

WALMIR TEODORO SANT'ANNA

**INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: ASPECTOS
LEGAIS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

Monografia apresentada à Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Dependência Química.

**SÃO PAULO
2012**

WALMIR TEODORO SANT'ANNA

**INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA NO TRATAMENTO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS: ASPECTOS LEGAIS E
IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

Monografia apresentada à Unidade de Pesquisa em
Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de
Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
como requisito parcial à conclusão do Curso de
Especialização em Dependência Química.

Orientadora: Prof^a. Dra. Neliana Buzi Figlie.

**SÃO PAULO
2012**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, auxiliaram-me e se empenharam no sentido de que eu pudesse chegar ao final; de bom gosto àqueles que me ajudaram em sua concretização, especialmente aos profissionais psicólogos, bem como aos que me compreenderam e me respeitaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e por ser à base de minhas conquistas;

Aos meus pais José e Nice (In memorian), pelo amor, carinho e incentivo com o qual me senti fortalecido a continuar minha jornada;

A minha orientadora, Professora Doutora Neliana Buzi Figlie, por acreditar na minha capacidade de crescer com todos os riscos que tal crescimento implica.

Aos professores Doutores Marcelo Ribeiro e Cláudio Jerônimo pelo carinho e dedicação com os quais conduziram o curso de Especialização em Dependência Química e, sobretudo, pela atenção considerando minhas limitações.

A todos os amigos que fiz no decorrer do curso de Especialização em Dependência Química, sobretudo aqueles com os quais compartilhei minhas angústias, certezas e incertezas, frustrações, decepções, realizações e sucesso no último ano, onde sempre estiveram dispostos a me incentivar e ouvir.

E, principalmente, a minha família, que me enriqueceram com suas presenças, facilitando o crescimento e amadurecimento, tanto meu, quanto deles. E a oportunidade que eles me deram de ser o que realmente sou.

*A virtude é quando se tem a dor seguida de prazer,
o vício, é quando se tem o prazer seguido da dor.*

Margaret Mead (1986)

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

QUADRO 1 - Critérios para internação involuntária	10
TABELA 1 - Condições que podem justificar internação involuntária e transtornos que ocorrem mais frequentemente	12
FIGURA 1 - Internação psiquiátrica Sugestão de algoritmo de decisão.....	13
QUADRO 2 - Comissão revisora das internações psiquiátricas	13
QUADRO 3 - Prevalência dos casos diagnosticados de transtornos mentais	18

RESUMO

SANT'ANNA, W. T.; FIGLIE N. B. (orientadora). INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: ASPECTOS LEGAIS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS. Curso de Especialização em Dependência Química, Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

Contexto: A Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) vem sendo amplamente utilizada no tratamento de dependentes químicos. Sob este aspecto, este tipo de intervenção, se pressupõe que também poderá trazer grandes benefícios à população dependente de álcool e outras drogas, contribuindo para a efetividade e aderência ao tratamento propriamente dito. O uso e abuso de álcool e drogas constituem-se em uma problemática mundial. As políticas que marcaram a saúde pública brasileira demonstram a necessidade de reversão dos modelos assistenciais para contemplar as reais necessidades dos usuários que apresentam transtornos decorrentes do consumo de álcool e drogas. O desafio de formular uma política específica de prevenção, tratamento e reabilitação numa lógica que permita a singularidade e a reinserção social dos indivíduos tem sido tema dos diversos estudos nessa área. **Objetivo:** Investigar a legislação disponível a respeito da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) para dependentes químicos e sua implicação clínica. **Método:** Revisão bibliográfica do banco de dados MEDLINE e LILACS, de 1995 a 2012 bem como capítulos de livros com o tema sobre a Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) e legislação na área da saúde para dependentes químicos. **Resultados:** Foram selecionados dez artigos como bibliografia principal relacionados com o tema. **Conclusão:** Esses achados sugerem que a decisão correta nas situações de emergência psiquiátrica depende tanto de conhecimento técnico quanto de informações sobre o marco legal que regulamenta a atividade profissional, os direitos dos pacientes e os direitos e deveres do médico.

Palavras-Chave: Internação Psiquiátrica Involuntária, Tratamento, Álcool, Drogas.

SUMÁRIO

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Lista de Figuras Tabelas.....	v
Resumo	vi
1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Apresentação	8
1.2 – A Legislação e as Internações Psiquiátricas Involuntárias.....	10
1.3 – A Interface das Comunidades Terapêuticas e a Internação Involuntária	14
1.4 – Aspectos Clínicos e Situações Especiais	17
2. OBJETIVO.....	20
3. MÉTODO.....	20
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÃO.....	25
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO.....	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Dentro de um contexto introdutório, destaca-se que a psiquiatria, no Brasil, vive um processo de mudanças mais efetivas desde 1987, a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual tinha, por base negar a hospitalização como forma primeira de tratamento e propor novas formas de atendimento ao indivíduo portador de transtorno mental. A maioria dos países desenvolveu legislações específicas para tratamentos involuntários, porém nenhuma dessas orientações contempla em sua totalidade os procedimentos, critérios, condições e patologias que sejam aceitas sem contestações. As normas legais brasileiras mais recentes (Lei Federal nº 10.216/01, Portaria MS/GM nº 2.391/02 e as diversas leis estaduais sobre a reforma da atenção psiquiátrica) infelizmente não especificam, dentro deste contexto, os riscos que devem ser considerados pelo médico ao determinar uma internação involuntária. Neste sentido então, iniciativas políticas de elaboração e discussão de leis e de ações do governo foram criadas buscando políticas que lhe garantam um cuidado digno e consolidem o respeito e a cidadania^{1,2,3}.

