

Data: 08/05/2014

NOTA TÉCNICA 86/2014

Dra Vanessa Verdolim Hudson Andrade
Desembargadora da 1ª Câmara Cível
TJMG

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

Nº processo 1.0338.14.003238-8/001

TEMA: Internação Compulsória de Dependentes Químicos

Sumário

1. Resumo executivo.....	2
2. Recomendação.....	2
3. Análise da solicitação.....	3
3.1. Pergunta clínica estruturada	3
3.2. Considerações Diagnosticas.....	4
3.3. CONSIDERAÇÕES DA TECNOLOGIA	4
4. CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS.....	6
5. Recomendações	7
6. Referências	8

1. RESUMO EXECUTIVO

Pergunta encaminhada

Ao Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do HC-UFMG,

Gostaria de solicitar esclarecimentos acerca da internação compulsória de usuários de drogas, se possível com menção:

- a) necessidade deste tratamento e a quem é recomendado;
- b) eficácia mesmo
- c) ao ente competente para custear o tratamento

As informações se referem ao Agravo de Instrumento n.º 1.0338.14.003238-8/001, movido pelo Município de Itaúna contra o Ministério Público.

Na oportunidade, agradeço pela atenção.

Juliana Bernardes Rosignoli

Assessora

Gabinete Des.^a Vanessa Verdolim Hudson Andrade - 1ª Câmara Cível - TJMG

2 RECOMENDAÇÕES

- ✓ Não existe protocolo único para o tratamento de dependência química: os planos terapêuticos devem ser individualizados.
- ✓ A Internação hospitalar **breve**, por poucos **dias**, com o fim de desintoxicação e/ou em situações de alto risco para o paciente ou para terceiros, é em alguns casos necessária e eficaz no tratamento da dependência química e deve estar inserida dentro de um projeto terapêutico mais amplo;
- ✓ A internação compulsória prolongada de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas não tem evidenciado bons resultados clínicos, com uma relação custo/benefício negativa. A OMS não recomenda este procedimento;

- ✓ A internação compulsória prolongada em hospitais psiquiátricos está proscrita;
- ✓ Se indicada, a internação pode ser efetuada pelo Estado, nas Unidades da rede FHEMIG abaixo citadas ou pelo município, em leitos de hospitais gerais;
- ✓ Para o tratamento de dependência química o SUS oferece, inclusive no município de Itaúna, tratamento psiquiátrico e psicológico em regime ambulatorial ou de hospital-dia em CAPS, CAPS-ad e Unidades Básicas de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde oferece ainda parcerias com ONGS e Comunidades Terapêuticas através do Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas, situado na capital, à Rua Rio de Janeiro, nº471 – 3º andar, Centro.

3 - ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

3.1 PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: Paciente com dependência química

Intervenção: Internação compulsória

Comparação: Conjunto de opções terapêuticas oferecidas pelo SUS

Desfecho: Controle das doenças

3.2 CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Dependência Química - Uso de drogas

Inúmeras são as substâncias psicoativas usadas pelo homem ao longo de sua história seja de forma recreativa, abusiva, danosa ou mesmo religiosa. Hoje no Brasil, são muitas e de diversas categorias as drogas lícitas e ilícitas usadas. Existem também diversos padrões de uso destas bem como uma ampla gama de transtornos mentais associados. Os transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas são codificados no CID 10 pelos códigos F 10 a F 19. Um terceiro e quarto dígito são usados para especificar o padrão de uso e o estado clínico. O tratamento irá depender não só da droga usada, do padrão e

tempo de uso e dependência, como também da presença de comorbidades e dos fatores socioculturais envolvidos. De uma maneira geral, a dependência química é considerada uma doença mental de caráter crônico.

3.3 CONSIDERAÇÕES DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA – INTERNAÇÃO COMPULSORIA

Em sua “História da Loucura”, o filósofo francês Michel Foucault, demonstra como a internação de doentes mentais a partir do século XVIII não surgiu com propósitos terapêuticos, mas a partir de uma ordem social e religiosa vigente que excluía todos diferentes e indesejáveis e tratava qualquer desvio como pecado a ser punido. Com a disseminação dos ideais da Revolução Francesa a liberdade foi devolvida a grande maioria dos internos. Apenas os loucos permaneceram internados. Com o surgimento da Psiquiatria, passam a ser considerados doentes e a internação em grandes manicômios teria o propósito de curá-los.

Por mais de dois séculos a internação de doentes mentais em manicômios se constituiu no principal pilar da psiquiatria. Em Minas Gerais, portadores de doenças mentais crônicas, incluindo dependentes químicos, a título de proteção para si e para terceiros, eram deixados por suas famílias em hospitais psiquiátricos públicos ou privados. Grande parte destes permanecia internada pelo resto de suas vidas em condições muitas vezes desumanas, como bem ilustra o livro reportagem “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex.

