm do seu bem-estar.... Acaba por ser demasiado tempo” (Agente 09)</i></p> <p><i>“Estamos a falar aqui de um polícia que está ali... um não dois polícias que estão ali outras vezes mais estão ali seis sete horas à espera seja que haja uma avaliação... ou seja eee e eu acho que isso aí é um bocadinho ou seja é gastar recursos” (Agente 02)</i></p> <p><i>“Se aqui [no hospital com mandado de condução] se existe uma prioridade porque há um doente que tá ser conduzido... por ordem judicial ou por ordem por... por uma outra entidade (...) deveria ser prioritário porque há outras pessoas envolvidas que têm que ser libertadas” (Agente 09)</i></p>
<p><b>Aspetos negativos resultantes da presença policial</b></p>	<p><i>“ O que é que as pessoas pensam “opah olha mais um bandido” naaum é você se tiver num hospital e vê um polícia <b>fardado</b>... [...] vai julgar a pessoa ” (Agente 01)</i></p> <p><i>“Só que é o facto de nós lá estarmos não quer dizer que a pessoa esteja... tenha cometido algum crime... ou seja na sociedade é que um comum civil... que ande ao nosso lado está rotulado de criminoso ” (Agente 02).</i></p>
<p><b>Dificuldades</b></p>	<p><i>“Ehhh como já falei há bocado... é convencer... o doente a fazer-se acompanhar pela polícia. essa a minha maior dificuldade [...] só por si a pessoa estar doente mentalmente já é um obstáculo (...) dificilmente ultrapassável... porque não há uma comunicação um diálogo... saudável e coerente” (Agente 03)</i></p> <p><i>“Logicamente que que me sinto limitado né... é preciso ter ummm hmmm uma argumentação e por vezes para contrariar determinado tipo de pessoas... não é fácil... eu não sou vendedor [...] mas há situações que não são fáceis de lidar com elas lógico que não... lógico que não... nem eu tou preparado para elas vou-me preparando”. (Agente 09)</i></p> <p><i>“É é a experiência do dia-a-dia é ooo é ooo é o hoje faço o amanhã faço e nós vamos vendo e vamos vendo e vamos vendo conforme é a melhor situação de nós lidar com com com com cada situação ” (Agente 05)</i></p>
<p><b>Outras soluções</b></p>	<p><i>“Eu questiono-me “ e seee em vez de ser a polícia a transportá-lo ao hospital os técnicos fossem à residência e pedisse a colaboração da polícia ... não seria mais... cómodo para o doente...” isto pergunto eu” (Agente 05)</i></p> <p><i>“É de mal da polícia não termos um um médico a trabalhar connosco... nestes casos... nestes casos... muita coisa que pra nós é complicado que uma pessoa</i></p>

*não percebe nada ” (Agente 06)*

*“O que diz o mandado o mandado diz “ mandado de condução” o português é claro e depois diz “ conduzir o individuo tal tal tal la la à psiquiatria urgências ahahaha” o tribunal o mandado o mandado de tribunal o mandado de detenção condução eu chego lá... mandado de detenção eu vou detê-lo vou conduzi-lo vai ali ao DIAP eu chego lá entrego-o lá... sabe o que é que eles fazem se ... “ epah tamos muito ocupados ele naum pode ser ouvido” tem uma sala de retenção neste caso uma pessoa detida vai pa uma cela pah um doente cria uma sala ... como nós temos nas esquadras salas pa pa vítimas de violência doméstica ponha uma salinha ali pah qual é o problema e ele se for internando vai estar ehhe ele naquele momento está privado da liberdade... continua privado da liberdade até decisão do médico” (Agente 01)*

*“Por outro lado não se compreende quando um hospital tem todas as condições desde segurança privada tem elemento policial no hospital... ehhhh hmmm tem gabinetes próprios... de tar ali a impedir que um elemento policial continue a desempenhar outro tipo de serviços.... Porque nós estamos ao serviço da comunidade e ficamos ali [no hospital] horas ((...)) à espera que... alguém nos liberte doooo de tar alia a acompanhar ummm... um doente... uma pessoa” (Agente 09)*

---

**Legenda:** [...] – corte no relato do participante.

**Nota:** A tabela apresenta o relato do participante em relato *verbatim*. Ver **apêndice 6** sobre o sistema de notação.

## Discussão

### Pontos fundamentais do estudo

Este estudo promove a consciencialização das perceções dos agentes policiais aquando das intervenções para internamento compulsivo, evidenciando:

- a) A confiança policial sentida devido à **legitimação legal** para interagir com os doentes, sendo este suporte legal fomentador do controlo comportamental dos doentes. Porém, o contacto com os doentes é percecionado como um desafio, para o qual os agentes policiais sentem-se **mal preparados**;
- b) Perceção de que a pessoa com doença mental é alguém que necessita de **ajuda e requer tratamento**;
- c) A estratégia da atuação policial prima pela **empatia, discrição e dignidade** (e.g., dialogar, ser paciente, obter informação sobre a pessoa);
- d) Compreensão clara sobre a forma como **a doença mental altera o comportamento e a cognição da pessoa**. Todavia, existe a perceção de que a pessoa com doença mental é **imprevisível, perigosa e sem capacidade** para avaliar o seu estado de saúde;
- e) Necessidade de uma intervenção multidisciplinar com mais apoio especializado, por forma a **equilibrar a segurança com a assistência médica**, priorizando este último.

## Comparação com a literatura

Os agentes policiais entrevistados neste estudo expressaram especial cuidado e entendimento sobre as necessidades particulares destes doentes, promovendo uma intervenção cooperativa, naquela que é por natureza uma relação de poderes assimétrica, utilizando como ferramentas o diálogo, paciência, proximidade ao doente e obtenção de informação relativa ao doente antes da intervenção. Esta ligação emocional com o doente é verificada noutros estudos, como é o caso da polícia do Reino Unido, onde é por estes expressa a vontade de ajudar de forma empática, compreendendo as necessidades das pessoas com doença mental [129]. É necessário um estilo comunicativo gentil para conquistar a confiança, a proximidade e a cooperação da pessoa com doença mental sujeita a internamento compulsivo [134]. A utilização do diálogo e ser-se paciente com o doente, dando-lhe tempo para que este possa explicar a sua situação, é entendida por este como uma abordagem humanizada [135, 136]. Para garantir o tratamento humanizado do doente é imperativo que a interação seja compreendida como positiva, para tal, contribuem fatores como o estilo comunicativo, ser ouvido, tratamento gentil, fazer com que os doentes se sintam à vontade e não apressar a intervenção [134, 136]. Esta forma de atuar, que assenta no princípio da justiça processual, é basilar para a cooperação dos doentes e influencia a perceção sobre a legitimidade da polícia naquela intervenção. Quando a atividade policial é baseada no princípio da justiça processual a qualidade da interação polícia-cidadão é melhorada [131] e os cidadãos voluntariamente colaboram com os agentes policiais [130]. A equidade processual assume um papel importante na manutenção da identidade da pessoa na comunidade, promovendo a valorização da pessoa e podendo facilitar o seu envolvimento no tratamento com repercussões ulteriores na adesão a este [130].

Os resultados deste estudo demonstram que o envolvimento da família no processo de internamento compulsivo é crucial para a intervenção policial, seja pela qualidade e quantidade de informação que podem partilhar sobre o doente, ou pela possibilidade de permitir o acesso direto ao doente, facilitando o processo.

A família e o apoio social são o pilar da assistência no serviço de saúde mental português, em especial para aqueles que sofrem de doença mental grave [103]. Tal está em linha com estudos anteriores, onde é evidenciada a importância familiar, possuindo esta um papel nuclear na recuperação dos doentes, sendo da sua responsabilidade o cuidado assistencial [137]. A forma como a família inicia o processo de internamento tem

repercussão na maneira como os doentes reagem aos primeiros dias de internamento, sendo determinante para a experiência global dos doentes [138]. O trabalho em cooperação e de forma inclusiva, entre a família e as equipas médicas, contribui para o desenvolvimento de boas práticas [139], garantido intervenções mais seguras e eficientes [137]. Apesar da importância familiar para o serviço de saúde mental, algumas famílias londrinas referem ser tratadas como uma parte irrelevante e problemática pelo sistema de saúde mental britânico [140].

A obtenção de informação sobre o doente e o envolvimento familiar no processo de internamento é prática corrente por parte dos agentes entrevistados, sendo uma estratégia para que a intervenção seja bem-sucedida. Da perspetiva dos doentes é importante que os agentes policiais tenham informação pertinente sobre eles antes de concretizarem a intervenção, para que aquando da chegada ao local, por parte dos agentes, estes possuam conhecimento sobre quais as necessidades daquela pessoa, a melhor forma de comunicarem com ela e como a devem tratar, ou seja, personalizar a intervenção. Todavia, ter conhecimento não basta, é necessário que este recurso seja apropriadamente processado por agentes capacitados [141], de outra forma as pessoas com doença mental podem ser colocadas perante uma situação de risco considerável [135].

Os resultados deste estudo indicam que os agentes policiais compreendem que a sua presença tem uma reflexão positiva sobre o comportamento dos doentes, resultando em atitudes mais controladas, submissas e respeitadoras. Porém, também existe a compreensão de que a presença policial pode acarretar um impacto negativo, em especial a ligação ao mundo criminal, para os doentes que são transportados pela polícia para avaliação médica.

A admissão hospitalar compulsiva representa um momento de grande significado para as pessoas com doença mental grave [3], sendo expressamente sentido por muitos doentes como um processo traumático com perda significativa de autonomia [138]. Todavia, as medidas coercivas objetivas não aparentam estar relacionadas com a redução da satisfação por parte das pessoas com doença mental grave privadas da liberdade para tratamento médico [142]. Porém, as medidas coercivas percecionadas, como a falta de envolvimento do doente no seu plano terapêutico, parecem estar associadas a maior insatisfação [143]. Isto significa que, a implementação de medidas que promovam a perceção de autocontrolo dos doentes, tais como serem-lhe dadas explicações sobre os diversos procedimentos ou envolvê-los nas decisões [138], podem contribuir para o decréscimo da coerção percecionada durante o processo de

internamento compulsivo, podendo ainda resultar no incremento da satisfação referente aos cuidados prestados e ao tratamento como um todo [142]. Melhorar a satisfação dos doentes sujeitos a internamento compulsivo é importante, não só para garantir que o tratamento dado é humanizado e de elevada qualidade, mas também, porque níveis de satisfação baixos estão associados a fraca adesão terapêutica e à ciclicidade do internamento compulsivo [144, 145].

A literatura sugere que estar em custódia policial é experienciado pelos doentes como sendo um momento humilhante, chocante, intenso ou poderoso, em especial para aqueles doentes que não são violentos, mesmo que os agentes policiais atuem de forma gentil e bondosa [134]. Na verdade, demasiado tempo sob custódia policial, em especial para doentes com ideação suicida, pode aumentar o *stress* mental dos doentes [140].

Os agentes policiais do Reino Unido reconhecem que a sua atuação pode ser percecionada pelas pessoas com doença mental como um evento traumático e que são frequentemente percecionados pelos doentes como uma ameaça [129]. Não obstante, os agentes policiais não têm qualquer intenção de causar ou prolongar o *stress* mental dos doentes, porém é sentido pelos agentes que são colocados em situações em que são o único serviço disponível para ajudar as pessoas com doença mental em crise [129]. Isto é compreendido pelos agentes policiais [129] e pelos doentes [146] como uma falha dos serviços de saúde, sobretudo pelo facto dos agentes policiais não serem especialistas em saúde mental [147].

A opinião de que os agentes policiais não deveriam ser responsáveis pelas pessoas com doença mental em crise é partilhada por agentes gregos [113] e do Reino Unido [129]. Estes últimos enfatizam o facto de serem frequentemente colocados para lá do estado de crise inicial do doente e que as entidades policiais e médicas deveriam trabalhar em conjunto para obterem uma intervenção positiva, ao invés de se procederem a detenções desnecessárias [129]. O sentimento de falta de apoio surge, não só pela falta de apoio médico durante as intervenções, mas também, pela falta de informação sobre o doente e o informar ulterior sobre o desfecho da situação [148]. É de evidenciar o desagrado policial com o processo de admissão hospitalar [149], devido ao tempo e recursos despendidos pelas entidades policiais [113, 148].

De igual forma, os agentes policiais portugueses sentem que o serviço de saúde não responde adequadamente, nem às necessidades dos doentes, nem da polícia, expressando desapontamento pelas consequências negativas que tal falta de

cooperação traz à sua atividade enquanto polícia e ao serviço comunitário pela instituição prestado, bem como, à grande ansiedade e dor causada ao doente.

## Implicações do estudo para a prática, políticas e investigação

Este estudo (publicado na revista *Frontiers in Psychiatry*, fator de impacto:3.16, [150] (ver **apêndice 7**)) evidencia a necessidade de algumas intervenções/reflexões serem desenvolvidas para que o processo de internamento compulsivo seja otimizado, tais como:

- a) Formalizar a implementação de **programas de treino e educativos** para os agentes policiais na área da saúde mental:
  - a. Desmistificar percepções equívocas sobre as pessoas com doença mental;
  - b. Melhorar a preparação dos agentes para a interação com os doentes.
- b) Melhorar a **cooperação e a comunicação** entre polícia, comunidade médica e serviços de ação social:
  - a. Incluir diferentes atores comunitários;
  - b. Considerar novas abordagens ao processo de internamento compulsivo;
  - c. Prestar serviço mais centrado no bem-estar do doente.
- c) Agilizar as **condicionantes hospitalares** dos serviços de emergência:
  - a. Otimizar os recursos utilizados;
  - b. Facilitar o acesso ao serviço de psiquiatria;
  - c. Minimizar impactos negativos para o doente.