Após quase quinze anos e incansáveis discussões, foi aprovada a Lei 10.216 de 06/04/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei é considerada como a Lei da Reforma Psiquiátrica, ressaltando que do texto original, o Projeto de Lei 3.657/1989, resultante na Lei 10.216 foi retirado o que o autor do Projeto trazia e entendia como base da reforma, que era a substituição dos manicômios, e que foi responsável, também, pela forte oposição a ela, criada e orquestrada pela Federação Brasileira de Hospitais. Barros¹ citando Britto^a observou que ela veio em substituição ao Decreto 24.559, de 1934, que até então dispunha “sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas”. O autor salienta ainda que tal lei era cheia de anacronismos e inadequações acumuladas diante dos quase cem anos de avanço do conhecimento médico que ela atravessou. Assim, muito embora algumas medidas propostas como “redirecionamentos” para a assistência sejam passíveis de questionamento, em seu cômputo geral é uma lei que trouxe avanços na regulamentação de atos médicos envolvendo pacientes

^a Britto RC. Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.

portadores de transtornos mentais. Com relação às internações psiquiátricas, a lei define suas modalidades, bem como suas justificativas. No parágrafo único do artigo 6º define-se que:

“São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.”

De acordo com o exposto acima, não obstante a lei defina e trate de outras modalidades de internação como: a internação voluntária e a internação compulsória, para alguns autores^{1,2}, qualquer paciente que se encontre numa enfermaria psiquiátrica se enquadra numa dessas categorias: exceto as judicialmente determinadas (compulsórias) – casos nos quais a vontade do paciente não interfere –, a internação só é voluntária se o paciente declara por escrito que a aceita; todos os outros casos são involuntários. A Portaria MS/GM nº 2.391/02 ao disciplinar o controle das internações psiquiátricas pelo Ministério Público dos estados, prevê, acertadamente, uma quarta espécie de internação: *a voluntária que se torna involuntária*. No Rio Grande do Sul, estado cuja lei estadual foi pioneira no Brasil, utiliza-se equivocadamente a expressão “internação compulsória” ao se referir às internações involuntárias³.

Uma questão que se apresenta não menos importante está relacionada aos direitos humanos dos portadores de diagnóstico de doença mental. Neste capítulo observa-se o antagonismo entre o enfoque da Saúde Pública e os dos Direitos Humanos, ou mesmo, em outros termos, entre Psiquiatria e Direito. Não obstante o fato de a interface destas duas instâncias seja necessário, é complexa e difícil, já que enquanto a linguagem médica descreve o estado do paciente em uma escala que vai de grave a completamente saudável, a linguagem jurídica é binária: o doente é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece ou não perigo. Quando se trata de IPI para dependentes químicos, a questão fica mais difícil. Afinal, segundo alguns autores^{1,4,5,6}, definir emergência psiquiátrica, escrever sobre dependência química e, sobretudo, abordar o procedimento médico (a internação psiquiátrica), “é tocar num dos pontos mais álgicos da existência humana”, ou, tocar em um tema “espinhoso”.

1.2 – A Legislação e as Internações Psiquiátricas Involuntárias

A IPI como é descrita como “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (artigo 6º, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 10.216/01). No entanto, a Portaria MS/GS nº 2.391/02, por sua vez, define-a como “aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente”, como em muitos casos inexistente a figura de terceiro, este conceito parece mais preciso. A justificativa para a IPI é a perda da autonomia do indivíduo, decorrente de sua doença mental. O paciente não tem capacidade por vezes de discernir o que é melhor para si^{1,2,3,5}. Quando isso ocorre, alguém toma em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditas. Neste sentido, pergunta-se o seguinte: o dependente químico em função de seu uso “descontrolado” de substâncias psicoativas perde por esta razão sua autonomia? Em que momento se deve avaliar esta perda? Saúde pública e direitos humanos acabam por se tornar foco a fim de que se possa avaliar eticamente o quadro clínico do paciente uma vez que a IPI é um procedimento médico ensejado contra a vontade daquele a quem pretende beneficiar, o paciente.^{4,5,6}

Em relação aos critérios estabelecidos para se proceder a uma IPI, esgotados os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema ou mesmo perante a gravidade/emergência do caso, acaba por se constituir mais frequentemente, de acordo com Taborda³, nas seguintes apresentações: “presença de transtorno mental (exceto transtorno de personalidade anti-social) presença de risco (auto-agressão, de heteroagressão, de agressão à ordem pública, de exposição social ou de incapacidade grave de autocuidados) (Quadro 1)”. O autor ainda define risco como sendo “a probabilidade de um evento indesejado ocorrer, podendo ser expresso numericamente” (p. 80).

Quadro 1

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Devem ser preenchidos os critérios A e B

CRITÉRIO A – doença mental, exceto transtorno da personalidade anti-social

CRITÉRIO B – no mínimo, um dos seguintes:

Risco de auto-agressão

Risco de heteroagressão

Risco de agressão à ordem pública

Risco de exposição social

Incapacidade grave de autocuidados

Fonte: Taborda, Baron & Neto In: Quevedo, Schmitt & Kapczinski, 2008.

Portanto, o critério legal para definir capacidade tem como foco o entendimento do paciente sobre sua doença e suas consequências. Barros e Serafim¹ entendem que da mesma forma que uma pessoa em sã consciência decide sobre si, é a família que decide sobre um parente com transtorno mental que o prive de entendimento. O médico, entretanto, decide nos casos em que não há família no momento ou se o risco da não internação é extremo. Neste sentido, os autores argumentam ainda a alta pode ser recusada, conforme o artigo 46º do Código de Ética Médico: “É vedado ao médico: efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida” [grifo dos autores].^{1,3,7} A IPI se dará mediante comunicação devidamente justificada ao Ministério Público Estadual (MPE) no prazo de até 72 horas após sua ocorrência, seguida de notificação circunstanciada ao mesmo órgão quando da alta hospitalar. Fortes⁷ alerta que a comunicação ao MPE servirá de proteção para o paciente de possíveis abusos por parte de terceiros, com ou sem anuência do médico assistente.^{3,7} A tabela 1 demonstra com casos práticos situações em que a IPI pode ser necessária. Para a conduta nos casos de definição do procedimento quanto a discernir entre IPV ou de IPI, Taborda³ sugere que se examine o algoritmo de decisão sobre internações psiquiátricas da Figura 1. A já citada portaria MS/nº 2391/ GM/2002 do Ministério da Saúde também prevê a responsabilidade do gestor estadual do SUS em instaurar uma Comissão Revisora das Internações Involuntárias (IPI e IPVI), que faria o acompanhamento dessas internações, no prazo de sete dias após comunicação pertinente – devendo emitir laudo de confirmação, ou suspensão, do regime de internação no prazo de 24 horas após revisão da internação. Esta comissão é de natureza multiprofissional e é composta pelos profissionais descritos no (Quadro 2)⁶. Em termos de impacto na tomada de decisão pelo médico psiquiatra responsável e, considerando a questão da competência para julgar o caso clínico, Fortes⁷ revela o seguinte questionamento:

