

O Internamento e o Tratamento Involuntários na União Europeia¹

Diana Correia², Fernando Almeida³

RESUMO

O internamento e o tratamento involuntários de doentes mentais são questões centrais nos cuidados de saúde mental. Nesta revisão da literatura os autores discutem os dados epidemiológicos disponíveis focando os indicadores major como as taxas nacionais; e analisam, posteriormente, as principais características das diferentes leis sobre o internamento e tratamento compulsivos nos 15 países da União Europeia (UE). As regras e os regulamentos para o tratamento ou internamento involuntários de pessoas com doença mental ainda diferem notavelmente nos países estudados. As frequências totais de internamentos e taxas de internamentos compulsivos variam extremamente na UE. As variações sugerem a influência das diferenças nos enquadramentos ou procedimentos legais. A comparação das séries temporais sugere uma tendência geral para quotas mais ou menos estáveis na maioria dos Estados-Membros.

Conclui-se, assim, que existe uma forte necessidade para investigação futura neste campo. Reportar de forma padronizada uma série de dados básicos sobre os internamentos compulsivos parece ser fundamental para a avaliação e melhoria das políticas nacionais, bem como a nível europeu.

Palavras-chave: internamento compulsivo, internamento involuntário, União Europeia, legislação

¹ Toda a correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para dicorreia@gmail.com.

² Interna de Psiquiatria do Hospital de Magalhães Lemos.

³ Psiquiatra e Professor Universitário (ISMAI/ICBAS).

ABSTRACT

The involuntary placement and involuntary treatment of mentally ill patients are central issues in mental health care.

Rules and regulations for involuntary placement or treatment of mentally ill persons still differ remarkably internationally. Total frequencies of admission and compulsory admission rates vary remarkably across the EU. Variation hints at the influence of differences in legal frameworks or procedures. Time series suggest an overall tendency towards more or less stable quotas in most member states.

We conclude that there is a strong need for further research in this field. Internationally standardized and annually updated involuntary placement rates on a national level, detailing a number of basic items, are fundamental to the evaluation and improvement of national as well as Europe-wide policies.

Key words: compulsory admission, involuntary admission, European Union, legislation

INTRODUÇÃO

O internamento e o tratamento involuntário de doentes mentais são questões centrais nos cuidados de saúde mental. O seu enorme impacto sobre a liberdade e a independência das pessoas em causa tem feito com que sejam tema de debates legais e éticos controversos há mais de 100 anos.

Assim, nos séculos 19 e 20 foram desenvolvidas diferentes abordagens para regulamentar a aplicação de medidas coercivas na Europa e em todo o mundo que dependem de uma variedade de tradições culturais ou jurídicas, bem como dos diferentes conceitos e estruturas de prestação de cuidados de saúde mental.

A aplicação de medidas coercivas em cuidados de saúde mental tem que equilibrar três interesses diferentes e muitas vezes controversos (Salize, Dressing & Peitz, 2002), nomeadamente: os direitos humanos básicos; a segurança pública; e a necessidade de tratamento dos doentes em causa.

As taxas de internamento ou tratamento involuntário de pessoas com doença mental são consideradas um indicador das características subjacentes das leis nacionais de cuidados de saúde mental ou de outros quadros jurídicos. Infelizmente, apesar do crescimento internacional do debate sobre a lei de saúde mental, dados robustos sobre a prática internacional do internamento compulsivo são ainda escassos (Salize & Dressing, 2004).

Num contexto de insuficiência de dados confiáveis, as mais importantes fontes oficiais são um relatório preliminar financiado pela Comissão Europeia e os relatórios nacionais de saúde ou de agências de estatística (Stefano & Ducci, 2008).

O objetivo deste artigo é discutir os dados epidemiológicos disponíveis sobre o internamento compulsivo focando, primeiro, os indicadores major como as taxas nacionais, e posteriormente, analisando as principais características das diferentes leis sobre o internamento e o tratamento compulsivos nos 15 países da União Europeia (UE).

