



PARECER n.º CJ 87/2026

Sobre: Papel e deveres deontológicos do enfermeiro perante a greve de fome de pessoas ao seu cuidado, em especial em estabelecimentos prisionais e centros educativos; limites da alimentação e do tratamento coativos; articulação com as diretivas antecipadas de vontade, com as decisões de não reanimação e com o regime da morte medicamente assistida.

Solicitado por: Presidente do Conselho Jurisdicional, na sequência de pedido de membro devidamente identificado.

I. DO PEDIDO E DA TRAMITAÇÃO

1. Por comunicação de 8 de maio de 2026, dirigida à Presidente do Conselho Jurisdicional e à Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o requerente submeteu à Ordem dos Enfermeiros a exposição, datada de 7 de maio de 2026, intitulada «Greve de Fome em Estabelecimentos Prisionais e Centros Educativos: Incongruências na Prestação de Cuidados de Saúde e Papel do Enfermeiro». Formula, em síntese, quatro pretensões: a emissão de parecer e orientação deontológica formal sobre os procedimentos a adotar pelos enfermeiros em exercício em meio prisional e em centros educativos perante situações de greve de fome; a tomada de posição da Ordem perante as incongruências que identifica, com eventual recomendação de revisão dos instrumentos em causa; o encaminhamento da dimensão técnico-científica para aquela Mesa; e a disponibilização de mecanismo de aconselhamento deontológico imediato para as situações urgentes.

2. A exposição sistematiza, em nove quadros, incongruências identificadas no enquadramento normativo e operacional vigente, apresentando, para cada uma, as normas em conflito, a descrição da incongruência e o respetivo impacto para o enfermeiro, e organiza as questões por domínios temáticos: competências autónomas e interdependentes; limites deontológicos face à alimentação coativa; registos de enfermagem e imputabilidade; privacidade e segredo profissional; diretivas antecipadas de vontade; e avaliação da capacidade de decisão, com articulação com a saúde mental. Os quadros incidem, entre o mais, sobre a articulação entre o artigo 35.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade (CEPMPL) e os artigos 65.º e 66.º do Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais (RGEP), sobre a omissão do papel próprio do enfermeiro nos instrumentos operacionais da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), sobre o uso da Escala de Coma de Glasgow como indicador de capacidade de decisão na ficha de monitorização (Anexo 23 do Manual de Procedimentos de 2009), sobre a ausência de campo de verificação de diretivas antecipadas de vontade nos formulários, sobre a presença de elementos do Corpo da Guarda Prisional durante os cuidados em cela, sobre a inexistência de instrumento autónomo de registo de enfermagem e sobre a



insuficiência clínica do formulário de recusa. O requerente juntou, como referência, o Parecer n.º 70/CNECV/2013, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, sobre a alimentação compulsiva de reclusos em greve de fome, o CEPMPL, o RGEP, o Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional (DGRSP, 2009) e referenciais internacionais e profissionais, entre os quais a Declaração de Malta da Associação Médica Mundial sobre grevistas de fome (1991, revista em 2017), os guias do Conselho da Europa (2014) e da OMS/Europa (2007) sobre saúde em meio prisional, o Regulamento n.º 515/2018 e o Parecer 1/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assinala ainda que a própria DGRSP reconheceu institucionalmente as lacunas procedimentais identificadas e anunciou a sua clarificação em novo Manual de Procedimentos, cuja publicação se mantém pendente.

3. Por despacho da Presidente do Conselho Jurisdiccional de 13 de maio de 2026 foi o presente parecer cometido ao Enf.º Manuel Belo Costa, com o apoio da Assessoria Jurídica, e determinado o levantamento de antecedentes. O Secretariado identificou e juntou os pareceres do Conselho com pertinência para a matéria: o Parecer CJ 117/2009, aprovado em plenário de 8 de setembro de 2009, sobre condições para o exercício profissional em estabelecimento prisional, que tratou, entre sete questões de conduta, a recusa de terapêutica com perigo para terceiros e os limites do segredo profissional; o Parecer CJ 203/2010, aprovado em plenário de 12 de outubro de 2010, de apreciação do Manual de Procedimentos da então Direção-Geral dos Serviços Prisionais, que recomendou, além do mais, a identificação expressa do enfermeiro onde o Manual refere «técnico de saúde» e a consideração da informação de enfermagem no processo clínico; o Parecer CJ 116/2012, aprovado em plenário de 22 de janeiro de 2016, sobre a atuação do enfermeiro perante a alteração da consciência de recluso em greve de fome, a eficácia das diretivas antecipadas de vontade em reclusão e a situação dos reclusos estrangeiros; e o Parecer CJ 046/2021, sobre segredo profissional e outras questões do exercício em estabelecimento prisional, incluindo as comunicações de informação clínica à direção do estabelecimento e a autoridades. O relator produziu apreciação preliminar em 9 de junho de 2026, incorporada nos presentes fundamentos, e o âmbito do documento foi fixado em reunião do Conselho de 9 de julho de 2026.

4. O parecer responde ao pedido na sua dimensão deontológica e jurídica e formula orientação de alcance geral: o quadro de deveres que enuncia vale para todos os contextos em que pessoas se encontram ao cuidado de enfermeiros, com regimes especiais nos estabelecimentos prisionais, nos centros educativos e no âmbito da saúde mental. A dimensão técnico-científica especializada, em particular o exame do estado mental, a avaliação formal da capacidade de decisão e a seleção dos instrumentos e diagnósticos de enfermagem, excede o objeto do presente parecer e insere-se na competência própria



da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, à qual o pedido foi simultaneamente dirigido.

II. DA COMPETÊNCIA

5. O Conselho Jurisdiccional é competente para promover a reflexão ético-deontológica, nos termos do artigo 32.º, n.º 1, alínea g), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, na redação vigente (doravante EOE), cabendo à 2.ª secção a análise de questões e a preparação de pareceres de natureza deontológica, nos termos do artigo 33.º, n.º 4, do mesmo Estatuto. A elaboração formal de pareceres sobre o exercício profissional e deontológico, prevista na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, pressupõe solicitação do Bastonário, devendo essa solicitação ou a ratificação da presente iniciativa ficar documentada no processo antes da aprovação final, caso ainda não conste dos autos. O objeto do pedido, relativo aos deveres consagrados nos artigos 99.º a 113.º do EOE e à sua articulação com legislação especial, inscreve-se materialmente no núcleo da competência ético-deontológica do Conselho.