Os agentes policiais expressaram de forma cabal que, apesar de existir uma Lei que os legitima a restringir a liberdade de uma pessoa, não estão perante uma detenção. Esta diferença, que se pode julgar ser apenas vocabular, é bem reconhecida pelos agentes policiais e colocada em prática nas suas intervenções. Consequentemente, os agentes policiais aquando da abordagem à pessoa com doença mental explicam-lhe que a sua função não é detê-los, mas antes transportá-los até ao hospital, mediante decisão judicial, para avaliação médica. Desta forma, a legitimidade da intervenção é legalmente garantida, tornando os agentes policiais neutros no processo de decisão para internamento compulsivo. Isto tem um papel crucial no comportamento do doente e na fieza com que o agente policial gere a situação. Consequentemente, a reflexão que a componente legal tem no comportamento do doente e a percepção que os doentes têm sobre o internamento compulsivo deve ser mais estudada. Isto sugere que a cooperação

do doente e a forma como este experiencia o acontecimento estão vinculados à consciencialização da legalidade do processo e das responsabilidades policiais (e.g., assim que os doentes percebem que existe uma ordem legal e que os agentes apenas estão a realizar o seu trabalho) [136].

De forma geral, os agentes policiais partilham a opinião de que não é sua responsabilidade o auxílio à pessoa com doença mental em crise. A utilização da polícia para a realização do transporte para internamento compulsivo representa para esta instituição um consumo elevado de recursos, que trará, embora pontualmente, algumas consequências negativas para o doente, resultantes da falta de preparação dos agentes policiais e pela falta de auxílio especializado. Assim sendo, é importante consciencializar os agentes policiais para a importância da sua função neste processo, envolvendo-os ativamente com equipas médicas especializadas, para que seja assegurada uma intervenção eficiente e com acesso rápido à urgência psiquiátrica. Uma intervenção mais articulada e eficiente poderá reduzir os tempos de espera no hospital e, conseqüentemente, resultar na redução temporal em que o agente policial está afastado dos seus deveres habituais, uma vez que este é um dos seus maiores constrangimentos. O desenvolvimento de equipas de intervenção conjuntas, entre agentes policiais e profissionais em saúde mental, poderá ser benéfico, resultando numa resposta mais rápida e com uma redução do estigma/discriminação associado à operação [147]. Uma estratégia interventiva multidisciplinar pode, ainda, promover a legitimidade da intervenção e, assim, contribuir para um processo de internamento compulsivo mais justo [131]. Isto demonstra a necessidade de equacionarem-se novas formas de abordar o internamento compulsivo. Para tal, teria de ser promovida uma alteração legislativa, embora ténue, onde vigorasse a intervenção médico-especializada suportada pela polícia, se requerida, e pelos serviços de apoio social. Todavia, serão necessários mais estudos qualitativos, com maior amostragem e de forças policiais diferentes, para que seja possível comparar, melhor compreender a dinâmica do internamento compulsivo e a importância que o número de intervenções tem nos agentes que o executam, bem como o impacto das suas características individuais na condução da operação.

Os agentes entrevistados neste estudo demonstraram que abordam o internamento compulsivo como um pedido de ajuda, com nítida compreensão que estão perante uma pessoa que necessita de cuidados médicos especializados e que tem de ser tratada com empatia, dignidade e respeito. A intervenção prima pela humanização do trato, utilizando todos os meios que estão à sua disposição para minimizar qualquer fator que possa trazer um resultado negativo para o doente, e sem utilização da força. A

proximidade ao doente e a confiança que este tem nos agentes policiais são fundamentais para o desenvolvimento de um relacionamento. Para tal, os agentes policiais utilizam o diálogo como estratégia, todavia o processo é desafiante e temporalmente dispendioso, o que é experienciado pelos agentes como uma das suas maiores dificuldades. Para garantir que estas interações resultem é fundamental implementarem-se planos formativos e de treino, formalmente padronizados, para que os agentes policiais se sintam mais confiantes na interação com pessoas com doença mental [149].

Por último, apesar de os agentes policiais referirem que neste processo raramente recorrem à utilização da força, a perceção que têm sobre as pessoas com doença mental grave é que são pessoas imprevisíveis, perigosas e com falta de capacidade para julgar o seu estado de saúde. A perceção dos agentes policiais sobre as pessoas com doença mental grave é preocupante, reforçando a necessidade de implementação de medidas formativas, pois a inexistência ou a inadequabilidade do conhecimento sobre a doença mental poderá colocar os doentes numa situação de risco [135] e fomentar a possibilidade de confrontação física, devido à falta de compreensão de ambas as partes [11]. Não obstante, não deve ser descartada a associação entre aquelas perceções e os pressupostos para internamento, uma vez que a perigosidade das ações do sujeito é um deles. Contudo, deve ser considerado o facto destes agentes policiais lidarem com a situação mais complexa da saúde mental, o internamento compulsivo, que pela sua génese origina a confrontação de direitos, liberdades e garantias individuais com o dever de tratamento. Como tal, é imperativo asseverar as dificuldades, as preocupações e as crenças dos agentes policiais, promovendo estudos em diferentes regiões do país, e com diferentes metodologias de recolha de dados, como, por exemplo, os grupos focais para estudar em contexto de grupo a opinião dos agentes policiais acerca do internamento compulsivo e do mandado de condução. É, ainda, basilar complementar esta pesquisa com outros estudos similares, porém focados na experiência do doente. A informação obtida de diferentes sectores é imperativa para o desenvolvimento de planos formativos que otimizem a intervenção policial:

- a) **Redução** de medidas que contribuam para o aumento da **perceção coerciva**;
- b) **Alterar perceções equívocas** sobre as pessoas com doença mental grave;
- c) Promoção de estratégias para a garantir **o melhor cuidado**.

## Pontos fortes e limitações

Este estudo surge como sendo o primeiro em Portugal que se foca nas interações dos agentes policiais com pessoas com doença mental grave para internamento compulsivo, pelo que os resultados são aditados a um corpo literário muito limitado, esperando que sirva de base para ulteriores trabalhos e que fomente o interesse pelo debate público do tema, consciencializando para a complexidade do internamento compulsivo. A estruturação do estudo é um ponto forte, dada a abrangência da cobertura geográfica, englobando esquadras de diferentes regiões, e por conseguinte diferentes contextos sociais, contribuindo, assim, para a riqueza dos resultados obtidos. A utilização de entrevistas como método de recolha de dados, é um ponto forte, apresentando-se como o mais indicado, tanto para dar resposta à pergunta científica, bem como pelas circunstâncias logísticas requeridas. A entrevista a agentes com vasta experiência em internamento compulsivos é também um ponto forte.

Contudo, o estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, a aplicação da vinheta, que se propunha explorar a forma de atuação perante uma situação com escalada de violência, possivelmente nem sempre foi útil. Tal tenha-se verificado por: i) a vinheta surge como elemento primário da entrevista, sendo antecedida por alguns minutos de conversa sobre internamento compulsivo (e.i., explicação sobre os objetivos do estudo); ii) a conversa inicial pode ter sugestionado o agente, tentando dar a resposta (processualmente) correta; iii) no quotidiano dos agentes policiais entrevistados o cenário da vinheta possa ser pouco provável, sendo mais comum para os elementos policiais que realizam o patrulhamento. Em segundo lugar, o número de agentes policiais entrevistados é relativamente reduzido, o que não permitiu explorar diferenças entre agentes policiais, de que forma é que a experiência acumulada pode modificar a perceção e as atitudes que os agentes têm nestas intervenções, assim como, o papel das características pessoais no desempenho da tarefa. Em terceiro lugar, o estudo incluiu apenas agentes policiais pertencentes ao Comando Metropolitano da Cidade do Porto, significando que noutros comandos metropolitanos a experiência policial pode ser diferente. Por último, o estudo apenas abordou elementos da PSP. Outras forças policiais, como a Guarda Nacional Republicana (GNR), que tem por base uma educação militar, podem ter perceções diferentes do internamento compulsivo.

## Conclusões

Na sua componente teórica, esta tese promove a reflexão sobre evolução do estatuto da pessoa com doença mental e a forma como estas pessoas foram sendo tratadas e percecionadas pela sociedade ao longo dos tempos. Pese embora os esforços desenvolvidos para melhorar a realidade da pessoa com doença mental, é de notar que alguns problemas coetâneos não são mais do que meras heranças anciãs, como a exclusão dos doentes e a forte ligação à mendigagem.

A evolução do processo legislativo português, referente à política de saúde mental, é fundamental para o entendimento íntegro do atual processo de internamento compulsivo no nosso país. Este processo evolutivo permite-nos compreender o que falhou nas políticas de saúde mental anteriores e concluir que a par da legislação é imperativo que haja um programa de ação lúcido e capaz de suprir as necessidades dos doentes.

O estudo da experiência e perceção dos agentes policiais portugueses no processo de internamento compulsivo acrescenta conhecimento a uma área até então inexplorada. Neste estudo, o empenho dos agentes policiais na busca do tratamento mais humano e empático, aquando do transporte para internamento compulsivo de pessoas com doença mental grave, é evidenciado, assim como, a necessidade de reverem-se alguns procedimentos e melhorar a comunicação e cooperação entre as instituições que têm responsabilidades nesta intervenção, para que seja garantido que é dado ao doente o melhor e mais digno cuidado.

## **Declaração ética**

Este estudo foi realizado com o parecer favorável da Comissão de Ética (**ver anexo 1**) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salar e do Departamento de Formação Nacional da PSP (**ver anexo 2**).

Todos os participantes receberam informação sobre os objetivos do estudo e do método de pesquisa, verbalmente e através de um documento informativo (**ver apêndice 1**). Neste documento estavam todas as informações de contacto para questões ulteriores.

Todos os participantes foram informados sobre o seu direito em abandonar o estudo, sem que isso resultasse em qualquer tipo de penalização.

O consentimento informado (**ver apêndice 5**) do participante foi sempre obtido por escrito e previamente à entrevista. Este documento foi sempre realizado em duplicado (i.e., uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente).

# Anexos

## Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do ICBAS



### Parecer da Comissão de Ética (CETI) do ICBAS-UP

#### **PROJETO Nº 203/2017**

**Título:** A experiência e a perceção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo

**Investigador:** Ruben Miguel Maia Soares

**Orientadora:** Mariana Pinto da Costa

**Duração do Projeto:** até 30 de Setembro de 2017

A Comissão de Ética (CETI) do ICBAS-UP reuniu dia 11 de maio de 2017 na Sala dos Conselhos do ICBAS, na presença de Liliana de Sousa, Manuel Vilanova, Margarida Araújo e Maria Antónia Gonçalves.

Após a análise dos documentos enviados, a CETI decidiu, por unanimidade, emitir parecer favorável, à realização do projeto supracitado. O investigador responsável deverá manter em arquivo os “consentimentos informados” assinados pelos participantes.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

---

*The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria*

---

## Anexo 2 – Parecer do Comando Nacional da PSP

2017-5-3

Gmail - Colaboração académica



Ruben Soares <rubensoarez@gmail.com>

### Colaboração académica

DN DEFORM <depform@psp.pt>  
Para: "rubensoarez@gmail.com" <rubensoarez@gmail.com>  
Cc: COMETPOR - Núcleo de Formação <formacao.porto@psp.pt>

2 de maio de 2017 às 09:59

Email n.º 498/JF
Proc.º: 3F05 - 2017
Sua Referência:-/
Sua Comunicação:-/

Exm.º Senhor

Relativamente ao assunto em epígrafe, encarrega-me o Exmo Senhor Diretor do Departamento de Formação de informar V.Ex.ª de que, por despacho de S.Ex.ª o Diretor Nacional-Adjunto da Unidade Orgânica de Recursos Humanos da PSP, José Ferreira de Oliveira, Superintendente-Chefe, está autorizada a aplicação do questionário a elementos do Comando Metropolitano do Porto, nos moldes propostos.

Neste sentido, e para efeitos de operacionalização, deverá promover o contacto direto com o Núcleo de Formação do Comando de Polícia do Porto.

Solicita-se ainda a V.Ex.ª que, a presente informação seja dado conhecimento à Sr.ª Prof. Doutora Maria José Pinto da Costa.

Com os melhores cumprimentos,

**Jorge Freitas**

Chefe | National Police Chief  
Departamento de Formação | Secção de Apoio Geral

Direção Nacional da PSP  
Largo da Penha de França, n.º 1  
1170-298 Lisboa  
PORTUGAL

T: +351 218 111 000  
F: +351 218 111 058  
Ext: 11379  
E: [jmatfreitas@psp.pt](mailto:jmatfreitas@psp.pt)



[facebook](#) | [policiasegurançapublica](#) | [twitter](#) | DNPS | [contacto@psp.pt](#) | [www.psp.pt](#)

**POLÍCIA**  
SEGURANÇA PÚBLICA

## **Apêndices**

### **Apêndice 1 – Informação ao Participante**

#### ***Informação ao Participante***

#### ***A experiência e a percepção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo***

##### **Apresentação do investigador**

O meu nome é Ruben e sou aluno do Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e estou a realizar este projeto de investigação no âmbito da minha tese de mestrado, com a orientação da Dra. Mariana Pinto Da Costa.

##### **Objetivo da Investigação**

O trabalho destina-se a estudar as experiências e percepções dos agentes policiais resultantes do contacto com pessoas com doença mental, ao abrigo da Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, de 24 de julho, com a finalidade de compreender e otimizar a dinâmica agente policial – pessoa com doença mental grave.

##### **Descrição do projeto e procedimentos**

Em Portugal, a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, atribuindo às forças policiais um papel fundamental na promoção e proteção da saúde mental, uma vez que as forças policiais são o elo de ligação entre a segurança e o tratamento de pessoas com doença mental grave.

Com este trabalho procuro estudar a sua experiência policial, resultante da interação com pessoas com doença mental grave, ao abrigo da Lei de Saúde Mental, e a forma como a percebe. Com esta finalidade será realizada uma entrevista, áudio gravada, de cerca de 1 hora. A entrevista será precedida pela recolha de alguns dados sociodemográficos (idade, sexo, formação académica, etc.) e consistirá na colocação de questões com foco na sua atividade policial no âmbito do internamento compulsivo. Uma vez que estas questões pretendem estudar opiniões e experiências pessoais, não existem respostas certas ou erradas. Para mim, a resposta mais correta é aquela que se refere à sua experiência. Aqui, é você o especialista!

