Data: 10/02/2014

NOTA TÉCNICA 26/2014

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	**X**

Dr JOSÉ CARLOS DE MATOS
Juiz de Direito
Comarca de João Monlevade - MG

TEMA: INTERNAÇÕES PSIQUIATRICAS

Sumário

1. Resumo executivo 2
2 Recomendação 3
3 Análise da solicitação 4
3.1. Pergunta clínica estruturada 4
3.2. Contexto(1) 4
3.3. Considerações Terapeuticas 5
3.4 DESCRIÇÃO DAS TECNOLOGIAS A SEREM AVALIADAS **..... 6**
4. Recomendações 9
5. Referências 10

1. RESUMO EXECUTIVO

Pergunta encaminhada

Prezado colaborador,

Trata-se de medida de proteção em favor do menor R., autos nº 0362.11.006117-7.

Segundo relatório médico, o menor é portador de quadro no CID 10 F. 07-8 - transtorno de funcionalidade de comportamento decorrente de doença ou disfunção cerebral - epilepsia + F 71. Retardo mental moderado. Apresenta desde a primeira infância episódios de hetero e auto-agressividade com tentativas de auto-extermínio. Segundo consta, apesar do tratamento ambulatorial intensivo, não tem havido remissão dos sintomas. Solicitamos, portanto, que seja internado para melhor condução de seu tratamento.

Tendo em vista o convênio celebrado entre o TJMG e o Estado de Minas Gerais, o que levou a celebração de parceria com o Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde - NATS, ligado à FUNDEP, solicito que informe qual é o ente público, dentro da divisão estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, responsável pela internação e tratamento do menor.

Att.,

JOSÉ CARLOS DE MATOS
Juiz de Direito

2 RECOMENDAÇÕES

- ✓ **A internação psiquiátrica do menor está formalmente contraindicada. U**ma vez que, além de não contribuir para tratamento efetivo de sua doença mental , tem forte poder iatrogênico: ao afasta-lo do convívio com sua família e comunidade, a internação inviabiliza um dos objetivos principais do tratamento do deficiente mental, qual seja, o desenvolvimento de habilidades sociais. Também não permite a família e comunidade aprender a conviver com as diferenças e a lidar com as necessidades especiais deste menor, condenando-o a uma impossibilidade definitiva de convívio social e impedindo desenvolvimento de qualquer outra habilidade pessoal.

- ✓ O SUS de Minas Gerais, com respaldo da OMS, da OPAS, de leis federal e estadual e de diretrizes do Ministério da Saúde não oferece esta modalidade de tratamento;

- ✓ Há na região do Médio Piracicaba um Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi) na cidade de Itabira que oferece os recursos terapêuticos definidos pela portaria 3088/11 do Ministério da Saúde;

- ✓ O estado oferece ainda no CEPAI (Centro Psíquico da Adolescência e Infância) atendimento de urgência em psiquiatria e serviços de atendimento a crise psíquica na modalidade de permanência-dia e leito-crise com alojamento conjunto. O corpo clinico do CEPAI é composto por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeuta e neurologista. O CEPAI é uma unidade da rede FHEMIG, referencia de saúde mental da infância e adolescência para todo estado de Minas Gerais, localizada em Belo Horizonte.

- ✓ **Para tratamento de sintomas psiquiátricos agudos da deficiência mental é fundamental um bom controle da epilepsia;**

- ✓ Para o tratamento da epilepsia, o SUS oferece atendimento ambulatorial em pediatria e em neurologia infantil e uma ampla gama de drogas anticonvulsivantes. Caso necessária internação para tratamento de complicações neurológicas **da epilepsia** são oferecidos leitos em enfermarias ou mesmo CTI em diversos hospitais gerais da rede SUS.