6. Importa, todavia, delimitar o alcance do parecer. O Conselho interpreta o quadro jurídico e deontológico aplicável ao exercício da enfermagem e fixa orientações gerais sobre os deveres profissionais; não substitui a decisão clínica individual, a indicação ou direção médica legalmente exigida, a decisão administrativa ou judicial prevista no regime aplicável, nem a competência técnico-científica dos colégios de especialidade. Pela mesma razão, o presente parecer não formula recomendações dirigidas a entidades externas nem propostas de diligência institucional: tais matérias envolvem juízos de oportunidade e competências representativas e executivas que pertencem a outros órgãos da Ordem.

III. DA QUESTÃO E DA ORIENTAÇÃO QUE SE PROPÕE

7. Reduzida ao essencial, a questão nuclear é uma só: que deve fazer, e que está impedido de fazer, o enfermeiro quando a pessoa ao seu cuidado recusa alimentar-se. A resposta que se propõe assenta em três proposições, que constituem o tronco comum de todos os contextos assistenciais e das quais decorre, por especialização, o regime de cada ramo. Enunciam-se primeiro; demonstram-se depois.

8. Primeira proposição. A pessoa maior e com capacidade de decisão pode recusar alimentação e tratamento. A greve de fome livre, consciente e esclarecida constitui exercício dos direitos à integridade pessoal e ao desenvolvimento da personalidade (artigos 25.º, n.º 1, e 26.º, n.º 1, da Constituição), que a reclusão não suprime (artigo 30.º, n.º 5, da Constituição; artigos 6.º e 7.º, n.º 1, alínea a), do CEPML). O consentimento é pressuposto das intervenções no domínio da saúde (artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina; artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março), podendo a



intervenção sem consentimento preencher, consoante os seus elementos e o concreto agente, o tipo previsto no artigo 156.º do Código Penal. No plano deontológico, a alimentação imposta contra a vontade atual de pessoa capaz viola a dignidade, a autonomia e o consentimento informado. A Declaração de Malta qualifica como alimentação forçada, eticamente inaceitável, a nutrição entérica ou parentérica administrada contra a vontade de grevista mentalmente capaz; a jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) aprecia, por seu turno, a necessidade médica, as garantias procedimentais, a proporcionalidade e o modo de execução da medida. Foi já no sentido da prevalência da vontade da pessoa capaz que se pronunciou o Parecer CJ 116/2012.

9. Segunda proposição. A relação de cuidado sobrevive à recusa e, em rigor, intensifica-se. Subsistem, como intervenções autónomas de enfermagem, a informação sobre os riscos e consequências do jejum, a vigilância e a avaliação clínica contínuas, a oferta reiterada de alimentos e de água, o alívio de sintomas, o suporte relacional e o registo rigoroso; e a recusa de uma intervenção específica deixa intactos os demais cuidados devidos (ponto 14 da Declaração de Malta; artigo 66.º do RGEF). Cuidar de quem recusa é, afinal, expressão do dever de humanização dos cuidados (artigo 110.º do EOE); coisa diversa, e vedada, é condicionar os cuidados à cessação do protesto ou usar o cuidado como pressão.

10. Terceira proposição. Sobrevindo perda do discernimento com perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde, deve começar por verificar-se a existência de diretiva antecipada de vontade válida, eficaz e concretamente aplicável, bem como de procurador de cuidados de saúde e de vontade previamente documentada. Na falta de vontade antecipada juridicamente vinculativa e cognoscível, a intervenção clinicamente indicada pode ser legitimada nos termos do regime aplicável, desde que decidida pela entidade legalmente competente, limitada ao necessário e executada sob direção clínica adequada e com respeito pela dignidade. Em meio prisional, aplicam-se os pressupostos e garantias do artigo 35.º, n.ºs 3 a 6, do CEPMLP. O enfermeiro intervém então no domínio interdependente; em nenhum caso decide ou inicia, por si só, a imposição.

11. A fundamentação desenvolve estas proposições pela seguinte ordem: o tronco comum a todos os contextos (IV); os regimes especiais do meio prisional, dos centros educativos, da saúde mental e dos demais contextos assistenciais (V); o confronto com a decisão de não reanimação e com a morte medicamente assistida, seguido do quadro de consequências por conduta (VI); a resposta direta aos domínios de questões do pedido (VII); e a delimitação final e a comunicação ao requerente (VIII), rematadas pelas conclusões (IX).



IV. O TRONCO COMUM

A) Delimitação do conceito

12. Importa começar pela delimitação do conceito, porque dela depende o regime. A lei regula a greve de fome em meio prisional sem a definir (artigos 65.º e 66.º do RGE). Para efeitos do presente parecer, na linha da definição da Declaração de Malta e da caracterização acolhida no Parecer n.º 70/CNECV/2013, entende-se por greve de fome a recusa voluntária, total ou parcial, de alimentos, podendo ou não abranger líquidos, por pessoa com capacidade para decidir e com finalidade reivindicativa ou de protesto. Distingue-se do jejum religioso; da recusa alimentar causada ou decisivamente condicionada por doença mental, doença neurocognitiva, estado confusional, depressão grave, psicose, perturbação do comportamento alimentar ou ideação suicida; e da recusa de nutrição ou hidratação artificiais em doença avançada ou fim de vida. A finalidade reivindicativa pode coexistir com a aceitação do risco de morte, sem que, por esse facto isolado, a conduta se converta em tentativa de suicídio ou pedido de morte medicamente assistida (preâmbulo da Declaração de Malta; Parecer n.º 70/CNECV/2013, conclusão 10.ª). A qualificação inicial e a sua reavaliação são atos clínicos multidisciplinares, nos quais o enfermeiro identifica e documenta sinais relevantes, avalia necessidades de cuidados, referencia e comunica alterações significativas.