A sua participação é totalmente voluntária, sendo-lhe garantida a possibilidade de, em qualquer altura, aquando da entrevista, desistir da participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

## **Utilização da informação**

Toda a informação gerada será totalmente anonimizada e de carácter confidencial.

Em caso de desistência, e caso já tenha sido gerada alguma informação, toda a informação produzida será de imediato destruída.

Toda a informação gerada será armazenada em pasta encriptada por palavra passe, num disco externo sem ligação à internet.

Após a entrevista, o ficheiro de áudio será transcrito e analiticamente analisado, para que sejam explorados padrões e os significados das respostas e com isso responder às minhas questões sobre a forma como os agentes policiais experienciam e percebem os seus contactos com pessoas com doença mental grave.

A informação produzida será utilizada, exclusivamente, para dar resposta à questão em estudo, podendo ser utilizada para ser apresentada em encontros científicos e, ou, para publicação em revista científica. Como tal, alguns excertos poderão ser apresentados ou publicados, mas sempre garantindo o seu anonimato.

## **Há algum risco em fazer parte do projeto?**

Não há nenhum risco, em particular, que envolva a participação neste estudo. Na verdade espero que esta experiência torne-se mutuamente enriquecedora.

## **Quais os benefícios de participar?**

Terá a oportunidade de participar num projeto de investigação e com isso viver o processo de investigação “de dentro”. O maior benefício da sua participação é a contribuição ativa para a melhor compreensão entre a relação do agente policial com a pessoa com doença mental grave, o que significa que, no final do estudo, não será apenas você a beneficiar dos resultados, mas também todos os seus colegas que têm de agir nas mesmas circunstâncias, assim como, as pessoas que sofrem de doença mental, e que por vontade desta são obrigadas a, de alguma forma, procurarem ajuda.

## **Convite**

Para que o meu projeto tenha relevância e impacto científico é essencial a sua experiência e compreensão do que significa a relação entre o agente policial e a pessoa com doença mental. Sem a sua colaboração este estudo nunca passará de uma vazia conceção científica e estaremos mais longe de compreender a realidade da relação entre o agente policial e a pessoa com doença mental.

## **Contacto**

Caso precise de esclarecer alguma dúvida por favor contactar:

Investigador: Ruben Soares; Telemóvel: 916454541; Email: [rubensoarez@gmail.com](mailto:rubensoarez@gmail.com)

### **Guião da entrevista**

As questões abaixo citadas servem como guia para o entrevistador no processo de condução da entrevista semiestruturada. Não é expectável que sejam perguntadas as questões aqui elencadas com a total exatidão vocabular e na ordem apresentada, sendo os entrevistados encorajados a explorar áreas de particular interesse, entusiasmo ou preocupação

- 1. Na sua opinião qual é o objetivo da Lei de Saúde mental?**
  - a. Benefícios e riscos da sua utilização?
  - b. Contribuição para a promoção da saúde mental?
  - c. Contribuição para a segurança da comunidade?
- 2. Na sua opinião qual deve ser o papel das forças policiais na aplicação da Lei de Saúde Mental?**
  - a. Qual a importância da utilização das forças policiais?
  - b. Perante que circunstância é que as forças policiais devem atuar?
- 3. Como é que se sente quando interage com uma pessoa com doença mental?**
- 4. Quais os cuidados que adota para realizar o mandado de condução?**
  - a. Utilização de farda?
  - b. Obtenção da maior quantidade possível de informação sobre a pessoa a ser conduzida?
  - c. Realização do agendamento?
- 5. Qual a reação dos doentes ao se depararem com agentes policiais?**
  - a. Comportamento do agente face à reação dos doentes?
  - b. O que lhe dizem?
  - c. Opinião do agente sobre o que lhe é dito?
- 6. Qual é a estratégia que adota para interagir com a pessoa sujeita a avaliação médica para internamento compulsivo?**
  - a. Linguagem que utiliza?
  - b. De que forma é que essa estratégia contribui para que a condução seja realizada de forma pacífica?
- 7. Qual é o procedimento que adota quando os doentes recusam-se a acompanhá-lo?**
- 8. Quais os principais desafios com que se depara na realização dos mandados de condução?**
  - a. Como os supera?
  - b. Procedimentos adotados quando os doentes oferecem recusa
  - c. Como é que lida quando o comportamento dos doentes escala para maior agressividade
  - d. Qual é o reflexo da sua atuação no comportamento do doente
- 9. O que pensa sobre a obrigatoriedade de o agente policial ter que estar presente aquando da avaliação do doente no serviço de urgência?**
  - a. De que forma é que a sua presença influencia o comportamento dos doentes?
  - b. De que forma contribui para a visão que se tem do doente?
- 10. Quer acrescentar mais alguma informação?**

**Vinheta – Cenário com escalada de agressividade**

**Objetivo:** *Explorar as decisões tomadas pelos agentes policiais perante o doente mental, numa situação de urgência. Explorar de que forma é que o carácter “urgente”, que é referido no Artigo 23º, com a Epigrafe “Condução do Internando”, alínea 3, é percecionado pelo agente policial.*

Cerca das 23 horas é-lhe reportado que um homem, na casa dos 27 anos, anda a rondar um quarteirão enquanto fala sozinho. Chegado ao local, aborda o homem, que identifica-se como António, e verifica que este encontra-se desorientado, agitado, com um discurso pouco articulado e mal situado no tempo e no espaço. As roupas encontram-se sujas, apresenta alguma falta de higiene, unhas sujas, cabelo desalinhado e com alguma sujidade, mau odor corporal. Porém, tem uma postura calma e cooperante com o que lhe pede. Pede para ser levado a casa. Chegado(a) à casa do senhor verifica que este vive sozinho. O António entra em casa e ausenta-se da sua presença por uns minutos, deslocando-se de uma divisão para outra de forma aleatória. Devido à presença policial uma das vizinhas vem ver o que se passa. Esta refere-lhe que desde há algum tempo atrás tem ouvido alguns barulhos estranhos, como o bater de portas ou até mesmo o António a falar num tom de voz elevado, mas que não sabe com quem é que ele discute porque nunca vê ninguém a entrar ou a sair daquela casa, a não ser o próprio António. Ela não sabe precisar há quanto tempo é que ouve tais barulhos, mas refere que tem ouvido cada vez com mais frequência e que, também, o vê menos vezes durante o dia. Após alguns minutos da conversa com a vizinha, o António surge. A sua postura altera-se para consigo, começa a ficar ligeiramente agitado, o discurso torna-se mais agressivo dizendo: “ *mantém-te longe!!! Eu sei porque estás aqui! Não me vais roubar a minha liberdade!*”. Deixou de se tornar cooperante consigo. O António começa a ter um comportamento errático, mais agitado, deixando de ter em atenção ao que lhe diz. Numa tentativa de controlar a situação você aproxima-se, calmamente, por forma a tentar que ele pare de se mover de um lado para o outro. Quando você está a cerca de 3 metros de distância dele, ele diz que vai começar a partir algumas coisas. Nesse momento ele fecha uma porta com força e disfire um murro nela. Junto à porta há uma pequena mobília com uma jarra, na qual ele pega e segura-a bem acima da cabeça, mantendo-se naquela posição.

**Que faria perante este cenário?**

## Apêndice 4 – Dados Sociodemográficos

### Dados Sociodemográficos

Número da entrevista:

Sexo: M  F  Idade

Afinidade populacional:

Escolaridade:

Posto:

Tempo de Serviço (em anos):

Diagnóstico de doença mental (se sim, qual?):

Frequência com que realiza acompanhamentos para internamento compulsivo (vezes/mês):

Alguma vez participou em alguma formação para lidar com pessoas com doença mental (se sim, em que consistiu?):

## Apêndice 5 – Consentimento informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM

#### INVESTIGAÇÃO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. O investigador está disponível caso queira solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:**

**Explicação do estudo:** O presente trabalho destina-se a estudar as experiências e percepções dos agentes policiais resultante do contacto com as pessoas com doença mental ao abrigo da Lei de Saúde Mental, Lei n.º 36/98, de 24 de julho.

A finalidade do estudo é melhorar a dinâmica agente policial – pessoa com doença mental, propondo-se, para tal, explorar a realidade policial através de uma entrevista semiestruturada. A entrevista será registada em áudio e, posteriormente, transcrita.

**Condições e financiamento:** O presente estudo não é alvo de qualquer financiamento, sendo que não está previsto qualquer pagamento aos seus participantes. A participação, i.e. a autorização para a colheita dos dados, é estritamente voluntária, não havendo qualquer prejuízo em caso de recusa na participação. O presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito do presente estudo, sendo garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos. Foi solicitada autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, garantindo-se, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador que abaixo assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

O Participante

---

O investigador

---

Porto,    de                      de 2017

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE UMA PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Apêndice 6 - Sistema de Notação

### Sistema de Notação para o processo de transcrição do projeto:

*A experiência e a percepção policial das interações com pessoas com doença mental grave no âmbito do internamento compulsivo*

<b>Função</b>	<b>Notação</b>	<b>Explicação sobre a utilização</b>
<i>Identificação do interveniente</i>	Investigador (I) Agente (A)	Sinaliza o interveniente na conversação; I – Investigador; A – Agente; Sempre que mudar o interveniente será criada uma nova linha e o início do discurso marcado por letra maiúscula.
<i>Leitura da vinheta</i>	(Leitura)	Sinaliza o som resultante da leitura da vinheta.
<i>Identificação de uma ação</i>	Ex: (Risos); (tosse); (bocejo)	Sinaliza qualquer som produzido resultante de alguma ação; a respetiva ação surge mencionada dentro de parêntesis curvo. Quando a ação for partilhada por ambos os intervenientes, este sinal surge numa nova linha iniciada pela notação respetiva dos intervenientes.
<i>Pausas</i>	... (...) ((...))	Sinaliza as pausas no discurso. ... – Breve pausa de cerca de 1 a 2 segundo (...) – Pausa de cerca de 3 segundos ((...)) – Pausas superiores a 3 segundos
<i>Expressões orais</i>	E: Hmm; ahhh; mm-hm;	Sinaliza o processo fonético não verbalizado e comumente utilizado pelos intervenientes.
<i>Quebras no discurso</i>	Ex: Pa-; poli-;	Sinaliza quebras no discurso quando os participantes procuram articular o pensamento; esta sinalização é composta pelo som seguindo de um travessão (-).
<i>Palavras enfáticas</i>	Ex: <b>doente</b>	Simboliza palavras ou frases que são pronunciadas de forma enfática. Estas palavras ou frases surgem a negrito.
<i>Narração</i>	“...narração...”	Simboliza quando alguma situação é narrada pelo interveniente, podendo não ser praticada por este.
<i>Sons prolongados</i>	Ex: pãooo; nãooo;	Simboliza sons que são prolongados no discurso, enquanto o pensamento é articulado.
<i>Sobreposição</i>	<u>Discurso</u> <u>sobreposto</u>	Simboliza uma sobreposição do discurso. O discurso sobreposto é sublinhado.
<i>Acrónimos e abreviações</i>	Ex: TV (televisão)	Os acrónimos e abreviaturas surgem apenas nas circunstâncias em que forem narrados, sob circunstancia alguma serão introduzidos voluntariamente pelo transcritor.
<i>Sons impercetíveis</i>	(som?) Ex.:	Sinaliza sons que são impercetíveis. Estes são colocados entre parêntesis curvos seguidos de um ponto de interrogação. O vocábulo que surge dentro de parêntesis curvos é o melhor palpite para o som ouvido. Ex: estritamente/ extremamente – (estritamente?)
<i>Nomes de instituições</i>	<i>Nome da</i> <i>Instituição</i>	Sinaliza nomes de instituições. O nome surge em itálico, p. ex.: <i>Instituto de Medicina Legal</i>

# Apêndice 7 – *Frontiers in Psychiatry - Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions With People With Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment*



## Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions With People With Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment

Ruben Soares<sup>1\*</sup> and Mariana Pinto da Costa<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal, <sup>2</sup> Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal, <sup>3</sup> Unit for Social and Community Psychiatry (WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Development), Queen Mary University of London, London, United Kingdom

### OPEN ACCESS

#### Edited by:

Christian Huber,  
University Psychiatric Clinic Basel,  
Switzerland

#### Reviewed by:

Edwina Light,  
University of Sydney, Australia  
Laura Farrugia,  
University of Sunderland,  
United Kingdom

#### \*Correspondence:

Ruben Soares  
rubensoarez@gmail.com

#### Specialty section:

This article was submitted to  
Forensic Psychiatry,  
a section of the journal  
Frontiers in Psychiatry

Received: 04 January 2019

Accepted: 14 March 2019

Published: 18 April 2019

#### Citation:

Soares R and Pinto da Costa M  
(2019) Experiences and Perceptions  
of Police Officers Concerning Their  
Interactions With People With Serious  
Mental Disorders for Compulsory  
Treatment. *Front. Psychiatry* 10:187.  
doi: 10.3389/fpsy.2019.00187

**Background:** In Portuguese law, police officers are the link between security and the treatment of people with serious mental disorders who require compulsory admission. The perceptions of police officers are in part based on their individual characteristics, and may influence their capability in managing patients they are transporting. However, little is known about police officers experience of this process.

**Methods:** In-depth semi-structured interviews explored the experiences and perceptions of police officers from Porto Police Department in Portugal. All interviews were audio recorded, transcribed and analyzed through thematic analysis.

**Results:** Ten police officers agreed to take part in this study. The interviewed police officers consisted of nine men and one woman, had an average length service of 22.6 years and all had more than 10 years of service. The interviews highlighted that the activity of the police under the Mental Health Law is shaped by whether the person who they are transporting has a mental health disorder and requires psychiatric admission. The police officers reportedly adjusted their behavior to give patients more attention, comfort and empathy. However, they describe these interactions as one of the most time consuming and challenging activities for the police. Importantly, they acknowledged family members as crucial for police officers to be able to gain direct access to patients and knowledge about them. Police officers showed to perceive people with mental illness as unpredictable, dangerous and without discernment, and identified some aspects of the process that could be improved, such as hospital admission waiting times. Police officers felt they required more skilled support to deal with unwell patients.