[...] “qual seria a maneira mais eficiente de proteger as pessoas portadoras de transtornos mentais em situações de ausência ou perda total ou parcial da plena capacidade psíquica e de autogoverno. Devemos considerar se é legítimo prover cuidado e proteção a quem é um risco para si ou para outros, mesmo quando esta atenção não é desejada, ou devemos respeitar a autonomia, quando isso possa implicar no aumento da vulnerabilidade destes pacientes?” (p. 11)

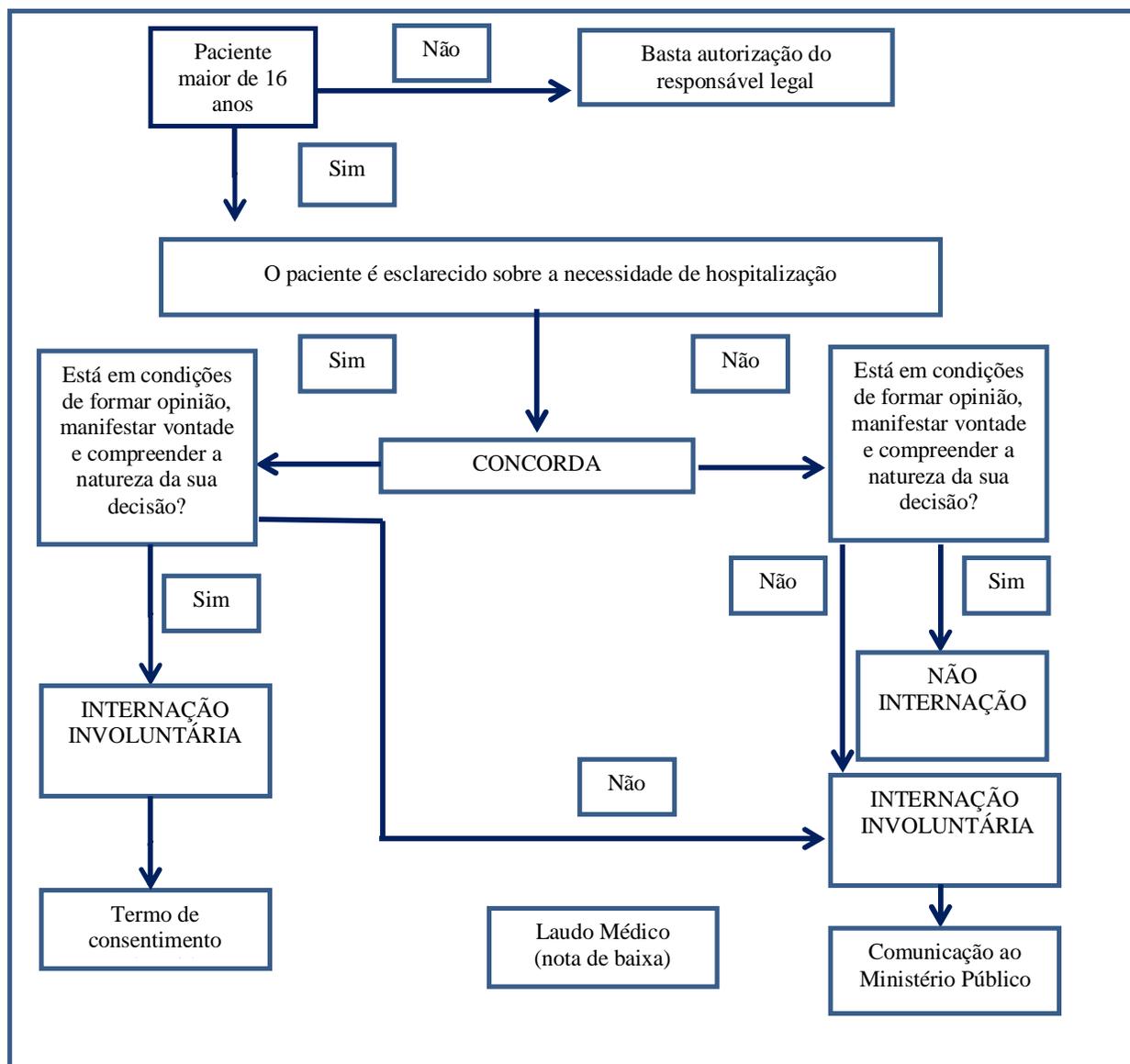
Em se tratando de dependente químico e considerando que O crack é uma droga de difícil tratamento – particularmente se levarmos em consideração os modelos atualmente propostos para atendimento de drogas no Brasil, Kessler et al⁸ assevera que antes de iniciar um tratamento para abuso de substâncias psicoativas (SPA), é primordial avaliar os prejuízos que estas acarretam na vida dos usuários. Considerando a complexidade dessa avaliação, pode-se entender que as pessoas portadoras de transtornos mentais configuram-se como uma situação especial de vulnerabilidade, pelo menos em um determinado momento de seu quadro, quando tem a sua autonomia reduzida, o que sustenta o objetivo fundamental de proteger o bem maior que é sua própria vida. O profissional da área de saúde mental torna-se, quase sempre, o único intérprete de seus pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro destas pessoas, exercendo muitas vezes poder absoluto sobre elas.^{7,8,9}

Tabela 1 – Condições que podem justificar internação involuntária e transtornos que ocorrem mais frequentemente

<i>Sintoma</i>	<i>Agressividade</i>	<i>Risco suicida</i>	<i>Promiscuidade Sexual</i>	<i>Gastos excessivos</i>	<i>Intoxicação com risco de morte</i>	<i>Recusa alimentar</i>	<i>Não adesão ao tratamento</i>
<i>Diagnóstico</i>							
Transtornos Psicóticos	X	X	-	-	-	-	X
Mania	X	-	X	X	-	-	X
Depressão Grave	-	X	-	-	-	X	-
Anorexia	-	X	-	-	-	X	X
Demência	X	-	-	-	-	X	X
Dependência Química	X	-	-	-	X	-	X
Síndrome de Abstinência	X	X	-	-	-	-	-

Fonte: Barros e Serafim, 2009

Figura 1: Internação psiquiátrica Sugestão de algoritmo de decisão.



Fonte: Taborda, Baron & Neto In: Quevedo, Schmitt & Kapczinski, 2008.

Quadro 2 - COMISSÃO REVISORA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

1. Um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em psiquiatria, não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação.
2. Um profissional de nível superior da área de saúde mental, com a mesma condição do anterior.
3. Um representante do Ministério Público Estadual.

Esta Comissão Revisora, conforme recomendação da mesma portaria, ainda que seja de forma não obrigatória, pode ter a presença de representantes de

associação de direitos humanos, associação de usuários de serviços de saúde mental e associações de familiares, inspirando-se, conforme ressalta Taborda³ citando os preceitos da Assembléia Geral da ONU de 1991 nos “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”

1.3 – A Interface das Comunidades Terapêuticas e a Internação Involuntária

Para que se possa entender a participação das Comunidades Terapêuticas – CTs no cenário da dependência química, torna-se imprescindível identificar o que é uma CT e como ela funciona. O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.^{15,16,17}

A ideia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à ideia de tratar os grupos como se fosse um "organismo psicológico". A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones) é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento de substâncias psicoativas, que surgiria mais tarde.^{15,16}

Maxwell Jones criou o termo "aprendizagem ao vivo" para definir a possibilidade do paciente aprender meios de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e relacionar positivamente com outros. A Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos, e não apenas os técnicos compartilhassem.^{16,17}

O funcionamento de uma CT passou a ser avaliado a fim de definir sua eficácia na IPI. Fundamentalmente uma CT caracteriza-se conforme os pressupostos determinados pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC 101/01) que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), segundo o modelo psicossocial.¹⁶

A referida Resolução foi revogada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011.

A RDC 101 oferecia a seguinte conceituação sobre comunidade terapêutica:

[São] serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.¹⁹

Dessa forma, Kessler e Pechansky⁹ argumentam que, em relação ao crack, por exemplo, a estratégia que parece demonstrar maior resultado passa por uma estrutura de tratamento de longo prazo, que contempla uma internação inicial em ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral e se estende para um modelo de atendimento baseado em Comunidades Terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos – frequentemente de 6 meses a 1 ano. Esta assertiva condiz com o fato de que as CTs, embora algumas tenham hoje em seu quadro técnico profissional especializado, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais e adotam novas técnicas, tais como o aprendizado social e o treinamento de habilidades, são questionadas no que se refere ao ambiente de tratamento, isto é, se é o mais indicado para a IPI, haja vista que qualquer ambiente que oferece ajuda ao dependente químico tem vantagens e desvantagens específicas.^{18,21}

Não obstante o fato da RDC 29/11 ser considerada um retrocesso em relação à RDC 101/01 por não indicar um médico fixo na clínica, bem como de uma equipe mínima, tendo em vista que ao que a presente resolução aponta em relação à equipe profissional é a necessidade de um responsável técnico que, a priori, pode ser qualquer profissional de nível superior, é a resolução em vigor. Para Fracasso¹⁶ o programa, para ser eficaz, deve ser aberto tanto internamente, entre os membros que fazem parte do ambiente social, quanto externamente, com os devidos cuidados e respeito às regras fundamentais (as fronteiras da CT devem ser protegidas, mas as informações devem entrar e sair). Assim, no artigo 15º, a RDC 29/11 estabelece

que “todas as portas dos ambientes de uso dos residentes^b devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves”. Já no processo de admissão do residente ao tratamento, o artigo 19º define que as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável”.²⁰

Além destas diretrizes a Resolução também define que as instituições devem ater-se ao cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência bem como a observância do direito à cidadania do residente (RDC 29/11, artigo 20, incisos I e II). Os pacientes que geralmente procuram este esse ambiente de tratamento possuem problemas em níveis social, educacional, vocacional, comunitário, judicial e familiar.^{15,18} Independente da condição em que o indivíduo procura o tratamento ou mesmo se este for involuntário, a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais deve ser norma implícita no modelo (RDC 29/11, artigo 20, incisos IV) a fim de que não se reproduza o abuso no qual o dependente já estava submetido pelo uso de substâncias psicoativas¹⁶. É importante ressaltar que as três regras fundamentais que norteiam o processo terapêutico nas CTs contemporâneas ainda prevalecem: “não fazer uso de substâncias psicoativas, não à violência e não ao sexo”^{15,16}

Portanto, hoje as CTs e os programas destas variam em termos de recursos de serviços de assistência psicológica, educacional, vocacional e de atenção aos seres humanos. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares (RDC 29/11, Parágrafo Único). A abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador

^b Designação utilizada pelas CTs para o paciente ou cliente.

do crescimento e da mudança individual é o ponto de distinção entre as CTs e outras formas de ambiente de tratamento. A evolução das CTs ainda é fonte de discussões e enfrentamento com a área de saúde devido ao desconhecimento de toda essa evolução de sua abordagem e de seu não reconhecimento na política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Muito desse enfrentamento deve ao fato de grande parte das CTs, embora regulamentadas desde 2001 pela RDC 101/01 da ANVISA, ainda não se terem adequadas às normas mínimas de funcionamento e também de seu nome estar sendo utilizado indevidamente, o que prejudica os usuários e seus familiares. Não há um consenso acerca da população de dependentes mais indicada para o tratamento em CTs, apenas que, como qualquer modelo, não está indicado para todo e qualquer indivíduo. Em se tratando de IPI, a própria abordagem deve respeitar as características sociodemográficas e o padrão de consumo de cada indivíduo sendo que em sua admissão, em respeito aos pressupostos da RDC 29/11 em seu artigo 16⁰, “será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente”, sem mencionar o fato de que é imprescindível que as instituições considerem as diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias a fim de que possam oferecer um tratamento efetivo.^{14,15,18,20}