B) Autodeterminação e recusa

13. A recusa de pessoa capaz vincula quando seja livre, esclarecida, específica e atual. O dever de esclarecimento cumpre-se mediante informação leal e compreensível sobre a evolução previsível do jejum, os riscos da desidratação, da deterioração cognitiva, da perda de consciência e da realimentação, bem como sobre as medidas de redução de risco e os tratamentos que possam vir a ser necessários. Em situação de urgência, o artigo 156.º, n.º 2, do Código Penal permite atuar sem consentimento apenas nos pressupostos legais e nos limites do consentimento presumido (artigo 39.º do mesmo Código); uma recusa expressa, atual e documentada afasta essa presunção quanto à intervenção efetivamente recusada. A recusa delimita-se pelo seu objeto: recusar alimentos não significa necessariamente recusar água, suplementação vitamínica, analgesia, tratamento de sintomas, colheitas, internamento ou futura alimentação artificial, devendo cada intervenção relevante ser objeto de esclarecimento e decisão próprios.

14. O pedido identifica uma tensão real na vivência dos profissionais entre o dever de proteger e defender a vida humana (artigo 103.º, alínea a), do EOE) e os deveres de respeitar as opções da pessoa, não lhe impor critérios alheios e promover o consentimento informado (artigos 102.º, alíneas e) e f), e 105.º, alínea b), do EOE). A tensão resolve-se dentro do próprio quadro deontológico: o dever de proteção da vida cumpre-se pelos meios lícitos ao dispor do enfermeiro — informar, vigiar, cuidar, aliviar, propor e referenciar — e encontra limite na integridade e na autodeterminação da pessoa



capaz. A recusa de participação em tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante, prevista no artigo 103.º, alínea d), abrange, no plano ético profissional, a alimentação forçada de pessoa capaz nos termos da Declaração de Malta. Esta convergência interprofissional é reforçada pelo artigo 83.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho, na redação vigente, que proíbe o médico de impor coercivamente exames, tratamentos ou alimentação a presos ou detidos capazes de exercer a sua autonomia e determina que, em caso de perigo para a vida ou de grave perigo para a saúde, a recusa seja confirmada por médico estranho à instituição. Embora a norma vincule diretamente os médicos e não constitua pressuposto legal autónomo da decisão prevista no artigo 35.º do CEPMPL, reforça a exigência de avaliação independente da capacidade, liberdade e esclarecimento da recusa e condiciona deontologicamente a indicação e a direção médicas de qualquer intervenção. Já a apreciação à luz da Convenção Europeia dos Direitos Humanos depende das circunstâncias concretas, designadamente da necessidade médica, das garantias e do modo de execução.

C) Incapacidade superveniente, diretivas antecipadas de vontade e posição de garante

1.5. O instrumento que a lei coloca ao serviço da vontade para o tempo da incapacidade é a diretiva antecipada de vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital, mediante a qual a pessoa maior e capaz manifesta antecipadamente os cuidados de saúde que deseja receber ou recusar quando já não consiga exprimir a vontade pessoal e autonomamente, podendo ainda nomear procurador de cuidados de saúde (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho). A DAV válida, eficaz e concretamente aplicável deve ser respeitada, sem prejuízo das exceções taxativas do artigo 6.º, n.º 2, e da situação urgente prevista no n.º 4 do mesmo artigo. A vontade atual da pessoa capaz prevalece sobre o documento, que pode ser modificado ou revogado a todo o tempo. O registo no RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital) tem valor meramente declarativo e não constitui condição de validade ou eficácia (artigo 16.º, n.º 1). Quando a pessoa esteja incapaz de expressar de forma livre e autónoma a vontade, o artigo 17.º, n.º 1, comete ao médico responsável pela prestação dos cuidados o dever de se assegurar da existência de DAV ou procuração registadas. Sobre o enfermeiro que integra a equipa responsável impende dever próprio de consulta do RENTEV, através do Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde, nos termos do artigo 5.º, n.º 1, da Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, na redação da Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio, que lhe garante o acesso correspondente (artigo 8.º, n.ºs 5 a 7). A redação inicial daquele preceito circunscrevia a consulta ao médico responsável e foi expressamente alargada à equipa, designadamente a médicos e enfermeiros, acolhendo o Relatório e Parecer n.º 82/CNECV/2015. Ao enfermeiro cabe, assim, consultar o registo no exercício da sua esfera própria de competências, integrar a informação no plano de cuidados e sinalizar qualquer conflito entre a vontade conhecida e a intervenção proposta.



16. Na falta de vontade válida cognoscível, a perda do discernimento acompanhada de perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde faz emergir um dever reforçado de proteção. Sobre o Estado que detém ou acolhe a pessoa e sobre os profissionais que a têm ao seu cuidado pode impender posição de garante, nos termos do artigo 10.º do Código Penal. Daí não resulta, porém, responsabilidade criminal automática: a imputação depende sempre do dever jurídico concreto, da competência e possibilidade efetiva de agir, da informação disponível, do resultado, do nexo de imputação e da culpa. O Parecer n.º 70/CNECV/2013 entende que a greve de fome não equivale, por si só, a uma disposição de morrer nem permite presumir a recusa de alimentação artificial em situação-limite (conclusão 10.ª); perda da capacidade, e não existindo vontade válida em contrário, a proteção da vida assume primazia, mediante a intervenção mínima necessária e respeitadora da dignidade.

17. Entre a DAV formalizada e a ausência de qualquer manifestação situa-se a recusa expressa de alimentação artificial, livre, esclarecida, reiterada e documentada, mas não formalizada nos termos da Lei n.º 25/2012. Enquanto a pessoa conservar capacidade, essa recusa é atual e vinculativa. Depois da perda do discernimento, não adquire automaticamente a eficácia própria de uma DAV, mas constitui elemento de ponderação obrigatória, tanto mais relevante quanto mais específica, recente, consistente e livre de coação tiver sido a declaração. A formalização de uma DAV ou a nomeação de procurador reduz esta zona de incerteza; em contexto de custódia, a sua outorga deve ser facilitada a quem a pretenda, com verificação reforçada da liberdade e do esclarecimento da decisão.