**Conclusions:** This study highlights the perceptions and experiences of police officers about the process of compulsory admission, and identifies areas of unmet needs. These findings help to raise awareness of their needs, improving this process, and ensuring a more humane and effective approach.

**Keywords:** law, experience, mental illness, police officers, coercion, compulsory, treatment, Portugal

## INTRODUCTION

Compulsory admission and treatment is a topic of intense debate in psychiatry. This is due to the effects such policies have on people's lives, given that it involves detaining them against their wishes and restricting their individual liberty (1). Compulsory treatment is ethically challenging, often associated with fear, exclusion and loss of self-determination (2, 3). The process is based on the assumption that the person is incapable of recognizing that their mental health has deteriorated and there is an urgent need for adequate treatment (4). The majority of mental health professionals disapproves coercive medical measures, but recognizes the impact upon patients' adherence to treatment (5). Some research has also found that a majority of patients understand that they were acutely unwell at the time of their admission and that coercive interventions enabled their recovery (6). However, some patients perceive their admission as a negative experience (6, 7), entailing an intrusion into their physical integrity and their liberty (3). These diverse views raise awareness to patients' potential feelings of ambivalence toward compulsory admissions.

Police officers are one of the first professionals to interact with people requiring compulsory admission due to their mental health. Research in North America (6, 8–12) and European countries (13), has highlighted that the approach adopted by the police officers is crucial to patient's cooperation (10, 14). Police officers' experience and personal characteristics play an important role in their own capacity in doing this task (15). Police officers with a higher level of education (12 years of education or more) appear to perceive people with mental disorders as less unpredictable and dangerous, and capable of having a family (16). Equally, police officers who performed more than six compulsory admission transportations used less physical force during them (16). Thus, the level of education and experience that police officers have in dealing with people with mental illness influences their behavior and perceptions about them (17). For that reason, education and contact should be effective strategies for changing police officers perceptions and attitudes toward people with serious mental disorders (18, 19). However, some police officers report that they do not feel properly trained to deal with a person with a serious mental disorder (9, 14), feeling unable to identify symptoms of mental illness or deal with psychotic or hostile behavior (6, 11).

Police officers see value in obtaining training to avoid potential bad practices (17). However, as a result of their lack of training some encounters between police officers and people with serious mental disorders result in abuse of force, precipitation of violent acts and sometimes even death (15, 20, 21). In the United States in 2015 about 23% (251 deaths) of the total number of deaths ( $n = 1099$ ) resulted from police interactions with people with mental illness (22). The complexity of these interactions magnified the need for implementing standardized educational and training programs, as well as special police teams selected, trained and motivated to help people with serious mental disorders in crises (10, 23). These teams have demonstrated less aggressive interactions with people in crises when compared to police officers who did not receive such training (24). This complex

reality has reinforced the need of more assistance from other groups (e.g., special medical local authorities), and a faster access to mental health services during this process (16, 25).

The procedural justice approach is seen as the main pathway to promote police legitimacy, and thus citizens' cooperation (26). This approach is grounded in two components (27): (i) the quality of the decision-making procedures (i.e., citizens participation in the proceedings before the authority's decision, giving citizens a voice, as well as the neutrality of such decision), and (ii) the quality of the treatment (i.e., the dignity and respect in which people are treated, and if the authorities' motives are perceived as trustworthy) (26, 28). These two components emerge into four key constructs that shape police encounters: (i) voice, (ii) trustworthy motives, (iii) dignity and respect, and (iv) neutrality in the decision making (26).

In Portugal, the Mental Health Law (Law n.º 36/98, July 24th, 1998) aims to establish the main principles of Portuguese mental health policies and rules the compulsory admission for people with serious mental disorders (29). Although the Fundamental Health Law (Law n.º 48/90, August 24th, 1990) establishes the patient's rights and duties in the Portuguese services (30), the mental health patients are endowed by the Portuguese Mental Health Law with more rights and duties. This illustrates the legal recognition of the idiosyncratic nature of mental illness, and its repercussions on the self-determination capacities of the person with a serious mental disorder, as well as the specific implications of psychiatric treatment, which obligates to ensure other rights and duties. Thus, the Mental Health Law is a crucial and nuclear framework declaration of mental health rights in Portuguese legal order (31). Its principles are more connected to guardianship and protection rather than medical or social care. This means that the juridical model prevails over the therapeutic model (32), as the assessment of the legal status of people with mental illness is governed by constitutional principles and norms, leading by equality and non-discrimination (33).

The Portuguese Mental Health Law (on 23rd article, urgent admission) gives a special role to the police officers who are responsible for the transportation of people with serious mental disorders to the psychiatric emergency service closest to their residence (29), and are the link between the security and treatment of these patients. Between 1999 and 2007 the percentage of compulsory admissions in Portugal at the *Hospital de Magalhães Lemos*, Porto, rose significantly. In 1999, 1 year after the implementation of the law, compulsory admissions represented 1.5% of all the admissions, whereas in 2007 this percentage rose to 7.2%. The same tendency is observed in *Hospital Júlio de Matos*, Lisbon, where in 1999 the amount of compulsory admissions represented 5.53% of all admissions compared to 15.31% in 2007 (34). Of utmost importance is the article cited to begin the process, because this determines whether the police are involved or not (e.g., in non-urgent situations). Between 2008 and 2010, 93.2% of all compulsory admissions at these two hospitals occurred following the article of urgent admission (35).

It is therefore clear the importance of police officers in compulsory admissions and in the delivery of involuntary mental health treatment. However, their interactions with people

**TABLE 1** | Themes and subthemes.

Police activity and compulsory admission	Family is core in the compulsory admission process	Triad of success	Views of mental illness	Improving the reality of compulsory admission
The importance of the law	Facilitate the access to the patient	Obtain knowledge about the patient	Cyclic	Mismatch between safety and health
The primacy of patients help	Source of information	Building a relationship	Beliefs about people with mental illness	Negative aspects resulting from the police intervention
The operational activity adjusted by the person's illness condition		To be patient and do not rush		Police officers difficulties
Police presence is what counts				Try other solutions
The instrumentalisation of the police				

with serious mental disorders under the compulsory treatment procedure has not been studied. The lack of knowledge in this area requires attention as it is of public interest and would arguably lead to improvements in the mental health care, to ensure it is delivered with dignity and justice.

## METHODS

### Settings and Participants

The study was conducted in six police departments of PSP (Policia de Seguranca Pùblica), in Porto, which were selected as they were those with higher number and frequency of compulsory admissions, covering a broad geographical area of Porto metropolitan police department (Matosinhos, Ribeira, Santo Tirso, Maia, Foz, Lagarteiro), and thus giving us some meaningful insight into the topic of the study. An information sheet with information about the study was distributed to all police officers in the department. Further to that, the main researcher approached the police officers in each department, providing them with information about the researchers, the scope of the study, a brief description of the method, and the contact details of the main researcher for any further questions.

The only inclusion criteria were that police officers had completed at least one compulsory admission under the Mental Health Law.

### Data Collection and Analysis

A semi-structured interview topic guide was developed in consultation with a senior police officer (see [Supplementary Material](#)). The first author conducted in-depth semi-structured interviews exploring the experiences and perceptions of police officers of the compulsory admission process, and collected socio-demographic information (see [Supplementary Material](#)). All interviews were audio recorded using a digital voice recorder (Olympus WS- 853) and were transcribed verbatim. Contextual data relating to the approved police departments were also collected (e.g., a general description of the interview room like the climate conditions, natural light presence, and if there was any physical barrier between the interviewer and the interviewee).

Thematic analysis of the interview transcripts was conducted following the Braun and Clarke's (36) approach, and using the Nvivo 12 software. Police officers' names were replaced with numbers to protect their privacy. Initial codes were generated and then sorted into broader themes, with similar codes placed under the same theme. A theme was determined on the basis of significance to the research question. Themes were then revised and refined to ensure codes within each theme were greatly associated, and that each theme was distinctive. Themes were then named. Procedural consistency was guaranteed using a double-coding approach (by RS and MPC), with cross-checking between coders to ensure consistency.

## RESULTS

Twelve police officers were approached, and ten agreed to take part. The police officers interviewed from Porto Police department consisted of nine males and one female, all caucasians, with a mean age of 46.4 years (age range from 34 to 58). The interviews ranged in duration from 25 to 57 min. All were ungraduated police officers, with an average length of service of 22.6 years and all had more than 10 years of service. None of them described having history of mental illness themselves. Although all departments did several compulsory admissions per year, the volume of compulsory admissions differed across police departments, ranging from one intervention per month to several, according to seasons (spring/autumn), festive dates, and vacations periods. All of them reported that they had no specific training to deal with people with serious mental disorders.

Five themes emerged from the analysis of the data: "Police activity and compulsory admission," "Family is core in the compulsory admission process," "Triad of success," "Views of mental illness," and "Improving the reality of compulsory admission." (Table 1).

### Police Activity and Compulsory Admission

Police activity inherent in compulsory admissions requires very specific characteristics of police officers. Police activity is ruled by a Mental Health Law which determines the exact form and range of their actions. Yet, they are required to deal with the behavior

**TABLE 2 |** Police activity and compulsory admission quotes.

Police activity and compulsory admission	
The importance of the Law	<p><i>"From the moment we are compelling him to do something, in this case to go to the doctor... there has to be a law, a legality that allows us to do that. I think that this is the goal, to give legality to a procedure that will do well. But we have to give legality because we are restricting him of their freedom"</i> (police officer 03)</p> <p><i>"If I would not have a mental health law, by which means would I deprive him of his freedom that amount of time that I have to take him to a hospital? Because we have that issue, about freedom deprivation. He is not detained, he is just deprived of his freedom during the moment that we force him to go to the hospital"</i> (police officer 01)</p>
The primacy of patients help	<p><i>"These people, we have to understand that they are so... in a state where they do not... they are not in their normal state and we have to try... we are in the first stage ... we have to realize that we will deal with people who are not hmmm. They need our help and help from other professionals..."</i> (police officer 05)</p> <p><i>"We have always to try to say that the reason why we are there is to help them. Therefore... using all the persuasion that we have to say: 'we are here not to arrest you because you did not commit any crime. We are here just to help you..."</i> (police officer 10)</p>
The operational activity adjusted by the person's condition	<p><i>"He is a sick person. When I receive the warrant report they are referred as a patient 'the patient this, the patient that,' so, if the warrant refers to them as patient I have to treat him as the patient that he is"</i> (police officer 01)</p> <p><i>"If it is a person with a mental disorder, I automatically treat them with all dignity and respect, because if they were a normal person, some kind of attitudes I would not have"</i> (police officer 09)</p> <p><i>"In order to watch over patients' privacy and not to create a negative image, 'The police is there, what did that guy do?' Because the public will think that they did something. Therefore I do my interventions, in general, without my police uniform. [...] We want to do these interventions with some discretion"</i> (police officer 09)</p>
The presence of the Police is what counts	<p><i>"Maybe if the escort was made by the hospital security they would not respect him so much as they will do with a police officer"</i> (police officer 07)</p> <p><i>"The patient knows that he cannot exceed himself. Because if he does, the police will be there to finish it. We already had some situations that the physician said 'no sir I do not want the police here,' for me it is legit and makes sense, but few moments later they will call us because the patient has strangled his neck"</i> (police officer 03)</p>
The instrumentalisation of the police	<p><i>"In situations that we have a warrant, our intervention is quite objective, we have to find the person or pick them up at home, transport them to the hospital, even against their will. Our role is fulfill and enforce."</i> (police officer 03)</p>

of a person that has not committed a crime, but who may require urgent care for their mental illness. Police officers are therefore placed in a very challenging situation where they have to balance the law, dealing sensitively with an acutely ill person and fulfilling their duty (Table 2).

### The Importance of the Law

The existence of a Law that regulates the compulsory admission is the cornerstone of the police activity. It gives them the ability

and legitimacy to deprive someone's freedom in order to take them to a hospital to be seen by a doctor. Police officers in this study highlighted this legal legitimacy as a key factor, as in its absence they are unable to protect and help the person. Another important consideration for the police officers is they guarantee freedom "deprivation" rather than a "detention." This entails the difference between a criminal detainee and a mentally ill person who has to be deprived of their freedom to seek medical support. This legal difference is well-recognized by the police officers and is enforced in their interventions.

### The Primacy of Patients Help

The intervention of the police in mental health is shaped by the principle of helping others. In this case they are helping a person who suffers from a mental disorder and does not have the ability to recognize they are ill and need treatment. This is the starting point of the police approach to compulsory admission and is essential to a humanized interaction. Understanding mental illness and how it influences a person's cognitions and behaviors supports a more empathic interaction rather than what is seen as the typical authoritative police approach in which criminal people are detained. This understanding that a person's behavior is just the expression of their illness and a way to express the need of help shapes their whole operation and individual conduct.

### The Operational Activity Adjusted by the Person's Condition

The existence of mental illness is a conditioner of the police officers' attitudes toward a person with mental illness subject to police transportation. Police officers seek a low profile approach, avoiding using instruments of authority (such as their police uniform, the police vehicle cage or handcuffs), in order to respect the patient's privacy.

### The Presence of the Police Is What Counts

Police officers recognize that simply their presence, without any active control measure, has a positive impact on the person's behavior. The police escort results in the patients having a more controlled, submissive and respectful behavior, which maintains everyone's safety.

### The Instrumentalisation of the Police

Despite the core role of police officers in the compulsory admission process and their privileged access to the patient's social background, police officers emerge and perceive their importance only as a law's tool, where their function is to fulfill their task: escort the patient to the hospital.

### Family Is Core in the Compulsory Admission Process

Family plays an important role for police intervention in the compulsory admission process, as they provide detailed and present information about the patient. This information is very important for police officers when preparing for their interactions with the person who is unwell. Family members can also provide direct access to the physical space of the patient (Table 3).