1.4 – Aspectos Clínicos e Situações Especiais

Os transtornos pelo uso de substâncias psicoativas são problemas de saúde pública estando inserido no cotidiano de grande parte da população mundial e que são frequentemente subdiagnosticados e indevidamente tratados.^{10,11} O diagnóstico diferencial de quadros de intoxicação e abstinência por álcool e/ou drogas de abuso é uma necessidade em qualquer situação de atendimento de emergência. Tais quadros podem precipitar diversos sintomas psiquiátricos que fazem parte do quadro clínico em que o indivíduo pode se encontrar: ideação e tentativas de suicídio e homicídio; episódios de agitação motora; síndromes psicóticas, maníacas, depressivas e ansiosas (coma e convulsões)¹²

Para se determinar o modelo de tratamento no qual o indivíduo será submetido, o médico responsável avalia os quadros de intoxicação e abstinência que não consiste senão no processo de identificação e triagem do paciente. Aqui vale destacar a diferença entre exame pericial psiquiátrico e exame clínico psiquiátrico. Segundo Araújo, Ribeiro e Silveira¹³ citando Taborda, a diferença fundamental está na finalidade da avaliação. Enquanto o exame clínico visa ao estabelecimento de um diagnóstico, ao desenvolvimento de uma relação de confiança entre as partes, a um planejamento terapêutico e ao prognóstico do paciente, o resultado da perícia restringe-se a uma conclusão médico-legal que se constitui em meio de prova¹³. Ao contrário da prática assistencial, na qual, o psiquiatra estabelece um compromisso com o paciente na tentativa de tratar sua dependência, o psiquiatra forense estabelece compromisso com a justiça²².

Analisar a IPI a partir de dados diagnósticos também se constitui em fator importante a fim de que se possa identificar qual é a maior prevalência de casos de dependência química. Neste sentido, Lima⁶ ao avaliar as internações involuntárias, comunicadas ao Ministério Público Estadual, ocorridas na cidade de São Paulo, em hospitais públicos e privados, entre 04/02/2002 a 27/ 12/2006, perfazendo um total aproximado de 5.000 internações, estabeleceu algumas indicações importantes conforme demonstradas na Tabela 2.⁶

Quadro 3- PREVALÊNCIA DOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE TRANSTORNOS MENTAIS

1. Psicoses não orgânicas e não especificadas (F29) (24,5% dos casos) somadas a outras psicoses não esquizofrênicas, não depressivas e não maníacas (F21 a F29) (3,7%), perfazendo 28,2% dos casos.
2. Esquizofrenia e subtipos (F20): 21,7% dos casos (sendo o subtipo paranóide o mais prevalente (48,8% dos casos de esquizofrenia).
3. Transtorno afetivo bipolar (F31 e subtipos) (16,6%), mais mania ou hipomania unipolares (F30) (1,2%), perfazendo um total de 17,8% dos casos.
4. Transtornos mentais ou comportamentais devidos ao uso do álcool (F10 e subtipos) (9,9% dos casos), mais transtornos mentais ou comportamentais devidos a outras substâncias psicoativas em múltiplo uso (a incluir eventualmente o álcool também) (F19 e subtipos) (6%) ou isoladas (F11 a F18) (0,8%), perfazendo um total de 16,7 % dos casos.

Fonte: Adaptado de Lima (2007)

Nesta avaliação, concluiu-se que 84,4% dos casos totais de internação involuntária devem-se aos transtornos mentais, sendo que quase 27% referem-se à associação dos transtornos mentais ou comportamentais devidos ao uso do álcool e

outras drogas, o que vem coincidir de forma aproximada com a literatura científica internacional.

Já as situações especiais podem ocorrer e gerar dúvidas no campo ético ou legal. Ao comparar o aspecto médico e legal, pode-se dizer que o constitui uma doença mental ou um defeito para propósitos psiquiátrico-psicológico não é, necessariamente, o que constitui uma doença ou um defeito sob a lei para propósitos de determinação de responsabilidade criminal. Por outro lado, o que constitui a dependência química, a partir dos pressupostos trazidos por Griffith Edwards e sua equipe ao formular, na década de 1970, os critérios para a síndrome de dependência do álcool (SDA), é um quadro clínico fundamentalmente baseado em critérios, sendo que, conforme destacam os autores, três deles estando presentes nos últimos doze meses, são condições para se diagnosticar o indivíduo em termos de SDA. Os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA compreendem estreitamento do repertório, saliência do beber, aumento da tolerância ao álcool, síndrome de abstinência, alívio ou evitação dos sintomas de abstinência, consciência subjetiva da compulsão por beber e reinstalação da síndrome da dependência.^{21,23}

Uma emergência psiquiátrica (EP) define-se como sendo qualquer situação de natureza clínica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata. Dentre vários casos em que englobam condições diversas, está relacionado o abuso de substâncias psicoativas.³ A Internação Involuntária é uma realidade, e as instituições psiquiátricas adotam como medida de tratamento a internação de um portador de transtorno mental utilizando-se frequentemente de contenção física e mecânica no ato da internação, de modo a conter a agitação e hostilidade do paciente². Assim, nas EPs situações onde paciente e familiares não aceitam a indicação de internação, paciente está desacompanhado, contenção mecânica e isolamento, se constituem em situações onde as instituições precisam ter atenção quanto a estratégia a ser implantada^{2,3}.

Diante do exposto, este trabalho de pesquisa teve como principal objetivo investigar a legislação disponível a respeito da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) para dependentes químicos e sua implicação clínica.

2. OBJETIVO

- ❖ Investigar a legislação disponível a respeito da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) para dependentes químicos e sua implicação clínica.