18. Em meio prisional, o Parecer CJ 116/2012 concluiu que a pessoa reclusa conserva, sendo maior e capaz, a faculdade de consentir e de emitir diretivas antecipadas de vontade, devendo estas produzir os respetivos efeitos quando sejam válidas, eficazes e aplicáveis à situação concreta. O artigo 35.º, n.º 1, do CEPML admite a imposição apenas nas situações previstas no próprio artigo e nos termos da lei, o que convoca também a Lei n.º 25/2012. A aplicação da DAV exige correspondência entre as circunstâncias nela previstas e a situação clínica verificada e mantém-se sujeita às exceções do artigo 6.º. Uma diretiva genérica concebida para o processo natural de morte não se projeta automaticamente sobre uma greve de fome; importa interpretar o seu conteúdo sem presumir nem ampliar a vontade do outorgante. A ausência de articulação expressa entre os dois diplomas é um dado do quadro normativo vigente, que o presente parecer resolve pelos princípios gerais do consentimento e pelas regras de interpretação enunciadas.

D) O enfermeiro: intervenções autónomas e interdependentes

19. Nos termos do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, na redação vigente), as intervenções dos enfermeiros são autónomas ou interdependentes. Pertencem ao domínio autónomo o acolhimento, a avaliação de



enfermagem, a informação no âmbito da competência profissional, a vigilância, o alívio de sintomas, a oferta dos cuidados aceites, o suporte relacional, o registo, a comunicação e a referenciação. A alimentação ou o tratamento coativos pertencem ao domínio interdependente e exigem, cumulativamente, título decisório válido quando a lei o imponha, indicação clínica formalizada e direção médica efetiva, além da competência e das condições técnicas necessárias. Faltando qualquer desses pressupostos, o enfermeiro não pode decidir, iniciar ou executar a imposição por sua iniciativa.

V. OS RAMOS: REGIMES ESPECIAIS

A) Estabelecimentos prisionais

20. Assentes as proposições comuns, desçamos aos regimes especiais, começando pelo prisional, que é o do pedido. A greve de fome tem aqui procedimento formalizado no artigo 65.º do RGE (aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril, na redação vigente), e esse procedimento abre com um ato do próprio recluso: a decisão de iniciar ou terminar a greve é declarada por escrito, em impresso próprio, e confirmada por funcionário. Segue-se um circuito de comunicações que coloca, desde a primeira hora, todos os intervenientes perante as suas responsabilidades: a declaração é entregue ao diretor, que determina a audição do recluso pelos serviços responsáveis pelo acompanhamento da execução da pena e dá imediato conhecimento aos serviços clínicos e aos serviços de vigilância e segurança, comunicando de imediato ao diretor-geral e ao Tribunal de Execução das Penas (n.ºs 1 a 4). Ao mesmo tempo, o regime protege as condições materiais da decisão: o recluso é alojado individualmente, mantém garantido o acesso a água potável enquanto a greve se circunscrever aos alimentos, permanece a céu aberto pelo menos duas horas diárias e as refeições são-lhe apresentadas às horas regulamentares, sendo retiradas apenas se reiterar o propósito de manter a greve (n.ºs 5 a 8). Cessando a greve, o regresso à alimentação é clinicamente conduzido, com regime alimentar prescrito pelos serviços clínicos e aconselhamento sobre a realimentação (n.º 9).

21. No plano clínico, o acompanhamento pertence aos serviços clínicos e desenvolve-se em registo diário: a ficha de monitorização é preenchida e levada, também diariamente, ao conhecimento do diretor; a recusa de exames é confirmada por duas testemunhas identificadas na ficha; o técnico de saúde informa o recluso dos possíveis efeitos lesivos e riscos decorrentes da greve; e a evolução que exija internamento no exterior segue o artigo 59.º (artigo 66.º do RGE). É neste tecido que o enfermeiro se move de ponta a ponta: é ele quem realiza a consulta de admissão nas 24 horas seguintes ao ingresso e procede à abertura do processo clínico (artigo 53.º, n.º 1, do RGE), sendo por isso, as mais das vezes, o primeiro a detetar a recusa alimentar; é ele quem assegura a vigilância e a monitorização diárias, presta a informação sobre riscos e regista as recusas (artigo 56.º, n.º 6); e é ele quem articula com o médico, com a saúde mental e, quando necessário, com a unidade hospitalar de referência.



22. É sobre este pano de fundo que o artigo 35.º do CEPMPL (aprovado em anexo à Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, na redação vigente) regula a imposição coativa. O preceito abre com uma regra, e a regra é de proibição: intervenções, tratamentos e alimentação só podem ser coativamente impostos nas situações do próprio artigo e nos termos da lei (n.º 1). A esta regra o legislador abriu duas exceções, de recorte deliberadamente distinto. A primeira atende ao perigo para a vida ou ao perigo grave para o corpo ou para a saúde de outras pessoas, e legitima a imposição de intervenções e tratamentos (n.º 2). A segunda atende ao perigo para o próprio recluso e é mais exigente: além do perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde, só opera quando o estado do recluso lhe «retirar o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance da recusa», legitimando então, e só então, a imposição de intervenções, tratamentos e alimentação (n.º 3). Mesmo verificados os pressupostos, a medida conhece limites materiais, pois limita-se ao necessário e está vedada quando crie perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou saúde (n.º 4); e conhece um enquadramento orgânico e formal preciso: é ordenada por despacho fundamentado do diretor do estabelecimento prisional e executada ou ministrada sob direção médica, ressalvada a prestação de primeiros socorros na impossibilidade de comparência do médico em tempo útil, quando o adiamento envolva aquele perigo (n.º 5), sendo imediatamente comunicada ao diretor-geral (n.º 6). O despacho do diretor é, assim, condição procedimental da medida; a indicação clínica e a direção médica efetiva constituem pressuposto autónomo e cumulativo, e o título da execução completa-se apenas com ambos. A expressão legal «podem ser coativamente impostos» consagra uma faculdade de intervenção, não um automatismo decorrente da mera perda de consciência ou do agravamento clínico. A decisão tem de assentar numa avaliação clínica contemporânea, individualizada e documentada dos pressupostos legais, não podendo o despacho antecipar, em termos genéricos, a alimentação para um eventual momento futuro; a necessidade, adequação e proporcionalidade da medida devem ser reavaliadas sempre que se alterem as circunstâncias clínicas ou a vontade juridicamente relevante.