**TABLE 3 |** Family is core in the compulsory admission process quotes.

Family is core in the compulsory admission process	
Facilitate the access to the patient	<i>"When the patient lives alone we cannot, (...) if the situation does not require an immediate intervention, we cannot enter in the patient's house against their will because if they do not open the door, we cannot break the door just because we have a warrant. The warrant does not allow us that and that is clear."</i> (police officer 10)
Source of information	<i>"We have to talk with a relative to inform us about their behavior, which habits they have, what time they leave home. This is for us to see when it is the best moment to do the transport, if they are aggressive, if they react well or not with our presence. All of this has to be done and analyzed."</i> (police officer 05)  <i>"In the moment when we get the warrant, we contact always some of their relatives to plan what is the best way to approach the person. If he [the familiar] thinks is best for the patient that the first contact is through him [the familiar], if he is aggressive or not, if he is cooperative or not (...) When it is the first time for us with that person to be transported, the first thing we do is to contact a relative to know about what type of person he is."</i> (police officer 07)

**TABLE 4 |** Triad of success quotes.

Triad of success	
Obtain knowledge about the patient	<i>"We cannot go with our 'eyes closed,' like we say. (...) We have to know more about the person's habits, if he is aggressive or not, or if he has the tendency to become aggressive, through the neighbors or somebody close to them. This is important for our service to occur under the normality and we can transport the patient without big problems"</i> (police officer 05)
Building a relationship	<i>"Is very important for us to get the patient's trust, this is very important for our intervention. I believe that it is the most important thing, to have the patient to trust us. If they do not believe us, it will be very difficult for us to do our service without taking some authority measures"</i> (police officer 05)
To be patient and not to rush	<i>"I seat myself on his table and I was pretending that I was eating and then I said 'Hi John we have to go, you have an appointment at the hospital,' and he said 'mister officer I am eating my codfish, please let me finish it' ... You know, I was there for two hours pretending I was eating, but in the end he came with us with no trouble"</i> (police officer 05)  <i>"I always want that the person to be transported comes with me through their free will. Sometimes it could take me fifteen, twenty minutes or half an hour, but I will talk with him until he understands that he has to come with me"</i> (police officer 09).

### Facilitate the Access to the Patient

The Portuguese legal framework on compulsory admission does not allow police officers to force the entrance on a patient's home. This means that the involvement of significant others of the patient are crucial to gain access to them, typically a relative. Without access to the patient's home, the police officers have to wait until the patient is on a public highway in order to transport them to the hospital.

### Source of Information

The amount of information that is provided to the police officers about the patient is usually scant. Patient's family or friends are a rich source of information about patient's personality, emotional state on that day, and informs their decision about when best to execute the warrant.

The involvement of family in the compulsory admission process is crucial to reach the person in a more effective manner, and to reduce the risk of any injuries or the need for physical force.

### Triad of Success

Transporting someone for compulsory admission is a challenging process given the complex symptoms exhibited by these patients and their social situation. Police officers are faced with unknown circumstances, and so adopt strategies to minimize the risks to themselves and to ensure an effective intervention (Table 4).

### Obtain Knowledge About the Patient

The knowledge that they obtain about the patient is very important for the success of their intervention. This includes gathering information about the patient's behavior, habits, people that they live with and factors that will shape the way that the person will react to their approach. Police officers often obtain information from family members, however some patients live

alone or do not have family. In these occasions, police officers have to use all the other resources available to get some insight into the person.

### Building a Relationship

Since the first moment that police officers approach the patient, their objective is to build a rapport with the patient. This relationship building process and sense of patient's trust in the police officer is very time consuming. Nevertheless, for police officers this is a crucial factor in their intervention, and without it the trust in their approach can be compromised.

### To Be Patient and Do Not Rush

The complex layout of the police activity under compulsory admission tasks requires a lot of sensitivity, patience and good communication skills from police officers. This police intervention is the most time consuming operation for Portuguese police officers who often are rushed in to solve challenging situations. Yet, in these cases, patience and dialogue are their only tool and can help them come across more as peers, which differs to their usual demeanor in the other types of police work they do. Establishing a conversation with a person with a serious mental disorder can be challenging, but also gives the police a sense of control over the situation. This is their strategy to understand the patient and gain their trust, allowing them to co-operate and accept that they need to leave with the police. This makes police officers more confident about dealing with the process.

### Views of Mental Illness

Police perceptions and beliefs about mental illness and about people with serious mental disorders facilitate better understanding of the patients' behavior and attitudes (Table 5).

TABLE 5 | Views of mental illness quotes.

Views of mental illness	
Cyclic	<p>"The majority of the cases that we have are known to us, therefore we already took them more than once, and therefore we already know the person" (police officer 07)</p> <p>"I had an old man, who even died last year. I took him several times because he was already a regular person [that we transport]. He took the medication for a while and during that time he was ok, but then he used to drink alcohol, relapsed, and did not go to his periodic medical appointments. Then his medical doctor informed the public ministry, requesting a new order of transportation. Therefore he was out there" (police officer 04)</p>
Beliefs about people with mental illness	<p>"Mental illness is the illness of the century. The lack of awareness of this situation is dangerous because people are unconscious that they are unwell and that they need a doctor" (police officer 03)</p> <p>"A patient who has relapsed can be dangerous for themselves, or they can try to finish their life or to hurt others" (police officer 04)</p> <p>"If a person is unwell, he will end up becoming a dangerous to them or those around them" (police officer 07)</p>

### Cyclic

Mental illness is perceived by police officers as cyclic, as they often transport the same patients in different periods (or relapses) of their illness. This cycle, characteristic of compulsory admissions, means police officers become an active agent of patient's treatment, although in a reactionary form during a crisis.

### Beliefs About People With Mental Illness

Portuguese police officers see people with mental disorders as unpredictable, dangerous and with lack of insight about their illness and the need of treatment.

### Improving the Reality of Compulsory Admission

Police officers take responsibility for the patients' transportation until they reach the nearest psychiatric emergency ward for medical evaluation. Once there, police officers are responsible for the patient's deprivation of freedom and restitution (if required). This means that police officers have to remain with these patients and be present in almost all stages of a patient's compulsory admission. Therefore, police officers are able to provide a valuable insight into what could be improved in this process (Table 6).

### Mismatch Between Safety and Health

The controversy of compulsory admission for police officers is the shift from providing security to medical support. The hospital interaction is perceived by police officers as resource and time consuming. They strongly felt that patients under compulsory admission should have priority over other patients because they are there under a judicial order. The presence of the police in the hospital is perceived by the police officers to have a negative impact on the patient, being an

TABLE 6 | Improving the reality of compulsory admission quotes.

Improving the reality of compulsory admission	
Mismatch between safety and health	<p>"I have a warrant and I have to go to the line, and sometimes the line is huge to give the patients registration, and I have to wait. They say to me that is a medical emergency facility, and like me they have others. The difference is, in my case, other resources are being used." (police officer 01)</p> <p>"The presence of the police there [in the hospital] is exhausting, even for the patient. They look at us and they feel that we are depriving them from their well-being. It ends up being too much time" (police officer 09)</p> <p>"We are talking about one police officer, by the way two police officers that remain in the hospital for six, seven hours waiting for a medical evaluation. In other words I believe that this is spending our resources" (police officer 02)</p> <p>"[In the hospital under compulsory admission order] we should have some priority because the patient is being transported under judicial order or by other entity. [Our patients' observation] should be a priority because other persons are involved and they have to be free of that duty" (police officer 09)</p>
Negative aspects resulting from the police intervention	<p>"The others will think 'another thug.' If you are in a hospital and see uniformed a police officer (...) the others will judge." (police officer 01)</p> <p>"Just the fact that we will be there does not mean the person has committed a crime. But in our society, if a common civilian is accompanied by a police officer, is immediately labeled as a criminal" (police officer 02).</p>
Police officers difficulties	<p>"Just as I had said before, my main difficulty is to convince the patient to come with us (...) just the fact that person has a mental illness is an obstacle difficult to overcome, because you cannot reach the communication, a healthy and coherent dialogue" (police officer 03)</p> <p>"Obviously that I am feeling limited. You have to have powerful argumentation skills to counteract certain kind of people, it is not easy, I am not a sales man (...) some situations that are not easy to deal and I am not prepared to deal with them". (police officer 09)</p> <p>"Is the day by day experience. Today I do, tomorrow I will do and we will learn how to do according to the situation fits best for each scenario" (police officer 05)</p>
Try other solutions	<p>"I ask myself, 'what if, instead of being the police taking care of the patient's transportation to the hospital, other professionals went to the patient's residence and ask for the collaboration of the police.' Would this not be more comfortable for the patient?" (police officer 05)</p> <p>"We should have some specialized physician working with us in these cases. Because for us it is complicated as we do not understand" (police officer 06)</p> <p>"In the warrant says 'transportation warrant,' the language is clear, and then says 'transport the citizen X to the psychiatric emergency ward Y.' (...) They should create a room, similarly as we transport a person in the cases of the victims of domestic violence to a separate room in our police departments. What is the problem? Because in that moment they are deprived of their freedom, and they will remain deprived until medical decision" (police officer 01)</p> <p>"We do not understand, when we have a hospital with all conditions, from private security, police officer assigned to the hospital, several rooms, and they prevent a police officer from doing other police duties. We are working to support the community and we wait there [at the hospital] for hours, waiting that somebody release us from being there to escort one patient, one person" (police officer 09)</p>

expenditure of police resources, with many experiencing it like being detained.

### Negative Aspects Resulting From the Police Intervention

Despite the care that police officers have when dealing with a person with mental illness, using a powerful institution which deals with the criminal world (i.e., the police), could have a negative impact upon the person that is being transported for medical evaluation.

### Police Officers Difficulties

The interaction between police officers and people with mental disorders involves a special dynamic. Police officers have to transport the patient to the nearest psychiatric emergency service without any incident, which involves the person following their orders ideally in their own free will. The communication process is not easy, and police officers feel poorly prepared to do this.

These feelings of poor preparation can result from police officers' misunderstanding and/or lack of training on the behavior of people with mental illness. On the other hand, compulsory admission is not the core of police activity and the numbers of such admissions are low. Police officers learn how to deal with these patients from their own experiences.

### Try Other Solutions

Police officers give suggestions to improve the compulsory admission process, which does not involve excluding police officers from the equation or discharging their responsibilities as police. They instead focus on patients' care improving their access to the mental health system. Their suggestions especially focused on police officers presence in hospital, which they express indignation with as it is a misuse of their resources and impacts their wider police duties.

## DISCUSSION

### Key Findings

This study has raised awareness to the perceptions of police officers in dealing with compulsory treatment. Police officers felt confident about using Mental Health Law to approach these patients, which empowered them to help manage patients' behavior. However, they felt unprepared when dealing with the patients' behavior when this became challenging for them. Furthermore, police officers perceived patients as people who are unwell and require treatment. Police officers expressed that having an empathic approach, keeping a low profile, having a respectful interaction (e.g., using dialogue, patience and information about the person) was their main strategy. This demonstrates that police officers take special care when transporting patients against their will. Although they understand how mental illness can influence a person's cognition and behavior, they showed their own perceptions about mental illness and such patients (perceived as unpredictable, dangerous and without the capacity to judge their health status). Finally, our findings highlight their desire for increased support from other mental health professionals, for the process to be more

efficient, and use less police resources. This would allow a balance between security and medical assistance, prioritizing the latter.

### Strengths and Limitations

To our knowledge this is the first study in Portugal that has focused on police officers and their interactions with people with serious mental disorders under compulsory admission, and therefore these findings add to a very limited literature base and hopefully set grounds for further work. The setting of this study is another strength as it included a wide range of police departments and police officers that perform compulsory admissions in Porto, including police officers with vast experience in this field. The geographical coverage of the study is also a strength, since different geographical areas may represent different social frameworks and provides us with rich and detailed information about the phenomena.

The study had however some limitations. Firstly, the sample of police officers interviewed was relatively small and did not allow us to explore and compare the differences in police officers views toward compulsory treatment, and whether this varied on the number of compulsory treatments they had previously carried out or their personal characteristics. Secondly, the sample targeted Porto's police departments and there is a possibility that in other areas of Portugal, with different characteristics, the experience of police officers may be different. Finally, our study only involved PSP (Policia de Seguranca Pública) police officers. Other police officers from different police forces, like GNR (Guarda Nacional Republicana) who receive military training, may experience the compulsory admission process in a different way.

### Comparison With the Literature

In our study, police officers in Portugal expressed special care and understanding of patient's medical needs, promoting a collaborative relationship in what is an asymmetrical power relationship by nature, using tools, such as dialogue, patience, building a positive rapport and gathering information about the patient beforehand. This emotional bond with a person with a mental disorder has also been shown in research in other countries, such as with police officers in the United Kingdom (UK), where they express the desire to help and to have empathy and understanding of people with mental disorders (25). A gentle communicative style is required to gain trust, rapport and compliance from the person under compulsory admission (37). The strategy of using dialogue and giving time to patients to explain themselves is perceived by people with a serious mental disorder as a more humane treatment (38, 39). For patients, being treated as humans is crucial to perceive the interaction as positive and for that, factors, such as communication style, being listened to, gentle handling, putting them at ease and not rushing things are key (37, 39). This procedural justice activity framework is crucial for the patient's cooperation and influences perceptions of police legitimacy. When the police intervention is grounded in a procedural justice approach, the quality of police-citizens interaction is enhanced (26) and people voluntarily comply with the police (8). Procedural fairness may

assume an important role in maintaining the person's identity in the community, enhancing the person's value, and may facilitate their involvement in the treatment with future repercussions in treatment adherence (8).

Furthermore, our results in this study show that the involvement of the family in this process has emerged as a core feature in this police intervention, given that it is a useful source of information about the patient and a relevant link and resource in the process. Certainly, family and social support is a cornerstone of the Portuguese mental health care, especially in the case of people with serious mental disorders (40). This is in line with the findings from previous research, which had already highlighted the importance of family, as having a central role in recovery. Its involvement is seen as a valuable and qualified resource, responsible for assisting with the care provision (41). Importantly, the way in which a family starts a compulsory admission process has an effect on how individuals consider the first days of admission and is decisive in the patient's whole experience (42). It has been emphasized already that working in partnership and having discussions between the staff and the family members contributes to the development of best practice (43), to deliver safe and effective interventions (41). Despite the importance of family in mental health care, some families in London reported that they are treated as an irrelevant and troublesome part by the British mental health system (44).