DADOS RECENTES

A Comissão Europeia financiou um estudo, entre Novembro de 2000 a Janeiro de 2002, *com o objetivo de recolher e analisar* a informação sobre as diferenças ou

semelhanças dos enquadramentos legais para o internamento ou tratamento compulsivos de doentes mentais em todos os estados membros da UE, e sobre as taxas de internamento involuntário em instituições psiquiátricas. O trabalho denominado, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States* (Salize et al., 2002) , - considera que, por definição, o internamento ou tratamento compulsivo excluiu qualquer aspecto do internamento ou tratamento de doentes mentais infractores ou qualquer outro aspecto da psiquiatria forense (Salize & Dressing, 2004).

Frequências de internamento compulsivo - quotas e taxas

Considerando que as frequências totais de internamentos compulsivos anuais de doentes mentais diferem enormemente de acordo com as diferentes populações dos estados-membros da UE, as taxas de internamento compulsivo (internamentos anuais por 100.000 habitantes) também variam consideravelmente, variando de meros 6 por 100.000 habitantes em Portugal para 218 na Finlândia, em 2000 (ver Tabela 1).

As quotas de internamento compulsivo (percentagem de internamentos compulsivos em todos os episódios de internamentos psiquiátricos anuais), as quais são mais adequadas para comparar indicadores entre países, também exibem uma variedade em todos os Estados-Membros, por exemplo: de 3,2% (2000) em Portugal a 30% (1998) na Suécia. A comparação das séries temporais de quotas de internamento compulsivo durante a última década revelou um padrão um pouco mais homogéneo, sugerindo uma tendência geral em direcção a quotas mais ou menos estáveis na maioria dos Estados-Membros (Salize et al., 2002).

Tabela 1

Taxas de internamentos compulsivos por doença mental nos países da EU (Salize & Dressing, 2004; Stefano & Ducci, 2008; Priebe et al, 2008; Guaiana & Barbui, 2004).

País	Ano	Internamentos compulsivos		
		N	% do total de internamentos	Por 100 000 população

Áustria	1999	14122	18	175
	2005			228
Bélgica ¹	1998	4799	5.8	47
Dinamarca	2000 ¹	1792	4.6	34
	2006			57.8
Finlândia	2000	11270	21.6	218
França	1999	61063	12.5	11
Alemanha	2000 ²	163551	17.7	175
	2006			237.2
Grécia		Não disponível	Não disponível	Não disponível
Irlanda	1999	2729	10.9	74
	2006			54.8
Itália	1997		10.6	
	2006 ³			21.91
Luxemburgo	2000	396		93
Holanda	1999	7000 ⁴	13.2	44
	2005 ⁵			13.7
Portugal	2000	618	3.2	6
	2002	875	5.2	
	2005		7.4	
Espanha	2006			47.6
Suécia	1998	10104	30 ⁶	114
Reino-Unido ⁷	1998	46300		93
	1999	23822	13.5	48
	2005			50.8

1. Apenas estado na admissão; não considerado o número de mudanças do regime voluntário para o involuntário durante o mesmo episódio de internamento de um doente.

2. Aplicações legais por ano (dos quais cerca de 90% resultam em internamentos compulsivos reais); internamentos por 100 000 referem-se a 1988, a percentagem de todos os episódios de internamento a 1999.

3. Apenas para as regiões de Lazio e Lombardia (população total de 16 milhões, ou cerca de 27% da população nacional).
4. Número de decisões judiciais sobre internamento compulsivo.
5. Referente a instituições de internamentos compulsivos de urgência, por curto prazo.
6. Para o ano de 1997.
7. Dados apenas para a Inglaterra; 1998 inclui internamentos compulsivos bem como doentes internados compulsivamente depois de terem sido admitidos voluntariamente, 1999 inclui apenas internamentos compulsivos.

Caso particular de Portugal

Em Portugal, a última lei que regulamenta o internamento compulsivo vigora desde 1999 (Lei 36/98 de 24 de Julho) e configura esta medida como um internamento por decisão judicial, à semelhança de outros países europeus.

Em 2004, Loureiro estudou os doentes internados compulsivamente no Hospital Sobral Cid, no Hospital Psiquiátrico do Lorvão e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, de 1 de Janeiro de 1999 a 31 de Dezembro de 2003, tendo verificado que, nesse período, e relativamente ao número global de internamentos, o número de internamentos compulsivos foi de 2.1% (Loureiro et al, 2004).