23. Foi precisamente neste ponto que se manifestou a divergência sobre o órgão competente: a imposição coativa depende de decisão judicial ou do diretor? Em meio prisional, a decisão cabe ao diretor do estabelecimento, por despacho fundamentado, sendo a medida executada ou ministrada sob direção médica e imediatamente comunicada ao diretor-geral (artigo 35.º, n.ºs 5 e 6, do CEPMPL). O Tribunal de Execução das Penas é informado da greve desde o início, nos termos do artigo 65.º, n.º 4, do RGEF, e exerce o controlo jurisdiccional legalmente previsto. Diversamente, o tratamento involuntário de pessoa com doença mental rege-se pela Lei n.º 35/2023 e é decretado ou confirmado por autoridade judicial, incluindo no regime urgente. Não existe conflito entre os diplomas: o artigo 35.º do CEPMPL estabelece os pressupostos materiais e a competência para a imposição em meio prisional; os artigos 65.º e 66.º do RGEF regulam a declaração, o acompanhamento e a monitorização da greve.



24. A jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos distingue entre alimentação forçada clinicamente injustificada ou desproporcionada, suscetível de violar o artigo 3.º da Convenção, como em *Nevmerzhitsky c. Ucrânia* (queixa n.º 54825/00, acórdão de 5 de abril de 2005) e *Ciorap c. Moldávia* (queixa n.º 12066/02, acórdão de 19 de junho de 2007), e intervenção terapeuticamente necessária, rodeada de garantias e limitada ao indispensável, em princípio compatível com esse preceito, como em *Nevmerzhitsky e Rappaz c. Suíça* (queixa n.º 73175/10, decisão de 26 de março de 2013). A Convenção também não impõe sempre a alimentação contra a vontade: a recusa clara de grevista capaz exige acompanhamento diligente. O artigo 35.º do CEPML deve, por isso, ser aplicado estrita, cumulativa e proporcionalmente.

25. Perante uma ordem de alimentação coativa, o enfermeiro verifica a capacidade atual da pessoa, o perigo clínico, a existência e aplicabilidade de DAV, a decisão da entidade competente, a indicação clínica e a direção médica. Se a pessoa conservar capacidade e recusar a intervenção, a ordem carece de fundamento e deve ser recusada, com registo e comunicação à hierarquia clínica e funcional. Nas relações de emprego público a que seja aplicável o artigo 271.º da Constituição, o dever de obediência cessa quando o cumprimento conduza à prática de crime; perante ordem de legalidade duvidosa que não envolva a prática de crime, pode ser exigida a transmissão ou confirmação escrita. Esta confirmação não sana uma ordem ilícita nem exclui responsabilidade quando o ato seja criminalmente típico. Fora do emprego público, a mesma recusa assenta diretamente nos deveres legais, técnicos e deontológicos próprios do enfermeiro.

26. Da recusa de ordem ilícita distingue-se a objeção de consciência perante uma intervenção juridicamente admissível, exercida nos termos do artigo 113.º do EOE e do Regulamento n.º 344/2017, com comunicação tempestiva e sem comprometer a continuidade dos cuidados. Distingue-se ainda a escusa fundada em falta de competência, de recursos ou de condições técnicas e de segurança, que deve ser fundamentada e comunicada pelas vias próprias. Na execução de intervenção lícita, a alimentação artificial deve obedecer às *leges artis* e ao princípio da intervenção mínima. A contenção física não pode constituir método punitivo, forma de pressão ou instrumento autónomo da alimentação; qualquer restrição indispensável ao ato clínico tem de ser excecional, necessária, proporcional, clinicamente dirigida e documentada. É igualmente vedada a administração dissimulada de nutrientes ou medicamentos contra a vontade de pessoa capaz.

B) Centros educativos

27. Diferente é o quadro dos centros educativos, regidos pela Lei Tutelar Educativa (Lei n.º 166/99, de 14 de setembro) e pelo Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos (Decreto-Lei n.º 323-D/2000, de 20 de dezembro). Não existe neste regime um poder coercivo equivalente ao artigo 35.º



do CEPMPL, que é próprio do meio prisional. A decisão sobre cuidados de saúde deve atender ao superior interesse da criança ou jovem, à idade, maturidade e discernimento, às responsabilidades parentais, à urgência e à eventual necessidade de intervenção judicial. O artigo 38.º, n.º 3, do Código Penal reconhece eficácia ao consentimento de quem tenha mais de 16 anos e possua o discernimento necessário; abaixo desse limiar, a vontade do menor não tem, em regra, autonomia equivalente, mas deve ser sempre ouvida e ponderada segundo a sua capacidade de compreensão. Perante recusa alimentar, impõem-se a comunicação imediata à direção; a comunicação ao tribunal, pelo diretor, no prazo máximo de quarenta e oito horas (artigo 50.º, n.º 2, alínea q), do Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos); a avaliação clínica e a vigilância regular exigidas pelo artigo 56.º do mesmo Regulamento; o envolvimento dos titulares das responsabilidades parentais; e, quando exista conflito, perigo ou impossibilidade de decisão adequada, a atuação das autoridades judiciais competentes. A avaliação especializada em saúde mental deve ser promovida quando existam indícios de psicopatologia, dúvida séria sobre a capacidade ou particular gravidade da situação, sem se presumir necessária em todos os casos.

C) Saúde mental

28. Quando a recusa alimentar seja manifestação ou consequência de doença mental, não deixa necessariamente de existir capacidade de decisão, nem a presença de diagnóstico autoriza, por si só, tratamento involuntário. A Lei n.º 35/2023 exige a verificação cumulativa dos respetivos pressupostos e garantias, sendo o tratamento decretado ou confirmado por autoridade judicial, sem prejuízo do regime urgente legalmente previsto. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha papel qualificado no exame do estado mental, no diagnóstico diferencial e na apreciação dos fatores clínicos que interferem com a decisão; a conclusão relevante para uma intervenção coerciva deve, todavia, resultar de avaliação clínica adequada e documentada, no âmbito da equipa e do procedimento legal. Onde não exista especialista, deve ser formalmente promovida referência, teleconsulta ou avaliação externa.