In Portugal, seeking further information about the patients and the family involvement in the process is current practice in Portuguese police compulsory admission interventions and seems to be one strategy to a successful intervention. From a patient's perspective, it is also important that police officers have access to some personal information prior to their arrival to the scene, in order to know how to handle the person, how to communicate and to keep the situation under control. Yet, this amount of information should be properly handled by appropriately trained police (45). Without this, patients could be put at a high level of risk (38).

Our findings indicate that police officers in Portugal acknowledged that their presence has a positive impact on the person's behavior, resulting in a more controlled, submissive and respectful attitude. On the other hand, some police officers perceived that their presence could have a negative impact upon the person that is being transported for medical evaluation.

Hospital admission represents a significant event in the lives of people with serious mental disorders (3). It is reported by many as a traumatic process, and signifies a loss of patient's autonomy (42). However, "objective" coercive measures do not seem to be related with reduced satisfaction in people who are deprived of their freedom to receive medical treatment (46), but "perceived" coercion seems to be (47). This suggests that measures engaged to promote patient's self-control, such as providing explanations and involving them in the decision-making (42), may decrease the level of perceived coercion in the process of compulsory admission, and may increase the patient's satisfaction with their care and the treatment

overall (46). Improving patients' satisfaction with care during the compulsory admission process is important not only to provide the highest quality and humane service to patients who require care, but also because low satisfaction levels are linked with poor engagement with services and repeated involuntary admissions (48, 49).

Importantly, the literature reveals that to be in police custody can be experienced as shocking, humiliating, intense or forceful, especially if the patient was not violent, and even if the police officers were kind and gentle during the process (37). In fact, a long period of time in custody, especially in suicidal patients, might increase their mental distress (44). Police officers in the UK acknowledge that a person with mental health problems may be traumatized by the police intervention and that, as police officers, they were frequently perceived as a threat by such patients (25). Regardless of this, police officers did not want to cause or prolong distress for these people, but felt they were frequently placed in situations where they were the only service available to help people in crisis (25). This is perceived by police officers (25) and patients (50) as a consequence of the failure of health services, and the fact that they are not mental health specialists (51).

The idea that police officers should not be responsible for mental health patients in crises is shared by police officers in Greece (16), and in the UK (25). Particularly in the UK they emphasize that they are put far beyond the initial crises stage and that police and medical professionals should work together to get a positive outcome, instead of unnecessary arrests (25). Police officers reported dissatisfaction with the process of getting a person into a treatment facility (52), due to concerns about police time and resources consumption (16, 53). Feeling unsupported is not only about lack of medical support or about the services provided, it is also about the background information about the person, and the feedback on the situation (53).

Although Portuguese police officers feel that the health system does not respond appropriately to the police force and to the patients' requirements, they express disappointment especially for the negative consequences this has on police officers wider duties and patients distress.

### Implications of the Findings for Practice, Polices, and Research

Our study shows that interventions for police officers are still necessary in order to improve the compulsory admission process, such as: (i) providing adequate formal training and education on mental health that can help change the police misperceptions about people with serious mental illness, preparing the police officers to deal with patients' challenging behavior; (ii) improve communication and cooperation between the police, the medical community and social service providers, considering alternatives to improve their work and most importantly patients' care; and (iii) improve the conditions at the hospital emergency departments, so that patients referred compulsorily, are assessed as soon as possible.

Police officers expressed in this study that the existence of a law can give them legitimacy to deprive a person's freedom, although this is not a detention. This legal difference is well-recognized by police officers and is enforced in their interventions. Consequently, the police approach a person with mental illness by explaining that their function is not to arrest them, but instead to take them to a hospital for medical evaluation with an order determined by law. In this way the legitimacy of the intervention is legally guaranteed and police officers remain neutral in the decision-making process of compulsory admission. This has an important role in the patients' behavior and in the police confidence in managing this. In fact, the impact of the legislation in the patients' behavior and their perceptions of compulsory admission should be further studied. It seems that patients awareness of the legal order and of police officers responsibilities (i.e., once the patients realize that it is a legal order and that the police are just doing their job), they tend to improve cooperation and their experience (39).

Using the police to transport mentally unwell people in crisis represents a major expenditure of police resources, occasionally with some negative impact upon the patients, given their lack of preparation and the lack of support from mental health professionals. Therefore, it is important to sensitize police officers to the importance of their task and actively engage them to collaborate with mental health professionals. In general, police officers share the belief that it is not their responsibility to deal with mentally ill people in crises. It is imperative to change this to guarantee a more effective response in the compulsory admission process and a faster access of patients to the mental health services. A more efficient approach would reduce the time that police officers are away from their other usual duties, since the time that they spend during this task was their biggest complaint. The creation of joint task forces between police and mental health professionals could be highly beneficial, responding faster and reducing stigma/discrimination (51). A multi-agency strategy approach could also enhance the legitimacy of the intervention and contribute to the procedural fairness of the compulsory admission process (26). This suggests the need to further study the effectiveness of different approaches. Possibly that could lead to a change in the Portuguese mental health legal framework, where frontline medical provision is supported by police officers, if required, and social services. Future qualitative research with larger samples of police officers, and from different police forces, could further explore and compare the differences in their views toward compulsory treatment, and whether this is affected by the number of compulsory treatments they had done, by their background and/or personal characteristics.

Finally, our findings show that the police officers in Portugal approach compulsory admission as a help call, with full understanding that there is a person who needs medical attention and has to be treated with empathy, dignity and respect. They seek a humane interaction using all the means at their disposal to do the transport with minimal negative effects on them, and without use of force. Creating a rapport and trust are highlighted as crucial to enhance a relationship with

a patient. For this, Portuguese police officers use dialogue as a strategy, but this can be too time consuming and a challenging process which they can experience as a major difficulty. For a better interaction, formal and standardized training and educational programs should be implemented to help increase the confidence levels of police officers during their interactions with people with mental disorders (52). Although they express that they rarely have to use force in these processes, Portuguese police officers perceive people with serious mental disorders as unpredictable, dangerous and without the capacity to evaluate their mental state. Their perceptions about mental illness may also result from their lack of knowledge and experience. The way police officers perceive people with mental illness is of major concern since insufficient mental health education could put people with serious mental disorders at risk (38), and enhance the chances of physical confrontation, as it may result in a situation where both parties misunderstand each other (14). Therefore, it is vital to further assert in the difficulties, concerns and beliefs of police officers across the country and beyond, and complement this research with further studies focusing on patients' perceptions about this police intervention. This input from different sectors is imperative to the development of formal and standardized education and training programs that would help police officers: (i) reducing the use of measures that may increase perceived coercion; (ii) changing their misperceptions about people with serious mental disorders; and (iii) helping them to determine the best strategy to provide the best care.

## CONCLUSION

This study illustrates Portuguese police officers experiences and perceptions during the process of compulsory admission, providing more information about this understudied area. It also highlights their efforts for a humane and empathic treatment that they provide when transporting people for compulsory admissions. Some aspects of the police intervention should be further developed for an improved and swifter process when transporting patients, and to promote a more humane and effective approach.

## ETHICS STATEMENT

Ethical approval for the study was obtained from the Ethics Committee (203/2017) of the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS) of the University of Porto and a favorable authorization was obtained from the National Formation Department of PSP (3F05-2017), prior to the interviews. Invited participants received information about the purpose of the study and the research method verbally and through information sheets prior to the interview. The contact details of the researcher were given to the interviewees for any further questions prior or after the interview. They were also informed about their right to withdraw their

consent and withdraw from the study without any penalties and that confidentiality would be maintained. Written informed consent was obtained from participants prior to the interviews.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

RS and MPC conceived the study. RS made all the contacts with the police, performed the interviews and led the analytic process. RS and MPC analyzed the results and wrote the paper.

## REFERENCES

- Salize HJ, Drefsing H, Peitz M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients-Legislation and Practice in EU-Member States*. Central Institute of Mental Health Research Project Final Report, Mannheim, Germany. (2002). p. 15.
- Rights F-EUAF. *Involuntary Placement and Involuntary Treatment of Persons With Mental Health Problems*. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights (2012).
- Wyder M, Bland R, Crompton D. The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. *J Mental Health*. (2016) 25:338–42. doi: 10.3109/09638237.2015.1124388
- Molodynski A, Turnpenny L, Rugkasa J, Burns T, Moussaoui D. Coercion and compulsion in mental healthcare-an international perspective. *Asian J Psychiatry*. (2014) 8:2–6. doi: 10.1016/j.ajp.2013.08.002
- Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2015) 50:1297–308. doi: 10.1007/s00127-015-1032-3
- Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2012) 47:1169–79. doi: 10.1007/s00127-011-0427-z
- Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc*. (2007) 16:172–8. doi: 10.1017/S1121189X00004802
- Watson AC, Angell B. Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. (2007) 58:787–93. doi: 10.1176/ps.2007.58.6.787
- Watson AC, Corrigan PW, Ottati V. Police responses to persons with mental illness: does the label matter? *J Am Acad Psychiatry Law*. (2004) 32:378–85.
- Hails J, Borum R. Police Training and specialized approaches to respond to people with mental illnesses. *Crime Delinq*. (2003) 49:52–61. doi: 10.1177/0011128702239235
- Iacobucci F. Police encounters with people in crisis. In: Service TP, editor. (2014). Available online at: <https://www.torontopolice.on.ca/publications/> (accessed September 12, 2018).
- Brink J, Livingston J, Desmarais S, Michalak E, Verdun-Jones S, Maxwell V, et al. *A Study of How People with Mental Illness Perceive and Interact with the Police*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada (2011).
- Moore R. *European Police and Persons With Mental Illnesses. Policing and the Mentally Ill. Advances in Police Theory and Practice*. Boca Raton, FL: CRC Press (2013). p. 39–62.
- Ruiz J, Miller C. An exploratory study of Pennsylvania Police Officers' perceptions of dangerousness and their ability to manage persons with mental illness. *Police Q*. (2004) 7:359–71. doi: 10.1177/1098611103258957
- Green TM. Police as frontline mental health workers. The decision to arrest or refer to mental health agencies. *Int J Law Psychiatry*. (1997) 20:469–86. doi: 10.1016/S0160-2527(97)00011-3
- Psarra V, Sestrini M, Santa Z, Petsas D, Gerontas A, Garnetas C, et al. Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. (2008) 31:77–85. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.11.011
- Oxburgh L, Gabbert F, Milne R, Cherryman J. Police officers' perceptions and experiences with mentally disordered suspects. *Int J Law Psychiatry*. (2016) 49:138–46. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.008
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. (2002) 1:16–20.
- Corrigan PW, Bink AB. The stigma of mental illness. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health*, 2nd ed. Oxford: Academic Press (2016). p. 230–4. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.000170-1
- Burkhardt BC, Akins S, Sassaman J, Jackson S, Elwer K, Lanfear C, et al. University Researcher and Law Enforcement Collaboration: lessons from a study of justice-involved persons with suspected mental illness. *Int J Off Ther Comp Criminol*. (2015) 61:508–25. doi: 10.1177/0306624X15599393
- Kesic D, Thomas SD, Ogloff JR. Mental illness among police fatalities in Victoria 1982–2007: case linkage study. *Aust N Z J Psychiatry*. (2010) 44:463–8. doi: 10.3109/00048670903493355
- Saleh AZ, Appelbaum PS, Liu X, Scott Stroup T, Wall M. Deaths of people with mental illness during interactions with law enforcement. *Int J Law Psychiatry*. (2018) 58:110–6. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.03.003
- Watson AC, Morabito MS, Draine J, Ottati V. Improving police response to persons with mental illness: a multi-level conceptualization of CIT. *Int J Law Psychiatry*. (2008) 31:359–68. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.06.004
- Compton MT, Demir Neubert BN, Broussard B, McGriff JA, Morgan R, Oliva JR. Use of force preferences and perceived effectiveness of actions among Crisis Intervention Team (CIT) police officers and non-CIT officers in an escalating psychiatric crisis involving a subject with schizophrenia. *Schizophr Bull*. (2011) 37:737–45. doi: 10.1093/schbul/sbp146
- Mclean N, Marshall LA. A front line police perspective of mental health issues and services. *Crim Behav Mental Health*. (2010) 20:62–71. doi: 10.1002/cbm.756
- Mazerolle L, Bennett S, Davis J, Sargeant E, Manning M. Procedural justice and police legitimacy: a systematic review of the research evidence. *J Exp Criminol*. (2013) 9:245–74. doi: 10.1007/s11292-013-9175-2
- Tyler T. Procedural justice and policing: a rush to judgment? *Annu Rev Law Soc Sci*. (2017) 13:29–53. doi: 10.1146/annurev-lawsocsci-110316-113318
- Tyler TR. Enhancing police legitimacy. *Ann Am Acad Polit Soc Sci*. (2004) 593:84–99. doi: 10.1177/0002716203262627
- Lei de Saúde Mental, 36/98 de 24 de julho (1998). *Emissor: Assembleia da República; Diploma Type: Lei*. Number: 36/98; 3544–3550. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24. Available online at: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>
- Lei de Bases da Saúde, 48/90 de 24 de agosto (1990). *Emissor: Assembleia da República; Diploma Type: Lei*. Number: 48/90; 3452–3459. Diário da República n. 195/1990, Série I de 1990-08-24.
- Mota JL. *Discurso na sessão de encerramento. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editores (2000). p. 133–40.
- Figueiredo D. *Palavras finais do Prof. Doutor Jorge De Figueiredo Dias à conferência do Procurador-Geral da República. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora (2000). p. 61.

## ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the support received in the Master on Legal Medicine at the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS) at the University of Porto. This article reports the research's Master work of RS under the supervision of MPC.