3 - ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

3.1 PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: Paciente menor com retardo mental e episódios de agressividade
Intervenção: Internação compulsória
Comparação: Conjunto de opções terapêuticas oferecidas pelo SUS
Desfecho: Controle das doenças

3.2 CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

O Retardo Mental ou deficiência mental ou Oligofrenia é descrito na 10ª edição Código Internacional de Doenças da OMS (CID 10) com os códigos de **F 70 a F 79,** sendo que o código **F 71** refere-se a retardo mental moderado. É uma condição de desenvolvimento mental interrompido ou incompleto da mente, caracterizando-se por comprometimento de aptidões cognitivas, de linguagem, motoras ou sociais. Trata-se de transtorno mental de causas muito variadas (genéticas, congênitas, metabólicas, traumáticas ou infecciosas), que atinge o paciente desde a mais tenra idade ou mesmo a partir do nascimento, afetando todo seu posterior desenvolvimento intelectual. Estima-se que de 30 a 70% dos portadores de deficiência mental têm outro transtorno mental associado, como psicoses, hiperatividade, depressão ou ansiedade. Além

disso, em alguns momentos de suas vidas os deficientes mentais apresentam sintomas psiquiátricos isolados e inespecíficos, muito frequentemente reativos a algum outro agravo a saúde, a perdas ou mesmo a pequenos incômodos ambientais. Dentre estes sintomas são frequentes a irritabilidade, labilidade emocional, agitação psicomotora, agressividade e comportamentos explosivos.

A Epilepsia (CID 10 G 40) Epilepsia é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias e caracterizada pela recorrência de crises convulsivas não induzidas. Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado.

3.3 CONSIDERAÇÕES TERAPEUTICAS

O Retardo Mental é uma doença crônica, para a qual não existe um tratamento específico e nem possibilidade de cura. Desta forma, não se trata a deficiência mental em si. Pode-se tratar ainda na infância uma possível causa de deficiência mental, desde que detectada precocemente, a fim de minimizar suas consequências futuras. É possível também tratar transtornos mentais ou sintomas psiquiátricos associados com psicofármacos específicos e abordagens psicológicas.

O objetivo final do tratamento do portador de deficiência mental é melhorar sua qualidade de vida e possibilitar o melhor desenvolvimento possível de habilidades pessoais e sociais. Desta maneira, os recursos farmacológicos, apesar de importantes no controle de sintomas psiquiátrico agudos, não são o bastante. É necessária uma abordagem multiprofissional e multissetorial, que inclua orientações e suporte psicológico a familiares e integração entre os serviços de saúde e serviços educacionais.

A epilepsia é tratada com drogas anticonvulsivantes, existindo hoje uma ampla gama de medicamentos deste tipo disponíveis no país, a maior parte deles disponibilizados pelo SUS, seja nas Unidades Municipais de Saúde, seja pela

Secretaria Estadual de Saúde, através do Programa de Tratamento da Epilepsia Refratária do Ministério da Saúde.

É frequente a **associação entre Retardo Mental e Epilepsia**. Observa-se que a ocorrência de crises convulsivas frequentes agrava ou mesmo desencadeia estados de agitação psicomotora em portadores de retardo mental. Assim, nestes casos, o bom controle das crises convulsivas é essencial para o tratamento dos sintomas psiquiátricos.

3.4 DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA

Internação Psiquiatrica

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 permanecem 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, ainda criança, portadores de doenças mentais crônicas, **como o retardo mental,** 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. Denuncias 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 hospitalocentrico 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 conferencia 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 Conferencia 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.

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, 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.

Atualmente não existem mais em Minas Gerais leitos para internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos públicos. É dentro da lógica de serviços abertos, comunitários e descentralizados que o SUS deve organizar sua rede de assistência a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Municípios (ou consórcios de municípios) devem oferecer a sua população Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), com parâmetro de 1:150.000 hab, centros estes que deverão contar com equipe multidisciplinar e estar capacitados a realizar atendimento de menores com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido pela portaria 336/2002 do Ministério da Saúde. A Assistência prestada aos pacientes no CAPSi deve incluir a possibilidade de permanência-dia em um ou dois turnos, atendimento médico e psicoterápico individual, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos e orientação à família, atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na comunidade e quaisquer outras formas de inserção social, com

desenvolvimento de ações intersetoriais. Os municípios devem garantir o acesso dos pacientes a estes serviços. Interconsultas em outras especialidades médicas devem ser garantidas em caso de comorbidades, bem como o tratamento específico destas.

4 RECOMENDAÇÕES

- ✓ **A internação psiquiátrica do menor está formalmente contraindicada. U**ma vez que, além de não contribuir para tratamento efetivo de sua doença mental, tem forte poder iatrogênico: ao afasta-lo do convívio com sua família e comunidade a internação inviabiliza um dos objetivos principais do tratamento do deficiente mental, qual seja, o desenvolvimento de habilidades sociais. Também não permite a família e comunidade aprender a conviver com as diferenças e a lidar com as necessidades especiais deste menor, condenando-o a uma impossibilidade definitiva de convívio social e impedindo desenvolvimento de qualquer outra habilidade pessoal.

- ✓ O SUS de Minas Gerais, com respaldo da OMS, da OPAS, de leis federal e estadual e de diretrizes do Ministério da Saúde não oferece esta modalidade de tratamento;

- ✓ Há na região do Médio Piracicaba um Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi) na cidade de Itabira que deve oferecer os recursos terapêuticos definidos pela portaria 3088/11 do Ministério da Saúde;

- ✓ O estado oferece ainda no CEPAI (Centro Psíquico da Adolescência e Infância) atendimento de urgência em psiquiatria e serviços de atendimento a crise psíquica na modalidade de permanência-dia e leito-crise com alojamento conjunto. O corpo clinico do CEPAI é composto por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeuta e neurologista. O CEPAI é uma unidade da rede FHEMIG, referencia de saúde mental da infância e adolescência para todo estado de Minas Gerais, localizada em Belo Horizonte.

- ✓ **Para tratamento de sintomas psiquiátricos agudos da deficiência mental é fundamental um bom controle da epilepsia;**

- ✓ Para o tratamento da epilepsia, o SUS oferece atendimento ambulatorial em pediatria e em neurologia infantil e uma ampla gama de drogas anticonvulsivantes. Caso necessária internação para tratamento de complicações neurológicas **da epilepsia** são oferecidos leitos em enfermarias ou mesmo CTI em diversos hospitais gerais da rede SUS.

REFERÊNCIAS

1-Daniela Arbex: "**Holocausto Brasileiro**"; Geração Editorial, 2013

2**-"Declaração de Caracas"** - Conferencia Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, Caracas, Nov/1990

3- Foucault, Michel: **"História da Loucura"**, Editora Perspectiva, 2ªedição, fev/1987: Copyright Éditions Gallimard, 1972

4**- Lei Estadual/MG nº11.802** de 18 de janeiro de 1995

5- **Lei Federal do Brasil 10.216** de 6 de abril de 2001

6-Ministério da Saúde, **Portaria 3088 de dezembro de 2011**

7- Ministério da Saúde, **Portaria 336 de fevereiro de 2002**

8-Ministério da Saúde: "**Reforma Psiquiatrica e política de saúde mental no Brasil"** – Brasília, Nov/2005

9-Pivallizza, Penelope: **“Intellectual disability (mental retardation) in children: Management; outcomes; and prevention”;** disponivel em www.uptodate.com; Literature review current through**:** Jan 2014. | This topic last updated: Fev 5, 2013

10- Relatório Final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental: **“A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: modelo assistencial e direito a cidadania”,** Brasília, 1992

11- Relatório Final da 3ª Conferencia Nacional de Saúde Mental: **“Cuidar sim, excluir não”,** Brasília, 2001

12- 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

13-Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: **“Atenção em Saúde Mental** (Linha-guia**)”** Belo Horizonte, 2007