D) Hospital e demais contextos assistenciais

29. Fora destes regimes especiais vigora o direito comum do consentimento. Em hospital, unidade de cuidados continuados, estrutura residencial ou domicílio, a pessoa capaz pode recusar alimentação e tratamento, incluindo nutrição e hidratação artificiais, sem prejuízo dos cuidados de conforto, paliativos e demais intervenções que aceite. A intervenção sem consentimento atual exige fundamento jurídico específico: urgência nos limites dos artigos 156.º, n.º 2, e 39.º do Código Penal; atuação válida de representante legal ou procurador de cuidados de saúde, dentro dos respetivos poderes; ou decisão judicial, sempre nos respetivos limites. Esses títulos não legitimam, por si só, o recurso à força perante resistência atual: a contenção exige fundamento autónomo, necessidade clínica contemporânea,



adequação, proporcionalidade, direção clínica efetiva, limitação ao estritamente indispensável e respeito pelas garantias aplicáveis. A recusa expressa, atual e documentada afasta o consentimento presumido quanto à intervenção recusada. Na dúvida séria sobre a capacidade, a vontade, o alcance da recusa ou o regime aplicável, promove-se decisão clínica e institucional urgente, com intervenção mínima e registo dos fundamentos.

VI. DECISÃO DE NÃO REANIMAR E MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA

30. A greve de fome, a decisão de não reanimar e a morte medicamente assistida não são figuras equivalentes. Respeitar uma recusa válida significa abster-se da intervenção recusada, mantendo os restantes cuidados devidos; impor tratamento a pessoa capaz pode constituir atuação ilícita; omitir cuidados exigíveis perante pessoa sem capacidade e sem vontade antecipada aplicável pode gerar responsabilidade; e antecipar ativamente a morte integra uma categoria jurídica distinta. A proximidade do risco de morte não elimina estas diferenças nem transforma a recusa de tratamento em eutanásia.

31. Decisão de não reanimar. A decisão de não iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar não dispõe de tipificação legal autónoma, podendo fundar-se na vontade atual ou antecipada da pessoa e nas *leges artis*, designadamente quando a reanimação seja clinicamente fútil ou desproporcionada. É específica para a reanimação e não equivale a uma decisão de não tratar, não cuidar ou suspender automaticamente outras intervenções. Deve ser fundamentada, registada no processo clínico, comunicada à equipa e reavaliada quando se alterem as circunstâncias. O enfermeiro participa na avaliação e na deliberação, executa a decisão validamente estabelecida, comunica alterações e mantém os restantes cuidados; não lhe cabe decidir unilateralmente a não reanimação. Em urgência, na ausência de decisão conhecida, DAV acessível ou elementos clínicos que tornem a reanimação manifestamente inadequada, atua-se segundo as *leges artis* e o regime geral da emergência.

32. Morte medicamente assistida. A Lei n.º 22/2023, de 25 de maio, faz depender a sua entrada em vigor da publicação da respetiva regulamentação, seguida de trinta dias. À data de 16 de julho de 2026, a regulamentação permanecia por aprovar e, adicionalmente, o Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 307/2025 declarou inconstitucionais, com força obrigatória geral, várias normas estruturantes do regime, incluindo, por consequência, o artigo 3.º, n.º 1. Não existe, por isso, procedimento operativo de morte medicamente assistida em Portugal nesta data. A greve de fome distingue-se daquela figura pela finalidade reivindicativa e pela ausência de ato destinado a provocar a morte; respeitar a recusa válida de alimentação ou tratamento é aplicação do regime da autonomia e do consentimento, não participação em morte medicamente assistida.



33. As consequências das condutas desconformes devem ser enunciadas com rigor, sem automatismos. Alimentar ou tratar sem consentimento e sem fundamento legal pode determinar responsabilidade disciplinar, civil e criminal, designadamente por eventual preenchimento do artigo 156.º do Código Penal. Executar uma intervenção sem a decisão, indicação clínica, direção ou condições legalmente exigidas acrescenta uma violação autónoma dos pressupostos do ato. No polo oposto, a omissão de cuidados ou de atuação urgente devida pode igualmente gerar responsabilidade. Em todos os casos, a imputação depende da conduta concreta, do dever e da competência do profissional, da informação e meios disponíveis, da possibilidade efetiva de atuação, do resultado, do nexo causal ou de imputação e da culpa.

34. O mesmo rigor se aplica às restantes zonas de exposição. A execução de ordem ilícita não transfere automaticamente a responsabilidade para quem a emitiu; a confirmação escrita não torna lícito o que a lei proíbe. A revelação indevida de informação clínica pode constituir violação do segredo profissional e preencher o artigo 195.º do Código Penal. O registo deficiente ou omissivo pode constituir infração deontológica, comprometer a continuidade dos cuidados e fragilizar a prova dos fundamentos da atuação. Qualquer participação em ato destinado a provocar a morte permanece sujeita aos artigos 134.º e 135.º do Código Penal enquanto não existir regime legal operativo que determine de outro modo.

VII. RESPOSTA AOS DOMÍNIOS DE QUESTÕES DO PEDIDO

35. Competências autónomas e interdependentes. São intervenções autónomas do enfermeiro a deteção e sinalização da recusa, a avaliação de enfermagem, o esclarecimento no âmbito da sua competência, a vigilância clínica, a oferta de alimentos, líquidos e cuidados aceites, o alívio de sintomas, o suporte relacional, o registo, a comunicação e a referenciação. O exame do estado mental e a avaliação dos fatores que interferem com a capacidade convocam intervenção qualificada do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, sem prejuízo das competências de qualquer enfermeiro para identificar alterações e promover avaliação. A alimentação ou o tratamento coativos são intervenções interdependentes e exigem todos os pressupostos materiais, orgânicos, clínicos e formais do regime aplicável.

36. Limites deontológicos face à alimentação coativa. Perante pessoa capaz que recusa, a alimentação imposta é deontologicamente inadmissível e a ordem deve ser recusada, registada e comunicada. Perante pessoa sem discernimento, sem DAV aplicável e em situação que preencha o artigo 35.º do CEPML, a intervenção só pode ser executada depois de verificados o perigo legalmente relevante, o despacho fundamentado do diretor, a indicação clínica e a direção médica, e apenas dentro da competência do profissional e dos limites do necessário. A objeção de consciência é pertinente perante



intervenção juridicamente admissível; perante ato ilícito, a recusa resulta diretamente do dever de não o praticar. A contenção nunca pode ser punitiva, intimidatória ou exceder o estritamente indispensável.