## SUPPLEMENTARY MATERIAL

The Supplementary Material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00187/full#supplementary-material>

33. Cunha R. *Sobre o estatuto jurídico das pessoas afetadas de anomalia psíquica A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora (2000). p. 19–52.
34. Almeida F, Marques I, Castro S, Coelho C, Palha J, Leonor C, et al. Internamentos compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatr Just.* (2008) 2:87–102.
35. Almeida F, Moreira D, Silva V, Cardoso A. Internamento compulsivo. *Psiquiatr Psicol Just.* (2012) 5:49–66.
36. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research—A Practical Guide for Beginners*. London: SAGE Publications Ltd (2013). p. 382.
37. Bradbury J, Hutchinson M, Hurley J, Stasa H. Lived experience of involuntary transport under mental health legislation. *Int J Mental Health Nurs.* (2016) 26:580–92. doi: 10.1111/inm.12284
38. Boscarato K, Lee S, Kroschel J, Hollander Y, Brennan A, Warren N. Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. *Int J Mental Health Nurs.* (2014) 23:287–95. doi: 10.1111/inm.12059
39. Watson AC, Angell B, Morabito MS, Robinson N. Defying negative expectations: dimensions of fair and respectful treatment by police officers as perceived by people with mental illness. *Adm Pol Mental Health Mental Health Serv Res.* (2008) 35:449–57. doi: 10.1007/s10488-008-0188-5
40. Almeida J. *A saúde mental dos portugueses*. Lisbon: Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018). p. 123.
41. Begum R, Riordan S. Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* (2016) 23:45–53. doi: 10.1111/jpm.12276
42. McGuinness D, Murphy K, Bainbridge E, Brosnan L, Keys M, Felzmann H, et al. Individuals' experiences of involuntary admissions and preserving control: qualitative study. *BJPsych Open.* (2018) 4:501–9. doi: 10.1192/bjo.2018.59
43. Ness O, Karlsson B, Borg M, Biong S, Hesook SK. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *Int J Mental Health Syst.* (2012) 6:18. doi: 10.1186/1752-4458-6-18
44. Adebawale L. *Independent Commission on Mental Health and Policing Report*. Independent Commission on Mental Health and Policing (2013). Available online at: <https://www.basw.co.uk/resources/independent-commission-mental-health-and-policing-report> (accessed October 28, 2018).
45. Livingston JD, Desmarais SL, Verdun-Jones S, Parent R, Michalak E, Brink J. Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. *Int J Law Psychiatry.* (2014) 37:334–40. doi: 10.1016/j.jltp.2014.02.003
46. Bainbridge E, Hallahan B, McGuinness D, Gunning P, Newell J, Higgins A, et al. Predictors of involuntary patients' satisfaction with care: prospective study. *BJPsych Open.* (2018) 4:492–500. doi: 10.1192/bjo.2018.65
47. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz MS, et al. Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Commun Mental Health J.* (2013) 49:457–65. doi: 10.1007/s10597-012-9539-5
48. van der Post LF, Peen J, Visch I, Mulder CL, Beekman AT, Dekker JJ. Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam Study of Acute Psychiatry V. *Int J Soc Psychiatry.* (2014) 60:125–33. doi: 10.1177/0020764012470234
49. Setkowski K, van der Post LF, Peen J, Dekker JJ. Changing patient perspectives after compulsory admission and the risk of re-admission during 5 years of follow-up: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry IX. *Int J Soc Psychiatry.* (2016) 62:578–88. doi: 10.1177/0020764016655182
50. Highet N, G McNair B, Thompson M, Davenport T, Hickie I. *Experience With Treatment Services for People With Bipolar Disorder*. Sydney: The Medical Journal of Australia (2004). p. S47–51.
51. Kirubarajan A, Puntis S, Perfect D, Tarbit M, Buckman M, Molodynski A. Street triage services in England: service models, national provision and the opinions of police. *BJPsych Bull.* (2018) 42:253–7. doi: 10.1192/bjb.2018.62
52. Wells W, Schafer JA. Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness. *Policing.* (2006) 29:578–601. doi: 10.1108/13639510610711556
53. Fry AJ, O'Riordan DP, Geanellos R. Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health Soc Care Commun.* (2002) 10:277–86. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00371.x

**Conflict of Interest Statement:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2019 Soares and Pinto da Costa. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

## Bibliografia

1. Salize Hans Joachim, Dreßing Harald, and Peitz Monika, 2002, *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states*. Central Institute of Mental Health Research Project Final Report, Mannheim, Germany. **15**: p. passim.
2. Rights FRA - European Union Agency for Fundamental, 2012, *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*. p. passim.
3. Wyder M., Bland R., and Crompton D., 2016, *The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions*. J Ment Health. **25**(4): p. 338-342.
4. Saya Anna, Brugnoli Chiara, Piazzini Gioia, Liberato Daniela, et al., 2019, *Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review*. Frontiers in Psychiatry. **10**(271): p. 1-22.
5. Molodynski A., Turnpenny L., Rugkasa J., Burns T., et al., 2014, *Coercion and compulsion in mental healthcare-an international perspective*. Asian J Psychiatr. **8**: p. 2-6.
6. Valenti E., Banks C., Calcedo-Barba A., Bensimon C. M., et al., 2015, *Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. **50**(8): p. 1297-308.
7. Katsakou C., Rose D., Amos T., Bowers L., et al., 2012, *Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. **47**(7): p. 1169-79.
8. Katsakou C. and Priebe S., 2007, *Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies*. Epidemiol Psychiatr Soc. **16**(2): p. 172-8.
9. Krameddine Yasmineen I. and Silverstone Peter H., 2015, *How to Improve Interactions between Police and the Mentally Ill*. Frontiers in psychiatry. **5**: p. 186-186.
10. Morabito Melissa Schaefer and Socia Kelly M., 2015, *Is Dangerousness a Myth? Injuries and Police Encounters with People with Mental Illnesses*. Criminology & Public Policy. **14**(2): p. 253-276.
11. Ruiz Jim and Miller Chad, 2004, *An Exploratory Study of Pennsylvania Police Officers' Perceptions of Dangerousness and Their Ability to Manage Persons with Mental Illness*. Police Quarterly. **7**(3): p. 359-371.
12. Green T. M., 1997, *Police as frontline mental health workers. The decision to arrest or refer to mental health agencies*. Int J Law Psychiatry. **20**(4): p. 469-86.

13. Corrigan P. W. and Bink A. B., *The Stigma of Mental Illness*, in *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, H.S. Friedman, Editor. 2016, Academic Press: Oxford. p. 230-234.
14. Corrigan Patrick W. and Watson Amy C., 2002, *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA). **1**(1): p. 16-20.
15. Watson A. C., Corrigan P. W., and Ottati V., 2004, *Police responses to persons with mental illness: does the label matter?* J Am Acad Psychiatry Law. **32**(4): p. 378-85.
16. Iacobucci Frank, *POLICE ENCOUNTERS WITH PEOPLE IN CRISIS*, 2014, T.P. Service, Editor. p. 59-78.
17. *Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98, de 24 de julho de 1998*. Diário da República. I-Série A. N.º 169: p. 3544-3550.
18. Fernando Almeida, Isabel Marques, Sofia Castro, Cristina Coelho, et al., 2008, *Internamentos Compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos*. Psiquiatria & Justiça. **2**: p. 87-102.
19. Fernando Almeida, Diana Moreira, Vera Silva, and Cardoso Anabela, 2012, *Internamento Compulsivo*. Psiquiatria, Psicologia & Justiça. **5**: p. 49 - 66.
20. Saraiva; Carlos Braz and Cerejeira; Joaquim, *História da Psiquiatria* in *Psiquiatria Fundamental*, L.-E.T. Lda, Editor. 2015. p. 1- 16.
21. Quérel Claude, *História da Loucura - Da antiguidade à invenção da Psiquiatria* Vol. 1. 2014: Edições Texto & Grafia. 27:passim.
22. Stavis Paul. *Civil Commitment: Past, Present, and Future*. 1995 [cited 2016 1/07/2016].
23. Azenha Sónia, 2014, *O Internamento Compulsivo e a Representação da Doença Mental – Percurso Histórico*. Arquivos de Medicina. **24**(2): p. 54-60.
24. Dalla-Vorgia P., Lascaratos J., Skiadas P., and Garanis-Papadatos T., 2001, *Is consent in medicine a concept only of modern times?* Journal of medical ethics. **27**: p. 59-61.
25. Allmark Peter, 2008, *An Aristotelian Account of Autonomy*. The Journal of Value Inquiry. **42**: p. 41-53.
26. A Talina, *Internamento compulsivo em Psiquiatria: Estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na grande Lisboa*, 2014, F.d.C.M. Universidade Nova de Lisboa, Editor: <http://hdl.handle.net/10362/5545>. p. 4-14.
27. Ferreira L., Firmino P., Florido P., Gamanho D., et al., 2006, *Perspetiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca: p. 61-70.

28. *Declaração dos direitos do homem e do cidadão : França, 26 de Agosto de 1789,1998*, Universidade Lusíada de Lisboa /Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa in [ULL-ISSSL] IS, n. especial (1998): <http://hdl.handle.net/11067/4074>. p. 133-135.
29. *Bethlehem to Bedlam - England's First Mental Institution*. 2019 [cited 2019 17/04/2019]; Available from: <https://historicengland.org.uk/research/inclusive-heritage/disability-history/1050-1485/from-bethlehem-to-bedlam/From>
30. Black Nick, 2007,*The lost hospitals of St Luke's*. Journal of the Royal Society of Medicine. **100**(3): p. 125-129.
31. *The York Retreat*. 2013 [cited 2019 17/04/2019]; Available from: [https://warwick.ac.uk/fac/arts/history/chm/outreach/trade\\_in\\_lunacy/research/yorkretreat/](https://warwick.ac.uk/fac/arts/history/chm/outreach/trade_in_lunacy/research/yorkretreat/).
32. Quérel Claude, *História da Loucura - Do Alienismo aos nossos dias*. Vol. II. 2014: Edições Texto & Grafia. 295:p.99-114.
33. *Parecer n.º 8/VII, Projecto de proposta de lei n.º 522/VII,12 de Dezembro de 1962, V.L. Actas da Câmara Corporativa*, Editor. p. 219-262.
34. *Portaria, 18 de novembro de 1842*. Diário do Governo de 22 de novembro. **276**: p. 402.
35. *Portaria, 07 de agosto de 1844*. Diário do Governo de 17 de Agosto. **194**: p. 191.
36. Cintra P., *Miguel Bombarda: preservar a memória*. Casa das Letras p. 18-22.
37. Pereira A, 1986,*A institucionalização da loucura em Portugal*. Revista Crítica de Ciências Sociais. **21**: p. 85-100.
38. *Código Administrativo 1837*: Imprensa Nacional, Lisboa.
39. *Código Administrativo 1842*: Imprensa Nacional, Lisboa.
40. *Código Administrativo*. 1870: Imprensa Nacional, Lisboa.
41. *Código Administrativo*. 2ª Edição ed. 1878: Imprensa Nacional, Lisboa.
42. *Portaria, 29 de Maio de 1850*. Ministério do Reino, Livro de 1850: p. 216.
43. *Código Administrativo Portuguez 1886*. p. 106-107.
44. *Decreto, 07 de abril de 1851*. p. 60-70.
45. *Instrução, 21 de Abril de 1851*. Diário do Governo de 8 de Maio n.º 107: p. 120-123.
46. *Portaria, 29 de setembro de 1864*. Diário de Lisboa n.º 222 de 3 de outubro: p. 769-770.
47. *Portaria, 26 de setembro de 1863*. Ministério do Reino - Livro de 1863: p. 116-117.
48. *Decreto 11 de maio*. Diário do Governo, nº 111, de 13 de maio de 1911: p. 1945-1950.
49. *Decreto, 14 de maio de 1883*. Diário do governo n.º 124 de 5 de junho: p. 107-121.
50. *Portaria, 30 de setembro de 1891*. Ministério do Reino - Livro de 1891: p. 526-542.

51. Pereira Pedro, Gomes Eva, and Martins Olga, 2005, *A alienação no Porto: O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)*. Revista da Faculdade de Letras. Historia. 6: p. 99-128.
52. *Lei 4 de julho de 1889*. Diário do Governo, nº 155, de 15 de julho de 1889: p. 318-319.
53. Soares M, 2008, *A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica*. Pensar Enfermagem. 12: p. 35-51.
54. *Lei n.º 2:006*. Diário do Govêrno, I-Série, n.º 77, de 11 de abril de 1945: p. 241-243.
55. *Decreto n.º 34 502*. Diário do Govêrno, I Série – N.º 83, de 18 de abril de 1945: p. 263-268.
56. *Decreto n.º 34 534*. Diário do Govêrno, I Série – N.º 90, de 26 de abril de 1945: p. 295-298.
57. *Decreto n.º 34 547*. Diário do Govêrno, I Série – N.º 92, de 28 de abril de 1945: p. 305-308.
58. *Decreto n.º 36 049*. Diário do Govêrno, I Série – N.º 288, de 18 de dezembro de 1946: p. 1285-1286.
59. *Decreto-Lei n.º 41 759*. Diário do Govêrno, I Série – N.º 161, de 25 de julho de 1958: p. 698-701.
60. *Decreto-Lei n.º 35 108*. . Diário do Govêrno, I Série - N.º 247, de 7 de novembro de 1947: p. 899-922.
61. *Lei n.º 2118*. Diário do Governo, I-Série, n.º 79, de 3 de abril de 1963: p. 327-332.
62. Alves F and Silva L, *Psiquiatria e comunidade: Elementos e Reflexões* Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia: p. 56-64.
63. *Decreto-Lei n.º 197/92*. Diário da República. I-Série- A. n.º 151, de 3 de julho de 1992: p. 3168-3170.
64. *Portaria n.º 22383*. Diário do Governo, I-Série, n.º 292, de 19 de dezembro de 1966: p. 2232.
65. *Portaria 660/76, de 9 de novembro*. Diário do Governo, I-série, n.º 87/1971: p. 2555.
66. *Portaria 609/77, de 22 de setembro*. Diário da República, I-Série, nº 220: p. 2312.
67. *Portaria 1015/80, de 27 de novembro*. Diário da República, I-série, n.º 275/1980: p. 4015-4016.
68. *Portaria 145/89, de 28 de Fevereiro*. Diário da República, I - Série, n.º 49/1989
69. *Portaria 158/89, de 2 de Março*. Diário da República, I-Série, n.º 51/1989: p. 904-906.
70. *Decreto-Lei n.º 46 102*. Diário do Governo, I - Série, n.º 299, de 23 de dezembro de 1964: p. 1916.
71. *Portaria n.º 23742*. Diário do Governo, I - Série, n.º 283 de 2 de dezembro de 1968: p. 1752.