A partir da segunda metade do século XX o modelo assistencial hospitalocêntrico passa a ser questionado. Denúncias das condições precárias dos internos desencadeiam discussões. Os benefícios da internação psiquiátrica são colocados em cheque. A experiência pioneira da Psiquiatria Democrática Italiana, que abriu as portas de manicômios e demonstrou ser possível tratar os doentes mentais fora dos muros do hospital psiquiátrico, influenciou legisladores e profissionais de saúde mental do Brasil e do mundo. Fica evidente que o modelo hospitalocêntrico não só é um modelo terapêutico ineficaz como nocivo. Em novembro de 1990, organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas se reúnem na Venezuela em uma conferência para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas. **Constata-se que o hospital psiquiátrico “provoca o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira cada vez maior incapacidade para o convívio social... cria condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente.”** Documento aprovado nesta Conferência conclama ministérios da saúde e da justiça, parlamento, seguridade social, prestadores de serviços, organizações profissionais, universidades, enfim, toda a sociedade civil, a apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América. Fica claro que não

se trata apenas de melhorar os hospitais psiquiátricos, mas de reformar e reestruturar toda a lógica assistencial vigente até então.

Em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) estabelecem diretrizes para a Saúde Mental. Entre outros, determinam que "... deve se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade...todo o paciente deverá ter o direito de ser tratado em ambiente o menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo e menos intrusivo". Observam que "... a atenção baseada na comunidade tem melhor efeitos sobre os resultados e qualidade de vida das pessoas com transtorno mental crônico do que o tratamento institucional em hospitais psiquiátricos, é mais efetivo em relação ao custo e garante o respeito aos direitos humanos."

No Brasil a Reforma Psiquiátrica ganha corpo na década de 90, a partir da II Conferencia Nacional de Saúde Mental, que reafirma as propostas da "Declaração de Caracas". É consolidada em 2001, com a III Conferencia Nacional de Saúde Mental e, principalmente, com a aprovação **da lei federal 10.216** (Lei "Paulo Delgado"), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. A partir de então, o Ministério da Saúde publica uma série de portarias para criação e regulamentação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se destinam a tratar, cuidar e promover a integração social de portadores de transtornos mentais graves. Inclui-se a criação de CAPS específicos para o acolhimento e tratamento de dependentes de álcool e outras drogas, os denominados *CAPS-ad*.

Minas Gerais se destaca no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir de 1991 é realizada intervenções em hospitais psiquiátricos de longa permanência com objetivo de iniciar processo de desinstitucionalização e promover, na medida do possível, a reinserção social dos internos. Em 1995 foi aprovada a **Lei Estadual 11.802** ("Lei Carlão") que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mentais substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária. Por todo estado, são criados pelo SUS Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e outros dispositivos de acolhimento e tratamento de portadores de sofrimento mental construídos dentro nova lógica assistencial preconizada pela OMS e pela OPAS. Leitos para internação são progressivamente desativados.

Na última década, contudo, questões acerca do tratamento da drogadição, principalmente no que se refere a internação compulsória de dependentes químicos, volta a ser alvo de acalorados debates no país, não havendo ainda consenso a este respeito no Brasil.

A OMS critica duramente a internação compulsória e recomenda claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários

com características voluntárias. As internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e, mesmo assim, respeitando os direitos humanos previstos na legislação internacional. A OMS recomenda também a adoção dos princípios da Redução de Danos na abordagem da dependência química.

Entende-se por redução de danos um conjunto de políticas e práticas em saúde pública que visa prevenir possíveis consequências adversas do consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente interromper o uso ou interferir na oferta, buscando a inclusão social e a promoção da cidadania das pessoas que usam drogas.

A redução de danos é a política oficial de enfrentamento às drogas em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Mas, paradoxalmente, se por um lado o Ministério da Saúde adota os princípios da redução de danos por outro vem fazendo parcerias com Comunidades Terapêuticas que não seguem este princípio.

4 - CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Dependentes químicos necessitam de cuidados clínicos e psicológicos contínuos em longo prazo. Não existe protocolo único. E nem sempre uma abstinência temporária de drogas por motivos alheios à vontade do paciente é sinônimo de tratamento efetivo. Portanto, o projeto terapêutico deve obrigatoriamente ser individualizado. Assim como portadores de outros transtornos mentais, um indivíduo não deve em hipótese alguma sofrer qualquer tipo de preconceito ou estigma por ser um usuário de drogas. A intensidade e o tipo de tratamento indicado variam de caso a caso e ao longo do tempo.