37. Registos de enfermagem e imputabilidade. A ficha diária de monitorização prevista no procedimento prisional não substitui o registo de enfermagem integrado no processo clínico. O enfermeiro deve documentar, no sistema institucionalmente destinado ao processo clínico, a avaliação, a informação prestada e a compreensão demonstrada, a capacidade e a sua reavaliação, o objeto e alcance da recusa, os cuidados aceites, os sinais clínicos, as intervenções realizadas, as recusas de exames, as comunicações efetuadas e os fundamentos das decisões. A insuficiência dos formulários administrativos deve ser suprida por registo clínico complementar, não por arquivo paralelo. A assinatura do enfermeiro atesta apenas os factos que presenciou ou verificou e não o torna autor de decisões alheias.

38. Privacidade e segredo profissional. A informação clínica é partilhada, na medida pertinente, entre os profissionais envolvidos no plano terapêutico, e o dever de sigilo estende-se a quem aceda a dados de saúde do recluso, incluindo elementos do Corpo da Guarda Prisional, nos termos do artigo 57.º, n.º 4, do RGEF. As comunicações legalmente impostas ao diretor, ao diretor-geral ou ao tribunal constituem cumprimento de dever legal, mas limitam-se ao conteúdo estritamente exigido. Pedidos adicionais da direção devem ser escritos e fundamentados e avaliados à luz do segredo profissional; quando a revelação não resulte diretamente da lei, do consentimento ou de outra causa de justificação, aplica-se o procedimento de aconselhamento e dispensa previsto no artigo 106.º, n.º 4, do EOE e no Regulamento n.º 338/2017. Os atos clínicos devem decorrer com privacidade e fora do alcance auditivo de terceiros, na medida compatível com a segurança; a presença de vigilância deve ser excecional, fundamentada e registada.

39. Diretivas antecipadas de vontade. Enquanto a pessoa conservar capacidade, a verificação da existência de DAV e de procuração de cuidados de saúde é promovida no âmbito da equipa a título de boa prática, no início do acompanhamento e sempre que a situação o justifique, por forma a antecipar o cenário de incapacidade. Sobrevindo incapacidade de expressar de forma livre e autónoma a vontade, essa verificação passa a constituir dever, competindo ao enfermeiro consultar diretamente o RENTEV através do Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde, nos termos do artigo 5.º, n.º 1, da Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, na redação da Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio, sem prejuízo do dever que o artigo 17.º, n.º 1, da Lei n.º 25/2012 comete ao médico responsável. A consulta é registada no processo clínico e funda-se na relação de cuidados, sendo cada acesso automaticamente notificado ao outorgante e ao procurador nos termos do artigo 8.º, n.º 8, da mesma portaria. O registo no RENTEV não é requisito de eficácia. A outorga em reclusão é admissível e deve ser facilitada a quem a pretenda, assegurando-se liberdade, informação e ausência de coação. Perante



intervenção incompatível com DAV válida, eficaz e aplicável, o enfermeiro comunica a incompatibilidade, não executa o ato sem clarificação e decisão conformes à lei, e assegura o respetivo registo.

40. Avaliação da capacidade de decisão. A capacidade presume-se na pessoa adulta, é específica da decisão e do momento e deve ser reavaliada quando ocorram alterações clínicas relevantes. Afere-se, funcionalmente, pela aptidão para compreender e reter a informação essencial, ponderar alternativas e consequências e comunicar uma escolha voluntária. A Escala de Coma de Glasgow mede o nível de consciência e não constitui prova de capacidade. A avaliação clínica deve ser devidamente documentada e pode apoiar-se em instrumentos estruturados e validados, sem que estes substituam o juízo clínico. O enfermeiro regista os elementos observados e promove avaliação por profissional qualificado e pela equipa sempre que a decisão dependa da perda do discernimento prevista no artigo 35.º, n.º 3, do CEPMPL.

41. Articulação com a saúde mental. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica intervém de modo qualificado no exame do estado mental, na identificação de psicopatologia e na avaliação dos fatores que interferem com a capacidade e a voluntariedade. Qualquer enfermeiro deve solicitar formalmente avaliação especializada quando existam indícios clínicos, incoerência decisória, suspeita de coação ou dúvida séria sobre a capacidade, documentando o pedido e a resposta. Na ausência de especialista no estabelecimento, deve ser assegurada referência, teleconsulta ou avaliação externa. A confirmação de doença mental não determina automaticamente tratamento involuntário; este depende dos pressupostos, garantias e decisão ou confirmação judicial previstos na Lei n.º 35/2023.

VIII. CONCLUSÕES

1.º O Conselho Jurisdiccional dispõe de competência material para promover a reflexão ético-deontológica e preparar a presente orientação, nos termos dos artigos 32.º, n.º 1, alínea g), e 33.º, n.º 4, do EOE.

2.º Greve de fome é a recusa voluntária, total ou parcial, de alimentos, podendo ou não abranger líquidos, por pessoa com capacidade de decisão e com finalidade reivindicativa; distingue-se da recusa alimentar determinada por psicopatologia, do jejum religioso, da ideação suicida e da recusa de suporte nutricional em fim de vida.



3.º A pessoa maior e capaz pode recusar alimentação e tratamento; a reclusão não suprime a autonomia, mas a recusa deve ser livre, esclarecida, específica, atual e delimitada pelo seu objeto, não se presumindo que abranja cuidados ou intervenções que a pessoa não recusou.

4.º A alimentação imposta contra a vontade atual de pessoa capaz é deontologicamente inadmissível e pode, consoante os elementos concretos, preencher o artigo 156.º do Código Penal. A Declaração de Malta considera eticamente inaceitável a alimentação forçada de grevista mentalmente capaz; a apreciação pelo TEDH depende da necessidade médica, das garantias, da proporcionalidade e do modo de execução.

5.º O dever de cuidar subsiste à recusa: mantêm-se, como intervenções autónomas, a informação sobre riscos, incluindo a advertência da possível perda de consciência e morte, a vigilância e avaliação contínuas, a oferta reiterada de alimentos e água, o alívio de sintomas, o suporte relacional e o registo rigoroso; a recusa de uma intervenção deixa intactos os demais cuidados devidos e delimita-se pelo seu objeto, exigindo cada intervenção decisão própria; condicionar o cuidado à cessação do protesto está vedado.

6.º Sobrevindo incapacidade, deve ser respeitada a DAV válida, eficaz e concretamente aplicável, sem prejuízo das exceções do artigo 6.º da Lei n.º 25/2012. A vontade atual da pessoa capaz prevalece sobre o documento; o registo no RENTEV é meramente declarativo; e o dever de consulta do registo impende sobre o médico responsável, nos termos do artigo 17.º, n.º 1, da Lei n.º 25/2012, e sobre o enfermeiro que integra a equipa responsável pelos cuidados, nos termos do artigo 5.º, n.º 1, da Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, na redação da Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio.

7.º Na ausência de DAV ou de outra vontade juridicamente vinculativa e cognoscível, a perda do discernimento acompanhada de perigo para a vida ou grave para a saúde legitima a intervenção apenas nos termos do regime aplicável, por decisão da entidade competente, com indicação e direção clínicas, limitação ao necessário e respeito pela dignidade. A vontade anterior não formalizada é obrigatoriamente ponderada, mas não equivale automaticamente a uma DAV.

8.º Em meio prisional, os artigos 65.º e 66.º do RGEF regulam a declaração e o acompanhamento da greve, enquanto o artigo 35.º do CEPML fixa os pressupostos e a competência da imposição coativa: perigo legalmente relevante, perda do discernimento, despacho fundamentado do diretor, direção médica e limitação ao necessário. A faculdade prevista no artigo 35.º não opera automaticamente nem legitima despachos genéricos para um eventual momento futuro: exige avaliação clínica contemporânea



e reavaliação da necessidade, adequação e proporcionalidade da medida. O tratamento involuntário por doença mental rege-se autonomamente pela Lei n.º 35/2023 e por decisão ou confirmação judicial.

9.º As intervenções autónomas do enfermeiro abrangem avaliação, informação no âmbito da competência, vigilância, cuidados aceites, alívio, suporte, registo, comunicação e referenciação. A alimentação ou tratamento coativos são intervenções interdependentes e não podem ser decididos ou iniciados pelo enfermeiro, exigindo todos os pressupostos materiais, formais e clínicos do regime aplicável.

10.º A ordem de alimentar pessoa capaz contra a sua vontade deve ser recusada, registada e comunicada. Nas relações de emprego público aplica-se, quando pertinente, o artigo 271.º da Constituição, sem que a confirmação escrita sane a ilicitude ou exclua responsabilidade por ato criminalmente típico. A objeção de consciência distingue-se da recusa de ordem ilícita e da escusa por falta de competência ou condições técnicas.

11.º A contenção física não pode constituir método punitivo, forma de pressão ou instrumento autónomo da alimentação; qualquer restrição indispensável a intervenção legalmente admissível deve ser excecional, necessária, proporcional, clinicamente dirigida e documentada. É vedada a administração dissimulada de nutrientes ou medicamentos contra a vontade de pessoa capaz.

12.º O registo de enfermagem, integrado no processo clínico, não é substituído pela ficha diária de monitorização e deve documentar a capacidade, a vontade, o objeto da recusa, os cuidados aceites, a evolução, as intervenções, comunicações e fundamentos. A informação clínica só é divulgada na medida legalmente devida; pedidos adicionais seguem o regime do segredo profissional e, quando aplicável, o Regulamento n.º 338/2017.

13.º A capacidade presume-se, é específica da decisão e do momento e deve ser apreciada funcionalmente e documentada. A Escala de Coma de Glasgow avalia o nível de consciência, não a capacidade decisória; instrumentos estruturados podem apoiar, mas não substituir, o juízo clínico. A doença mental ou a reclusão não determinam, por si, incapacidade.

14.º Nos centros educativos não se aplica o poder coercivo do artigo 35.º do CEPMPL. A decisão atende à idade, maturidade e discernimento, responsabilidades parentais, superior interesse, urgência e eventual intervenção judicial; a vontade da criança ou jovem deve ser sempre ouvida e ponderada. A avaliação especializada em saúde mental é promovida quando existam indícios clínicos, dúvida séria sobre capacidade ou particular gravidade.



15.º A decisão de não reanimar respeita especificamente à reanimação cardiopulmonar, não equivale a não tratar e deve ser fundamentada, registada, comunicada e reavaliada; o enfermeiro participa na deliberação e execução, mas não decide unilateralmente. À data de 16 de julho de 2026, a Lei n.º 22/2023 não dispõe de regulamentação que permita a sua entrada em vigor e o Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 307/2025 eliminou normas estruturantes do regime; respeitar uma recusa válida não constitui morte medicamente assistida.

16.º A responsabilidade disciplinar, civil ou criminal não resulta automaticamente do desfecho ou da mera qualificação abstrata da conduta; depende dos elementos concretos do ato ou omissão, do dever e competência do profissional, da possibilidade de atuação, dos meios e informação disponíveis, do resultado, do nexo de imputação e da culpa.

17.º O presente parecer responde à primeira pretensão do requerente exclusivamente à luz do quadro normativo vigente; a dimensão técnico-científica insere-se na competência própria da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, à qual o pedido foi simultaneamente dirigido; as restantes pretensões pertencem à apreciação e decisão de outros órgãos da Ordem, aos quais o Conselho transmitirá, por comunicação autónoma, os elementos pertinentes da sua análise; o parecer é comunicado ao requerente e divulgado após a regularização procedimental referida no n.º 5 (n.ºs 42 a 45).

É este o parecer que se submete à apreciação e deliberação do Conselho Jurisdiccional, sem prejuízo da regularização procedimental referida no n.º 5 e da atualização legislativa à data da aprovação.

O presente parecer revoga os Pareceres CJ 117/2009, 203/2010, 116/2012 e 46/2021.

Foi relator Manuel Belo Costa

Aprovado na reunião de plenário de 10 de setembro de 2026.

Pe'l'O Conselho Jurisdiccional

Ana Rita Pedroso Cavaco
(Presidente)