72. *Despacho Ministerial DD265, de 28 de janeiro de 1969.* Diário do Governo, I- Série, nº 23, : p. 106.
73. *Despacho Ministerial, de 28 de Janeiro.* Diário do Governo n.º 23/1969, Série I de 1969-01-28: p. 106.
74. *Despacho Ministerial DD278, de 3 de Março.* Diário do Governo, I- Série, Nº 52, de 03/03/1969: p. 252.
75. *Despacho Ministerial , de 3 de Março.* Diário do Governo, I-Série, n.º 52/1969, de 1969-03-03: p. 252.
76. *Despacho DD5177 , de 8 de Agosto.* Diário do Governo, I- Série, n.º 183/1970, de 1970-08-08: p. 1028.
77. *Despacho DD5179, de 11 de Agosto.* Diário do Governo, I- Série, nº 185, de 11.08.1970: p. 1038.
78. *Constituição de 11 de abril de 1933.* Diário do Governo, de 22 de fevereiro de 1933.
79. *Decreto de aprovação da Constituição de 10 de abril.* Diário da República, I série, nº 86, de 10 de abril de 1976: p. 738-775.
80. *Proposta de Lei n.º 121/VII.* Diário da Assembleia da RepúblicaII-Série- A. N.º53/VII/2, de 19 de junho de 1997: p. 1066-1076.
81. *Lei n.º48/90.* Diário da República. **I-Série. N.º 195.De 24 de agosto de 1990:** p. 3452 - 3459.
82. *Carvalho Álvaro, 2000,Saúde Mental: A efetiva integração no Serviço Nacional de Saúde e os internamentos compulsivos. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo:* p. 11-18.
83. *Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de Setembro.* Diário da República **Série I-A, n.º 218/1997:** p. 5130-5196.
84. *Reunião Plenária de 11 de março de 1998.* Diário da Assembleia da República. **I-Série. N.º 47/VII/3, de 11 de março de 1998:** p. 1594-1610.
85. *Diário da Assembleia da República. II-Série A. N.º 60/VII/3, de 18 de junho de 1998. :* p. 1308-1320.
86. *Decreto n.º 243/VII.* Diário da Assembleia da República, II-Série A, n.º64/VII/3, de 30 de junho de 1998: p. 1425-1431.
87. *Decreto-Lei n.º 47344 - Código Civil 1966:* Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25.
88. *Decreto-Lei n.º 48/95 - Código Penal,1995:* Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15.

89. Cunha Rodrigues, 2000, *Sobre o estatuto jurídico das pessoas afetadas de anomalia psíquica* A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo: p. 19-52.
90. *Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 21/06/2012*, 2012, in 525/11.2PBFAR.S1.
91. *Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 20/06/2017*, 2017, in *Processo - 3835/12.8TACSC.L1-5*.
92. Andrade José, 2000, *O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica*. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo p. 71-91.
93. *Decreto-Lei n.º 35/99*. . Diário da República. I-Série A. n.º 30, de 5 de fevereiro de 1999: p. 676-681.
94. Figueiredo Dias, 2000, *Palavras finais do Prof. Doutor Jorge De Figueiredo Dias à conferência do Procurador-Geral da República*. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo: p. 61.
95. Mota José, 2000, *Discurso na sessão de encerramento*. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo: p. 133 - 140.
96. Dantas António Leones, 1998, *Notas sobre o internamento compulsivo na Lei de Saúde Mental*. Revistas do S.M.M.P. **76**: p. 61-66.
97. M Xavier and A Carvalho, *Internamento Compulsivo em Portugal – Contexto e Procedimentos*. . Direção Geral de Saúde.
98. *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*, COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DA REFORMA DA SAÚDE MENTAL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.
99. *Portaria n.º 348-A/98*. Diário da República n.º 138/1998, 1º Suplemento, Série I-B de 1998-06-18: p. 2762 (2) - 2762(6).
100. *Despacho Conjunto n.º 407/98*. Diário da República p. 8328-8332.
101. *Resolução do Conselho de Ministros 49/2008*. Diário da República n.º 47/2008, Série I de 2008-03-06: p. 1395 - 1409.
102. *Despacho 11411/2006, de 25 de Maio*. DIARIO DA REPUBLICA - 2.ª SERIE, Nº 101, de 25.05.2006: p. 7515.
103. Almeida José, 2018, *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: p. passim.
104. H. Richard Lamb, M.D. , Linda E. Weinberger, Ph.D. , and, and Walter J. DeCuir Jr., 2002, *The Police and Mental Health*. Psychiatric Services. **53**(10): p. 1266-1271.
105. Corder Gary, *People with mental illness*. Problem-oriented guides for police. Problem-specific guides series ; guide no. 40. 2006: U.S. Department of Justice. 68.

106. Wood Jennifer D. and Watson Amy C., 2017,*Improving police interventions during mental health-related encounters: Past, present and future*. Policing & society. **27**: p. 289-299.
107. Kouyoumdjian Fiona G., Wang Ri, Mejia-Lancheros Cilia, Owusu-Bempah Akwasi, et al., *Interactions between Police and Persons Who Experience Homelessness and Mental Illness in Toronto, Canada: Findings from a Prospective Study*. The Canadian Journal of Psychiatry: p. 1-8.
108. Moore Rhonda, 2010,*Current trends in policing and the mentally ill in Europe: a review of the literature*. Police Practice and Research. **11**(4): p. 330-341.
109. Finnell Deborah S., *Mental Illness and Substance Use : Challenging Old and Persistent Paradigms*,2017, Vancouver : University of British Columbia Library.
110. Markowitz Fred E., 2011,*Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control*. Aggression and Violent Behavior. **16**(1): p. 36-44.
111. Fuller E., Aaron, Kennard M., Lamb Harry, et al., 2010,*More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States*. Treatment Advocacy Center: p. 1-19.
112. Reuland Melissa Miller, Schwarzfeld Matthew, Draper Laura, and Justice Center, 2009,*Law enforcement responses to people with mental illnesses : a guide to research-informed policy and practice*. Justice Center, Council of State Governments - New York: p. 1-15.
113. Psarra Vassiliki, Sestrini Margarita, Santa Zoe, Petsas Dimitrios, et al., 2008,*Greek police officers' attitudes towards the mentally ill*. International Journal of Law and Psychiatry. **31**(1): p. 77-85.
114. Watson A. C., Corrigan P. W., and Ottati V., 2004,*Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness*. Psychiatr Serv. **55**(1): p. 49-53.
115. School Harvard Medical. *Mental illness and violence*. 2011; Available from: [https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/mental-illness-and-violence](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/mental-illness-and-violence).
116. Moore Rhonda, 2013,*European Police and Persons With Mental Illnesses- Policing and the Mentally Ill*. CRC Press: p. 39-62.
117. Varshney Mohit, Mahapatra Ananya, Krishnan Vijay, Gupta Rishab, et al., 2016,*Violence and mental illness: what is the true story?* Journal of Epidemiology and Community Health. **70**(3): p. 223-225.
118. Fazel S., Lichtenstein P., Grann M., Goodwin G. M., et al., 2010,*Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review*. Arch Gen Psychiatry. **67**(9): p. 931-8.

119. Fazel S., Langstrom N., Hjern A., Grann M., et al., 2009,*Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. *Jama*. **301**(19): p. 2016-23.
120. Burkhardt B. C., Akins S., Sassaman J., Jackson S., et al., 2015,*University Researcher and Law Enforcement Collaboration: Lessons From a Study of Justice-Involved Persons With Suspected Mental Illness*. *Int J Offender Ther Comp Criminol*.
121. Kesic D., Thomas S. D., and Ogloff J. R., 2010,*Mental illness among police fatalities in Victoria 1982-2007: case linkage study*. *Aust N Z J Psychiatry*. **44**(5): p. 463-8.
122. Saleh A. Z., Appelbaum P. S., Liu X., Scott Stroup T., et al., 2018,*Deaths of people with mental illness during interactions with law enforcement*. *Int J Law Psychiatry*. **58**: p. 110-116.
123. Hails Judy and Borum Randy, 2003,*Police Training and Specialized Approaches to Respond to People With Mental Illnesses*. *Crime & Delinquency*. **49**(1): p. 52-61.
124. Dupont Randolph, Cochran Sam, and Pillsbury Sara, 2007,*Crisis Intervention Team Core Elements*. The University of Memphis - School of Urban Affairs and Public Policy: p. 1-20.
125. Watson Amy C., Morabito Melissa Schaefer, Draine Jeffrey, and Ottati Victor, 2008,*Improving police response to persons with mental illness: A Multi-level conceptualization of CIT*. *International journal of law and psychiatry*. **31**(4): p. 359-368.
126. Steadman H. J., Deane M. W., Borum R., and Morrissey J. P., 2000,*Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies*. *Psychiatr Serv*. **51**(5): p. 645-9.
127. Compton M. T., Esterberg M. L., McGee R., Kotwicki R. J., et al., 2006,*Brief reports: crisis intervention team training: changes in knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia*. *Psychiatr Serv*. **57**(8): p. 1199-202.
128. Compton M. T., Bahora M., Watson A. C., and Oliva J. R., 2008,*A comprehensive review of extant research on Crisis Intervention Team (CIT) programs*. *J Am Acad Psychiatry Law*. **36**(1): p. 47-55.
129. Mclean Nicola and Marshall Lisa A., 2010,*A front line police perspective of mental health issues and services*. *Criminal Behaviour and Mental Health*. **20**(1): p. 62-71.
130. Watson A. C. and Angell B., 2007,*Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness*. *Psychiatr Serv*. **58**(6): p. 787-93.
131. Mazerolle Lorraine, Bennett Sarah, Davis Jacqueline, Sargeant Elise, et al., 2013,*Procedural justice and police legitimacy: a systematic review of the research evidence*. *Journal of Experimental Criminology*. **9**(3): p. 245-274.

132. Tyler Tom R., 2004,*Enhancing Police Legitimacy*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science. **593**: p. 84-99.
133. Braun; Virginia and Clarke Victoria, *Successful Qualitative Research - A Practical Guide for Beginners*. 2013: SAGE Publications Ltd. 382.
134. Bradbury Joanne, Hutchinson Marie, Hurley John, and Stasa Helen, 2016,*Lived experience of involuntary transport under mental health legislation*. International Journal of Mental Health Nursing. **26**(6): p. 580-592.
135. Boscarato Kara, Lee Stuart, Kroschel Jon, Hollander Yitzchak, et al., 2014,*Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention*. International Journal of Mental Health Nursing. **23**(4): p. 287-295.
136. Watson Amy C., Angell Beth, Morabito Melissa Schaefer, and Robinson Noel, 2008,*Defying Negative Expectations: Dimensions of Fair and Respectful Treatment by Police Officers as Perceived by People with Mental Illness*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. **35**(6): p. 449-457.
137. Begum R. and Riordan S., 2016,*Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. **23**(1): p. 45-53.
138. McGuinness David, Murphy Kathy, Bainbridge Emma, Brosnan Liz, et al., 2018,*Individuals' experiences of involuntary admissions and preserving control: qualitative study*. BJPsych open. **4**(6): p. 501-509.
139. Ness Ottar, Karlsson Bengt, Borg Marit, Biong Stian, et al., 2012,*A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral*. International journal of mental health systems. **6**(1): p. 18-18.
140. Adebowale Lord, *Independent Commission on Mental Health and Policing Report*,2013, Independent Commission on Mental Health and Policing: <https://www.basw.co.uk/resources/independent-commission-mental-health-and-policing-report>. p. passim.
141. Livingston James D., Desmarais Sarah L., Verdun-Jones Simon, Parent Richard, et al., 2014,*Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police*. International Journal of Law and Psychiatry. **37**(4): p. 334-340.
142. Bainbridge Emma, Hallahan Brian, McGuinness David, Gunning Patricia, et al., 2018,*Predictors of involuntary patients' satisfaction with care: prospective study*. BJPsych Open. **4**(6): p. 492-500.

143. Strauss Jennifer L., Zervakis Jennifer B., Stechuchak Karen M., Olsen Maren K., et al., 2013,*Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric Inpatients' Satisfaction with Care*. Community Mental Health Journal. **49**(4): p. 457-465.
144. van der Post L. F., Peen J., Visch I., Mulder C. L., et al., 2014,*Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam Study of Acute Psychiatry V*. Int J Soc Psychiatry. **60**(2): p. 125-33.
145. Setkowski K., van der Post L. F., Peen J., and Dekker J. J., 2016,*Changing patient perspectives after compulsory admission and the risk of re-admission during 5 years of follow-up: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry IX*. Int J Soc Psychiatry. **62**(6): p. 578-88.
146. Hight Nicole, G McNair Bernard, Thompson Marie, Davenport Tracey, et al., 2004,*Experience with treatment services for people with bipolar disorder*. The Medical journal of Australia. **181**(7): p. S47-51.
147. Kirubarajan A., Puntis S., Perfect D., Tarbit M., et al., 2018,*Street triage services in England: service models, national provision and the opinions of police*. BJPsych Bull. **42**(6): p. 253-257.
148. Fry A. J., O'Riordan D. P., and Geanellos R., 2002,*Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia*. Health Soc Care Community. **10**(4): p. 277-86.
149. Wells William and Schafer Joseph A., 2006,*Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness*. Policing: An International Journal. **29**(4): p. 578-601.
150. Soares Ruben and Pinto da Costa Mariana, 2019,*Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions With People With Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment*. Frontiers in Psychiatry. **10**(187).