Internação hospitalar por poucos dias, preferencialmente em hospitais gerais, como parte de um plano global de tratamento, está indicada para desintoxicação e deve obrigatoriamente ser seguida por outras modalidades de tratamento como: programas de recuperação em Comunidades Terapêuticas, Hospitais-dia, Residências Terapêuticas, tratamentos psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial e assistência aos familiares.

Internações hospitalares prolongadas estão proscritas conforme acima explicitado.

A internação compulsória para programas de recuperação cuja duração varia de 6 a 12 meses (como aqueles das Comunidades Terapêuticas), **não tem evidenciado bons resultados**, sendo seguida por alto índice de recaídas e com uma relação custo/benefício negativa. **A OMS não recomenda este tipo de intervenção.** Diretrizes do NICE (National Institute for Health and

Clinical Excellence, do Reino Unido) recomendam que **dependentes químicos devam ter participação ativa e informada no que se refere aos seus cuidados de saúde**. Ressalta ainda que, no que se refere ao seu tratamento, usuários de drogas devem receber o mesmo cuidado, respeito e privacidade que qualquer outra pessoa.

- O SUS oferece internação psiquiátrica para tratamento de dependência química na rede FHEMIG (Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso).
- Alguns municípios oferecem a possibilidade de internação em hospitais gerais.
- A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais estabelece convênios com diversas Comunidades Terapêuticas.
- Municípios devem oferecer tratamento psiquiátrico e psicológico em regime de permanência-dia nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas) e em regime ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde.
- Existem ainda diversas ONGS como, por exemplo, o grupo “Amor Exigente” e o “Nar-anon”, que prestam gratuitamente suporte a familiares de dependentes químicos.

5 RECOMENDAÇÕES

- ✓ Não existe protocolo único para o tratamento de dependência química: os planos terapêuticos devem ser individualizados.
- ✓ A Internação hospitalar **breve**, por poucos **dias**, com o fim de desintoxicação e/ou em situações de alto risco para o paciente ou para terceiros, é em alguns casos necessária e eficaz no tratamento da dependência química e deve estar inserida dentro de um projeto terapêutico mais amplo;
- ✓ A internação compulsória prolongada de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas não tem evidenciado bons resultados clínicos, com uma relação custo/benefício negativa. A OMS não recomenda este procedimento;
- ✓ A internação compulsória prolongada em hospitais psiquiátricos está proscrita;

- ✓ Se indicada, a internação pode ser efetuada pelo Estado, nas Unidades da rede FHEMIG acima citadas ou pelo município, em leitos de hospitais gerais;
- ✓ Para o tratamento de dependência química o SUS oferece, inclusive no município de Itaúna, tratamento psiquiátrico e psicológico em regime ambulatorial ou de hospital-dia em CAPS, CAPS-ad e Unidades Básicas de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde oferece ainda parcerias com ONGS e Comunidades Terapêuticas através do Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas, situado na capital, à Rua Rio de Janeiro, nº471 – 3º andar, Centro.

6 - REFERÊNCIAS

1. Daniela Arbex: **“Holocausto Brasileiro”**; Geração Editorial, 2013
2. **“Declaração de Caracas”** - Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, Caracas, Nov/1990
3. Foucault, Michel: **“História da Loucura”**, Editora Perspectiva, 2ª edição, fev/1987: Copyright Éditions Gallimard, 1972
4. Hartwell K. & Brady, K: **“Clinical management of substance dependence across the continuum of care”** disponível em www.uptodate.com Literature Review; nov/2013;
5. **Lei Estadual/MG nº11.802** de 18 de janeiro de 1995
6. **Lei Federal do Brasil 10.216** de 6 de abril de 2001.
7. Ministério de Saúde: **“A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas”** Serie B: Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2003
8. Ministério da Saúde, **Portaria 3088 de dezembro de 2011**
9. Ministério da Saúde, Portaria nº1.028 de 1º de julho de 2005
10. Ministério da Saúde, **Portaria 336 de fevereiro de 2002**
11. Ministério da Saúde: **“Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”** – Brasília, Nov/2005
12. NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence: **“Drug misuse: psychosocial interventions”** Nice Clinical Guidelines 51 ; issued July 2007; last updated: 2012
13. Organização Mundial de Saúde: **“Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10”** Ed Artes Medicas, Porto Alegre, 1993.
14. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde/Brasil: **Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre a internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas** 08 de março de 2013, disponível em: <http://www.paho.org/http://>,
15. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: **“A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: modelo assistencial e direito a cidadania”**, Brasília, 1992
16. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: **“Cuidar sim, excluir não”**, Brasília, 2001
17. Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001: **“Saúde Mental, nova concepção, nova esperança”**; Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2001
18. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: **“Atenção em Saúde Mental (Linha-guia)”** Belo Horizonte, 2007
19. World Health Organization: **“Principles of Drug Dependence Treatment”**. Discussion paper, March/2008, disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications