

I - Informações sobre a enfermidade ou problema de saúde, por meio de apresentação da linha terapêutica padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para patologia correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID) que acomete o requerente da ação judicial;

Segunda consta nos autos, a requerente da ação judicial é genitora do requerido, de 26 anos de idade, nascido em 11/04/1994, usuário de substâncias psicoativas e álcool. Não foi apresentado CID 10.

Requer a internação compulsória do requerido a fim de realizar tratamento de desintoxicação e recuperação de toxicômanos, seja na rede pública ou particular.

Um dos pontos da nova política nacional de saúde mental é a expansão dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à resinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem nas ruas.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. De imediato, o Ministério da Saúde passa a financiar mais 140 leitos em hospitais gerais, sendo que a partir de agora será exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em enfermarias especializadas, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em hospitais gerais, dentro de unidades especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações breves indicadas em casos agudos. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal que não entende esses serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. O Ministério está buscando corrigir este déficit.

Sobre as comunidades terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços. O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades.

No início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD No 1/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país. Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas na Resolução do CONAD:

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;

- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Estratégias de tratamento não devem se basear apenas em Redução de Danos, mas também em ações de Promoção de Abstinência, Suporte Social e Promoção da Saúde;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral;
- Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades, e complexidade de seu caso clínico. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (Thornicroft & Tansella, 2008).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. Assim sendo, não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. Ou atentar para como organizamos outras áreas da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como cardiologia, ortopedia ou oncologia. Os Serviços devem, sim, seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseado em evidências. Devem as três esferas de Governo atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados. **(Política Nacional de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>).**

II – Tratamentos possíveis e tratamentos realizados.

Não há relato de tratamento anterior realizado.

O tratamento dependerá não só da droga usada, do padrão, 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.

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, CAPS AD, tratamentos psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial e assistência aos familiares. Internações hospitalares prolongadas não devem ser utilizadas, 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.

III – Informações sobre o(s) medicamento (s), exame(s), ou procedimento(s) solicitado(s), especialmente sua indicação terapêutica, eficácia, se tem caráter experimental, efeitos adversos e imprescindibilidade no tratamento da patologia e se é a única opção.

A questão da **internação de pacientes usuários ou dependentes de drogas** é regida pela Lei 13.840, de 5 de junho de 2019. Seção IV – Do Tratamento do Usuário ou Dependente de Drogas.

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

- I. articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;
- II. orientar-se por protocolos técnicos pre definidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;
- III. preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado;
- IV. acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada.

§ 1º Caberá à União dispor sobre os protocolos técnicos de tratamento, em âmbito nacional.

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e **deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado** onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

- I. internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;
- II. internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança

pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 4º A internação voluntária:

- I. deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento;
- II. seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 5º A internação involuntária:

- I. deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;
- II. será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;
- III. perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;
- IV. a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.

§ 8º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema referido no § 7º e o acesso será permitido apenas às pessoas autorizadas a conhecê-las, sob pena de responsabilidade.

§ 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

§ 10. O planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 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.

IV – Tratando-se de medicamento, deverá referir-se também a classe medicamentosa do fármaco e seu registro na ANVISA.

Não se aplica.

V - Se há risco iminente à vida do paciente;

Não há risco iminente à vida do paciente. Os riscos são os mesmos a que todos os doentes psiquiátricos estão expostos, inerentes ao quadro clínico.

VI – Se o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde local ou se a procurou anteriormente.

O paciente está sendo atendido pela rede pública.

VII – Se o pedido do autor é disponibilizado pelo SUS, em qualquer esfera, considerando especialmente, no caso de fármacos, os Programas de Medicamentos do SUS e seus Protocolos Clínicos e a eficácia dos remédios disponibilizados na rede pública.

A internação psiquiátrica é padronizada pelo SUS.

VIII – Indicar, quando possível, qual o ente público responsável pelo atendimento do paciente, segundo as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), detalhando o porquê dessa responsabilidade.

O Município de Jardim - MS e seus parceiros na PPI são os responsáveis pelo

atendimento do pedido.

Da competência e das Atribuições no SUS

A **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, da Presidência da República**, “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

No seu CAPÍTULO IV = **Da competência e das Atribuições**, Seção II = Da competência, são tratados, nos seus Artigos 16, 17 e 18, **as competências da direção nacional, da direção estadual e da direção municipal**, respectivamente, todos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o SUS criou, entre outros princípios e diretrizes, a diretriz da hierarquização a qual segmentou o sistema de saúde em níveis de complexidade. Os principais objetivos foram aumentar a abrangência do atendimento médico, otimizar sua prática e proporcionar qualidade aos usuários, além de reduzir os custos para o Estado. O modelo foi bem estruturado e beneficiou enormemente a saúde pública, mas ainda enfrenta desafios como os altos custos, a ineficácia da atenção básica, a heterogeneidade do serviço e as dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção. Estes estão em constante aprimoramento para que o SUS funcione efetivamente e garanta saúde e qualidade de vida a todos os brasileiros.

Para se efetivar a descentralização, a **União distribuiu responsabilidades entre os entes federativos, e, estes, por sua vez, aos municípios, culminando com a prática da Programação Pactuada e Integrada – PPI**, que é um processo instituído no âmbito do SUS, onde, em consonância com o planejamento em saúde, são definidas e quantificadas as ações para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A PPI foi recepcionada pela Norma Operacional Básica 1996 (NOB 1996) para **ampliar o acesso, construir as redes regionais e orientar as programações pactuadas e integradas**, tudo definido pela PORTARIA GM 1097 de 22 de maio de 2006, **onde os diversos atores se complementam no cumprimento de seus deveres junto ao cidadão, sendo o município, sempre, o principal responsável**, uma vez que todas as medidas iniciais ou terminais em relação ao paciente são de sua competência, seja por meio de recursos próprios, ou do seu parceiro na PPI, ou da participação da gestão estadual.

IX - Sugerir medicamentos ou tratamentos similares ao requerido, preferencialmente existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) obrigatoriamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de comprovada e equiparada eficiência ao requisitado judicialmente, com a mesma comodidade de uso e comparação de custo orçamentário;

Não se aplica.

X - Em caso de pedido de medicamento genérico, observar se a prescrição utilizou-se da legislação vigente e se existe possibilidade de substituição;

Não se aplica.

XI – Conclusão favorável ou desfavorável ao pedido, expondo de forma minuciosa os motivos que levaram a decisão.

Considerando que o requerido apresenta atendimento atual pela rede pública;

Considerando que foi apresentado laudo médico atual solicitando a internação compulsória do requerido;

Considerando que não há informação se a demanda foi inserida no SISREG;

Considerando que o agendamento de consultas, cirurgias, exames e outros procedimentos é fundamental para que a gestão pública possa realizar a disciplina e ordenamento das solicitações frente à demanda existente, em conformidade com a Lei

Nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), cujos princípios são os de universalidade, integralidade e equidade;

Considerando que a internação psiquiátrica segue critérios próprios junto ao Judiciário;

Considerando que a LEI Nº 10.216, de 06 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, e que nos artigos 4º e 6º da mesma é imperiosa a indicação médica para o ato solicitado;

Em razão do exposto este Núcleo de Apoio Técnico é de parecer favorável ao pedido de internação compulsória, na rede pública de saúde e que a solicitação da demanda seja inserida no SISREG.