3. MÉTODO

Para delinear o método deste estudo foi utilizada uma revisão bibliográfica na base de dados MEDLINE e LILACS, de 1995 a 2012 bem como livros com o tema sobre a Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI). Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores: “internação psiquiátrica involuntária”, “álcool” e “drogas”. Foram selecionados 40 artigos; destes, 30 foram excluídos da amostra por não abordarem especificamente o tema em questão ou por terem sido publicados em outros idiomas (o objetivo dos textos nacionais foi aproximar a discussão ao nosso contexto). Assim, a amostra deste estudo constituiu-se de 10 artigos, todos publicados entre os anos 1995 e 2012.

4. RESULTADOS

Dos 10 artigos selecionados, 1 foi publicado em 1995, 1 em 1997, 1 em 1998, 1 em 2006, 1 em 2008, 1 em 2009 e 2 em 2010 e 1 em 2001, apontando para um escasso interesse pelo tema. Vale ressaltar, a importância das bases de dados MEDLINE E LILACS, onde todos os periódicos selecionados se encontravam indexados, dando ênfase para a revista Brasileira de Psiquiatria, na qual 05 artigos foram selecionados.

Os artigos analisados referente à legislação sobre a IPI, foi percebido referência à interface entre a Psiquiatria e o Direito, destacando-se tópicos essenciais para IPI. Os autores¹ ressaltam que “qualquer internação sem assinatura expressando o consentimento é involuntária”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é a agência da Organização das Nações Unidas (ONU) especializada em assuntos relativos à saúde. Verificou-se que Saúde Para Todos é sua política e sua estratégia principal é a de Cuidados Primários de Saúde. Neste sentido, percebeu-se que as dificuldades de diálogo entre os atores envolvidos, no que concernem as

situações de encaminhamentos judiciais para avaliação psiquiátrica e/ou internação, merecem atenção por se tratar de questões que suscitam debates aprofundados das partes por acarretarem questões de natureza ética, moral e social.^{4,7}

Em relação à avaliação, diagnóstico e tratamento para dependentes químicos, os resultados apontaram para o instrumento atualmente mais utilizado no mundo para a abordagem multidimensional de problemas relacionados ao abuso de SPA que é a Escala de Gravidade de Dependência (Addiction Severity Index, ASI). Instrumentos como a ASI podem ser muito úteis tanto na pesquisa quanto na avaliação clínica⁸. Com a preocupação de se desenvolver critérios para o desenvolvimento de diagnósticos e terapêuticas atualizados para as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes, Zaleski et al¹⁴ sugeriram uma proposta que envolve tratamento integrado e organização de serviço. Os autores entendem que muitos dos sintomas atribuídos a uma comorbidade são muitas vezes sintomas associados ao período de intoxicação ou de abstinência a uma ou mais substâncias.

Kessler e Pechansky⁹ trouxeram significativos estudos sobre o fenômeno do crack apontando para uma triste realidade no Brasil porque a escalada do crack coincidiu, segundo os autores, com a política de fechamento de leitos psiquiátricos, e a rede pública não tem tido capacidade de absorver toda a demanda. Somado a este aspecto, no estudo de Passos e Camacho¹⁰, encontrou-se a predominância de pacientes do sexo masculino, jovens, solteiros ou que viviam sós, da raça branca e com baixa inserção profissional. A cocaína foi a droga mais consumida indicando, inclusive, para um aumento no consumo desta droga. Uma vez que o indivíduo é submetido a uma IPI, se faz necessário à elevação deste de sua condição de doente para a condição de cidadão corroborando para o conceito de reabilitação psicossocial defendida por Pinho e Oliveira¹¹.

Em relação às concepções relativas à Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) para dependentes químicos e sua implicação clínica, não foi encontrado senão artigos que contextualizam a questão em suas bases legais utilizando-se, preferencialmente, a Lei Federal nº 10.216/01, a Portaria MS/GM nº 2.391/02 e as diversas leis estaduais sobre a reforma da atenção psiquiátrica no Brasil. Um artigo foi encontrado sobre a questão das implicações clínicas da IPI, embora não tenha sido do ponto de vista onde envolve o paciente submetido a tal abordagem, mas sim, suas implicações para a clínica de enfermagem psiquiátrica onde as autoras

procuraram contextualizar e relacionar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente psiquiátrico, considerando o tipo de internação².

Apenas um artigo⁵ procurou discutir a avaliação da gravidade dos prejuízos que um tratamento acarreta na vida dos usuários, não obstante o fato deste artigo não descrever em termos de IPI, foi considerado em função da importância de tal avaliação para o profissional da saúde ao indicar um modelo de tratamento ao dependente químico.

As Comunidades Terapêuticas (CTs), embora se constituam em uma realidade no cenário da dependência química e regulamentadas pela RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011, não foram contempladas nos artigos selecionados precisando, para articular sua importância para o este estudo, lançar mão de outras fontes literárias como capítulo de livros.

Por fim, as considerações sobre IPI encontradas nos 10 artigos foram, a avaliação dos quadros de intoxicação e abstinência, autonomia, a questão do risco, critérios para avaliação de abstinência, diretrizes para diagnóstico e tratamento de comorbidades e dependência química, questões éticas e o fenômeno do crack. Foi notado, nos artigos encontrados, que essas concepções estão intimamente interligadas, ou melhor, são interdependentes havendo uma concordância entre os autores no que se refere à delicadeza do assunto por ser, de certa forma recente.

5. DISCUSSÃO

Na literatura nacional, há uma lacuna referente à sistematização dos procedimentos para a IPI. Embora a maioria dos países tenha desenvolvido legislações específicas para tratamentos involuntários, porém nenhuma dessas orientações contempla em sua totalidade os procedimentos, critérios, condições e patologias que sejam aceitas sem contestações.

Alguns autores^{1,3,5,6,7} mencionaram a importância da autonomia como sendo um dos pilares da atuação ética na assistência à saúde, há casos em psiquiatria que a capacidade de decidir autonomamente do indivíduo está prejudicada. Os Estados de Direito reconhecem isso e preveem leis específicas para tais circunstâncias, e é da responsabilidade dos profissionais que atuam em saúde mental conhecê-las. Quando se trata de Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), percebe-se que as

características dessa internação podem causar implicações para a relação médico/paciente. Salientando a concepção da doença fundada no conceito de periculosidade, incapacidade civil e imputabilidade, o hospício produziu uma cultura produtora de estigmas no imaginário social que são hoje muito mais difíceis de modificar que o próprio asilo, mesmo porque, há três décadas já se falava sobre a indignidade de uma internação involuntária em termos de transtornos que causam ao paciente^{1,2}.

Um problema crucial em relação à questão dos direitos humanos dos portadores de diagnósticos de doença mental é o antagonismo entre o enfoque da Saúde Pública e o dos Direitos Humanos. Enquanto o primeiro se preocupa prioritariamente com a maioria da população, opera em nível coletivo e privilegia a equidade, o segundo se preocupa fundamentalmente com a exceção, opera em nível individual e insiste em igualdade. Todos os profissionais que se ocupam de um paciente com transtorno mental deverão tratá-lo acima de tudo com humanidade e respeito. Na relação médico-paciente, o respeito do primeiro à autonomia do segundo representa o respeito à dignidade humana em toda a sua essência. A ideia de autonomia é conquista recente. O respeito a individualidade, o reconhecimento de outro pensar e sentir à sua maneira e de ser respeitado sob este aspecto, segundo Segre e Rosa⁵, delineou-se durante o Iluminismo europeu. A autonomia do indivíduo pressupõe a capacidade que têm as pessoas para a sua autodeterminação no que concerne às opções individuais de que dispõem^{4,7}.

Quando se discute a questão da eficácia do tratamento para dependentes químicos em termos de imposição, é imperativo que se leve em conta modelos que tenham evidência científica a fim de que se possa oferecer uma abordagem que contemple o indivíduo por inteiro, haja vista que o dependente químico quando procura por tratamento ou mesmo quando este lhe é imposto, identifica-se complicações clínicas associadas que, para alguns autores^{9,14} proporcionam um critério de gravidade da dependência e, quando detectadas no início, podem ser tratadas e promover recuperação completa.

Como a maioria dos dependentes químicos submetidos a IPI são usuários de crack, percebeu-se na literatura que modelos preventivos de abordagem, do tipo redução de danos, parecem apresentar pouco resultado nessa população de usuários. Kessler e Pechansky⁹ alertam que medidas como cachimbos descartáveis ou outras estratégias que se baseiam predominantemente na manutenção de uso

seguro – bastante aceitáveis em outras modalidades de uso de substância – não apresentam eficácia comprovada em usuários de *crack*.

Por este motivo, a sugestão é ater-se ao grande desafio que é o de instituir políticas para tratamento da população que se encontra em maior risco de uso de drogas, principalmente aqueles que entram em contato com drogas como o *crack*. Políticas que incluam programas sociais e alternativas ocupacionais se constituem em alternativas viáveis e mais próximas da população que será beneficiada, neste caso, os dependentes químicos. No que compete ao tratamento dos casos identificados de dependência química, é mister que as orientações provenientes do Ministério da Saúde contemplem o modelo médico de assistência, devido à gravidade dos casos. É também necessário que os programas de atendimento e as políticas desenvolvidas sejam mais embasados nas evidências científicas, contemplando, inclusive em seu quadro de profissionais, especialistas que possam efetuar uma abordagem humanizada, segura, lançando mão de todo um arcabouço teórico-prático existente para que o tratamento seja eficiente^{9,14,17}.

Os resultados apontaram também para a questão das comorbidades psiquiátricas que é definida, segundo Zaleski et al.¹⁴ [...] “como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo”. Os autores alertam que o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo de importância fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas. Neste sentido, em se tratando de IPI para dependentes químicos, o que mais chama a atenção na literatura científica é justamente a dificuldade em abordar o paciente com comorbidades e o estabelecimento do diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade psiquiátrica e abuso de substâncias psicoativas¹⁴.

As Comunidades Terapêuticas pela sua característica de tratamento onde a ferramenta terapêutica mais importante é a “convivência entre os pares”, pode ser uma alternativa para o dependente químico que procura por tratamento. No entanto, em se tratando de internação involuntária, considerando os modelos atualmente propostos para atendimento de Dependência Química no Brasil, parece mais adequado utilizar a sugestão de Kessler e Pechanski⁹ que contempla uma estrutura de tratamento de longo prazo, que passa por uma internação inicial em ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral e se estende, aí sim, para um modelo de

atendimento baseado em comunidades terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos – frequentemente de 6 meses a 1 ano. Vale ressaltar que um tratamento voltado à dependência química não se limita a desintoxicação, sendo esta, na maioria das vezes, a etapa inicial do tratamento.

Foi possível evidenciar que o tratamento de dependentes químicos, em função das suas particularidades individuais, exige que médico e cliente construam, juntos, o melhor projeto terapêutico e elejam as técnicas mais adequadas para cada caso, considerando que a relação entre uso de álcool e drogas traz consigo uma vasta gama de complicações clínicas como doenças cardíacas, hepáticas, renais, respiratórias, gastrointestinais e neurológicas, médico e cliente podem utilizar sempre a criatividade ao pensar nas soluções para os dilemas da prática clínica.^{8,14} A entrevista motivacional (EM), um importante instrumento no tratamento de álcool e outras drogas, deve ser aplicada durante a fase inicial e durante o curso do tratamento de pacientes dependentes químicos e comórbidos. Pacientes com dependência química demandam maior esforço por parte do terapeuta para estabelecer uma aliança capaz de promover mudanças em seu comportamento e aumentar as possibilidades de aderência à terapia proposta. Além disso, na IPI é sabido que o paciente tem uma baixa motivação o que corrobora para o fato de se utilizar da rede familiar e social para reforço da aderência ao tratamento.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo buscou fomentar a discussão em torno da internação psiquiátrica involuntária para dependentes químicos. Vale ressaltar que as pesquisas que envolvam essa temática são escassas. Diante dos dados apresentados, ressalta-se que o estudo não teve a pretensão de esgotar toda a discussão que delinea o objeto em pauta.

Embora a autonomia seja um dos pilares da atuação ética na assistência à saúde, há casos em psiquiatria que a capacidade de decidir autonomamente do indivíduo está prejudicada. A decisão correta nas situações de emergência psiquiátrica depende tanto de conhecimento técnico quanto de informações sobre o marco legal que regulamenta a atividade profissional, os direitos dos pacientes e os direitos e deveres do médico.

Portanto, os resultados forneceram subsídios para fomentar novas pesquisas a fim de estimular o diálogo entre os profissionais de saúde e do judiciário para que a IPI seja efetuada de forma a gerar o menor transtorno possível para as partes envolvidas, objetivando, sobretudo, o bem estar do paciente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, Daniel Martins de e SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín.** 2009, vol.36, n.4, pp. 175-177. ISSN 0101-6083. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a08v36n4.pdf>. Acesso em: 24.Nov.2011
2. MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira e LOYOLA, Cristina Maria Douat. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 692-699. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300021>. Acesso em: 25.Nov.2011
3. TABORDA, J. G. V.; BARON, A. L. D.; NETO, L. P **Aspectos Ético-Legais nas Emergências Psiquiátricas.** In: QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI. **Emergências Psiquiátricas.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.
4. BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública** vol.29 no.2 São Paulo Apr. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013. Acesso em: 25.Nov.2011.
5. SEGRE, M.; ROSA, J. C. F.; S. **Enfoque Ético-Legal da Dependência de Drogas.** In: SEIBEL, S. D. **Dependência Química.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010. In: SEIBEL, S. D. **Dependência Química.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
6. LIMA M. A. **Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação.** In: ALVES, L. C. A.. **Ética e Psiquiatria.** 2ª ed. São Paulo: CREMESP; 2007.
7. FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.10 supl.2 Recife Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000600009&script=sci_arttext. Acesso em: 06.Jan.2012
8. KESSLER, Felix et al . Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000200005>.
9. KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 2, ago. 2008 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300003>.

10. PASSOS, Sônia R. L.; CAMACHO, Luiz A. B.. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, Feb. 1998 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000100009>
11. PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700017>.
12. BONI, R.; SAIBRO, P.; PECHANSKY, F.. **Emergência Associadas ao Álcool e a Drogas de Abuso**. In: QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI. **Emergências Psiquiátricas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.
13. ARAÚJO, M. A. P.; RIBEIRO, M. M.; SILVEIRA, D. X. In: SEIBEL, S. D. **Dependência Química**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
14. ZALESKI, Marcos et al . Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2011.
15. DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loiola, 2003.
16. FRACASSO, L. **Comunidades Terapêuticas**. In: DIEHL et. al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
17. JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p. [online] Disponível em: http://portalteses.ict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&. Acesso em: 26.Nov.2011.
18. RIBEIRO, M. **Organização de Serviços de Tratamento para a Dependência Química**. In; FIGLIE, BORR DIN & LARANJEIRA. Aconselhamento em Dependência Química, 2ª ed. São Paulo: Roca, 2010.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo

psicossocial para o licenciamento sanitário: resolução de Diretoria Colegiada RDC 101 de 30 de Maio de 2001. Brasília; 2001.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução RDC nº 29, de 30 de Julho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.** Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>. Acesso em: 02. Fev. 2012.

21. EDWARDS, G., MARSHALL, E. J., COOK, C. C. H. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais de saúde.** 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

22. FILHO, E. A; RIBEIRO, H. L; CABRAL, A. C. J. **Psiquiatria Forense Aplicada à Dependência Química.** In: DIEHL et. al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

23. SILVA, C. J. **Critérios de Diagnóstico e Classificação.** In: DIEHL et. al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ANEXO 1 – Lei Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**Presidência da República**
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO 2: Portaria n.º 2391/GM**Portaria n.º 2391/GM Em 26 de dezembro de 2002.**

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da ONU, de 17 de dezembro de 1991;

Considerando as resoluções do Seminário “Direito à Saúde Mental – regulamentação e aplicação da Lei 10.216”, realizado em 23 de novembro de 2001, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados;

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde, em articulação com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, junto ao Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça;

Considerando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde junto às instâncias municipais e estaduais do SUS, na área de Saúde Mental, resolve:

Art. 1º Determinar que os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observem o disposto nesta Portaria para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 2º. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Art. 3º Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);

- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),
- Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),
- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Art.4º Estabelecer que as internações involuntárias, referidas no art. 3.º § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, II – à Comissão referida no art. 10º.

Art. 5º Estabelecer que a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;
- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e

X - informações sobre o contexto familiar do usuário;

XI - previsão estimada do tempo de internação

Art. 6º. Estabelecer que ao Ministério Público caberá o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 7º. Determinar que, se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.

Art.8º Definir que caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário anexo, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - numeração da IPI;

II - data;

III - condições da alta;

IV - encaminhamento do paciente.

Art. 9º Estabelecer que nas internações voluntárias deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em anexo, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Art.10. Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 11. Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

Art. 12. Estabelecer que a Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.

Art. 13. Estabelecer que o Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS, listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA	
AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____ Nº _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____
2. PACIENTE	
Nome : _____	
Pai : _____	Mãe: _____
Identidade Nº: _____	Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereç: _____ tel.: _____

RG: _____ **Assinatura:** _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da
Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:

Antecedentes psiquiátricos:

Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30

<p>Médico Responsável pela Internação: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura e Carimbo com nº do CRM</p>
<p>Contexto familiar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada</p> <p>5. Dados sobre INSS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>6. Observações: _____</p> <p>_____</p>

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

<p>COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº _____</p>
<p>1. ESTABELECIMENTO</p> <p>Nome: _____ C.G.C.: _____</p>
<p>2. PACIENTE</p> <p>Nome : _____</p>

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____
UF: _____

3. ALTA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa da Alta: _____

Médico Responsável pela Alta: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade N°: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal () outros _____

5. Observações:

(timbre da instituição)

Local e data:

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA	
Nº _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

UF: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa: _____
_____Médico Responsável: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente: _____			
Grau de Parentesco: _____		Identidade N°: _____	Órgão Exp.: _____ U.F.: _____
Endereço: _____		tel.: _____	
_____ Assinatura do Responsável			

<p>4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216.</p> <p style="text-align: center;">Brasília, de de</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura ou polegar do paciente</p>
<p>5. Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>