Em 2007, Almeida e colaboradores (2008) estudaram múltiplos aspectos relativos aos internamentos compulsivos ocorridos no Hospital de Magalhães Lemos (HML), entre 1999 e 2007. Neste estudo verificou-se que o número e a percentagem de internamentos compulsivos no HML têm vindo a crescer progressivamente, tendo sido em 1999, 23 e 1.5%, respectivamente, aumentando ao longo dos anos para 225 e 7.2% em 2007. Compararam estes valores com os do Hospital Júlio de Matos (HJM), constatando que no HJM a percentagem de internamentos compulsivos é bem mais significativa: em 1999 houve 94 internamentos compulsivos (5.53%), números que aumentaram gradualmente até 268 (15.31%) em Outubro de 2007.

O número de doentes internados compulsivamente em Portugal tem sido crescente desde 1999 – 513 (2.8% - percentagem do total de internamentos psiquiátricos em Portugal), 2000 – 618 (3.2%), 2001 – 874 (4.98%), situando-se em

2008 em cerca de 9-10% do total dos doentes psiquiátricos internados – não existem, ainda, dados oficiais posteriores a 2001 mas a percentagem equacionada (9-10%) está muito próximo do que as estatísticas oficiais demonstrarão relativamente a todo o território nacional (Almeida et al, 2008).

Apesar de existir uma tendência para o aumento progressivo dos internamentos psiquiátricos compulsivos, verifica-se que, em relação à média europeia, Portugal é um dos países que apresenta a média mais baixa de internamentos psiquiátricos compulsivos. Isto poderá ser explicado pelo facto de Portugal ser o país da Europa com aplicação mais recente da legislação referente ao internamento compulsivo (Loureiro et al, 2004).

Legislações

Na Europa, uma pluralidade de sistemas regula o internamento compulsivo, o que corresponde a vários modelos baseados em diferentes contextos históricos e culturais. A maioria dos estados-membros regulamenta o internamento compulsivo de doentes mentais por meio de leis de saúde especiais. Apenas a Grécia, a Itália e a Espanha não o fazem, em conformidade com as suas Constituições e com os seus princípios de direitos humanos. Uma das principais razões para não usar leis de saúde mental separadas nestes países é evitar os efeitos da estigmatização social (Stefano & Ducci, 2008).

Segundo Talina (2004), que concebe as leis como ocupando posições num *continuum* entre dois pólos, um pólo judicializante e um pólo sanitarista ou técnico-administrativo, verifica-se que cada país fez opções próprias. Próximo do pólo judicializante colocam-se as legislações de maior pendor garantista dos direitos e liberdades individuais, do outro pólo colocam-se legislações que tendem a considerar o internamento compulsivo como um tipo de intervenção terapêutica e tutelar. Consoante a legislação se aproxima mais de um ou outro pólo, assim diferem os procedimentos e as implicações para os serviços e para os doentes. Nas legislações judicializantes, as entidades judiciais têm um papel de maior relevância e a perigosidade do doente é um fundamento essencial. Nas legislações sanitaristas, são os técnicos e as entidades administrativas que têm maior peso e o estado do doente é a preocupação predominante.

Critérios legais para o internamento compulsivo

As leis de todos os estados-membros referem que o internamento compulsivo de um doente mental é legalmente permitido apenas quando outras alternativas menos restritivas possam não ser suficientes ou estar disponíveis. Apenas as leis da França e da Espanha não formulam explicitamente essa estipulação (Salize et al, 2002). A doença mental é sempre um critério necessário, mas não necessariamente suficiente para o internamento compulsivo (Stefano & Ducci, 2008).

Os critérios legais de qualificação de uma pessoa para o internamento compulsivo num serviço de psiquiatria diferem muito entre os estados-membros. Para uma visão global, esses critérios podem ser categorizados em três grupos, proporcionando provavelmente a distinção mais importante para a caracterização da abordagem legal de um estado-membro em relação ao internamento ou tratamento compulsivos de doentes mentais. Uma ameaça séria de danos para a própria pessoa e/ou para os outros ("critério de perigosidade") é um pré-requisito essencial para o internamento compulsivo na Áustria, na Bélgica, na França, na Alemanha, no Luxemburgo e na Holanda. Para outro grupo de Estados-Membros, incluindo a Itália, a Espanha e a Suécia, uma necessidade definitiva para o tratamento psiquiátrico é o critério crucial de qualificação de uma pessoa para o internamento compulsivo, no caso de o doente não aderir ("critério de necessidade para o tratamento"). Na Dinamarca, na Finlândia, na Grécia, na Irlanda, em Portugal e no Reino Unido ambos são aplicáveis (Salize et al, 2002) (ver tabela 2 para um sumário das características das legislações dos estados membros).

A definição der doença mental

Embora as leis de todos os estados-membros incluam a doença mental como um pré-requisito, o conceito de "doença mental" não é rigorosamente definido em toda a União Europeia.

Quanto ao tipo de doença psiquiátrica necessária para uma pessoa ser internada, algumas leis não fazem distinções específicas, mas usam o termo doença mental. Outras indicam apenas a psicose, como na Dinamarca e em algumas (mas não

todas) regiões da Alemanha (Stefano & Ducci, 2008); em Portugal, a legislação fala em “anomalia psíquica grave” e não em “doença mental”.

Apenas seis estados-membros – Áustria, Grécia, Alemanha, Irlanda, Suécia e Inglaterra - definem condições específicas para a exclusão de doentes no internamento compulsivo (se essas condições ou este comportamento aparecer sem qualquer outro critério de inclusão). As condições especificadas são tão heterogêneas quanto os critérios de inclusão; são exemplos de condições que não são suficientes para o internamento involuntário de um indivíduo: debilidade intelectual sem sintomas psicóticos, falta de adesão, abuso de substâncias, negligência pessoal, promiscuidade, perturbação sexual, entre outros (Salize et al, 2002).

A avaliação médica

A responsabilidade para avaliar os critérios médicos para internar uma pessoa compulsivamente também é heterogênea entre os estados-membros.

Na maioria dos países europeus, a responsabilidade de propor o internamento ou tratamento compulsivo depende de autoridades médicas (Stefano & Ducci, 2008).

As leis de diversos estados-membros permitem que outros médicos sem formação específica em Psiquiatria estejam envolvidos na avaliação médica inicial das pessoas em causa, não apenas em casos de urgência mas, também, durante os procedimentos de internamento compulsivo de rotina, enquanto o testemunho especializado de um psiquiatra é obrigatório nos restantes países (ver Tabela 2). A inclusão estipulada da opinião de um segundo especialista nas avaliações é uma medida crucial de garantia da qualidade que não é um padrão em todos os estados-membros (Salize et al, 2002).

A responsabilidade de decisão e procedimentos

Juntamente com os critérios básicos de internamento (como descrito acima), a definição de responsabilidades para a decisão final sobre o internamento ou tratamento compulsivos marca uma outra característica importante das legislações ou abordagens dos estados-membros (Salize et al., 2002).

Na maioria das vezes, os juízes, os magistrados do Ministério Público, ou os Presidentes de Câmaras Municipais, são as autoridades que autorizam o internamento

ou tratamento compulsivo. Por vezes, estão envolvidas outras figuras não-médicas, enquanto na Dinamarca, na Finlândia, na Irlanda, no Luxemburgo e na Suécia, a decisão final é tomada por um psiquiatra ou outro profissional de saúde (Stefano & Ducci, 2008) (Tabela 2).

O período de tempo entre a avaliação psiquiátrica e o início legal do tratamento compulsivo varia entre os países da UE, mas geralmente é curto, variando de um mínimo de 24 horas (e.g., Irlanda) a um máximo de 15 dias (e.g., Bélgica). Em relação à duração máxima do tratamento compulsivo inicial, as diferenças são mais notórias: na Itália, o tratamento inicial é de apenas 7 dias, enquanto na Bélgica pode chegar a 2 anos. Em alguns países, a duração máxima nem sequer é especificada (e.g., Dinamarca, França, Portugal, e Espanha), mas o internamento compulsivo pode ser prolongado em intervalos estipulados por um juiz ou outras autoridades por um período que varia de 7 dias a 12 meses, dependendo do país. Para fins de tratamento e de reabilitação, alguns estados-membros (ou seja, Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, e Espanha) permitem a interrupção dos internamentos involuntários por curtos intervalos de tempo (Stefano & Ducci, 2008).

Tabela 2

Características das legislações dos estados membros (Salize et al, 2002).

País	Critérios para IC (para além de doença mental)	Diagnóstico definido legalmente	Obrigatoriedade do Psiquiatra na avaliação inicial	N.º de especialistas envolvidos na avaliação	Autoridade que decide o IC
Áustria	P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Bélgica	P	n.d.	Não	1	Não-med.
Dinamarca	T ou P	Psicose	Não	1	Med.
Finlândia	T ou P	n.d.	Não	>2	Med.
França	P	n.d.	Não	2	Não-med.
Alemanha	P	Vários	Não	1	Não-med.

Grécia	T ou P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Irlanda	T ou P	Vários, PP	Sim	2	Med.
Itália	T	n.d.	Não	2	Não-med.
Luxemburgo	P	n.d.	Não	2	Med.
Holanda	P	n.d.	Sim	1	Não-med.
Portugal	T ou P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Espanha	T	n.d.	Sim	2	Não-med.
Suécia	T	n.d.	Não	2	Med.
Reino Unido	T ou P	Vários, PP	Sim	2	Não-med.

Abreviaturas: IC = Internamento Compulsivo; P = perigosidade, T = necessidade de tratamento; n.d. = não definido, psicose = restrito a psicose ou a distúrbios semelhantes a psicoses, vários = mencionadas categorias diagnósticas mas sem restrições para diagnósticos específicos, PP = regulamentações especiais para Perturbação da Personalidade; não-med. = não-médica, med. = médica.

Procedimentos de urgência

Quase todos os estados-membros distinguem entre a detenção preliminar ou de curto prazo (para os casos agudos de urgência) e os procedimentos de internamento compulsivo de rotina ou não-urgentes. Apenas na Dinamarca, na Finlândia e na Irlanda os dois procedimentos são semelhantes. Normalmente, em casos de urgência, as pessoas podem ser detidas por curtos períodos de tempo sem a confirmação imediata da autoridade responsável pela decisão final sobre um internamento. Novamente, a duração máxima definida para a detenção de curto prazo difere notavelmente em toda a UE, variando de 24 horas para 10 dias (Salize et al, 2002) (Tabela 3).

Tratamento compulsivo

A Áustria, a Dinamarca, a Alemanha, a Holanda, o Luxemburgo, a Suécia e o Reino Unido fazem uma clara distinção nos seus regulamentos entre o internamento e o tratamento compulsivos. Esta distinção deve-se, parcialmente, ao movimento dos

direitos civis e, também, a sentenças proferidas pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos e declarações da ONU enfatizando que a competência dos doentes para decidir sobre o tratamento prevalece, mesmo que tenham sido internados involuntariamente.

Os regulamentos para a medida de coação (e.g., contenção física, isolamento) durante o internamento compulsivo são definidos em apenas cinco países: Áustria, Dinamarca, Alemanha, Holanda e Espanha (Stefano & Ducci, 2008).

Tratamento ambulatorio compulsivo

Seis leis nacionais discutem a opção de cuidados posteriores para doentes que tiveram alta de um episódio de tratamento compulsivo de uma forma mais geral (Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Portugal, Suécia e Reino Unido), enquanto apenas quatro estados-membros fornecem uma base legal para o tratamento ambulatorio compulsivo, a saber, Bélgica, Luxemburgo, Portugal e Suécia (Salize et al, 2002).

Os direitos dos doentes

O direito a recorrer num tribunal contra um internamento compulsivo ou tratamento coercivo está incluído nas leis de todos os estados-membros. Devido a uma capacidade possivelmente reduzida para tomar decisões razoáveis, a oportunidade de ser apoiado por um representante legal é fundamental para qualquer doente internado compulsivamente. No entanto, apenas seis leis nacionais (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Holanda, e Portugal) prevêm a inclusão obrigatória de um consultor independente para o doente (advogado, terapeuta, assistente social, etc.) no procedimento de internamento compulsivo (Salize et al, 2002).

A notificação obrigatória dos familiares ou outras pessoas em caso de internamento compulsivo como um direito civil básico é regulamentada em 12 estados (Stefano & Ducci, 2008)³.

Diferenças nas legislações dos estados membros quanto aos procedimentos de urgência (Stefano & Ducci, 2008).

País	Duração máxima de detenção de curto prazo	Autoridade que decide a detenção de curto prazo
Áustria	48 H	Psiquiatra
Bélgica	10 D	Ministério Público
Dinamarca	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
Finlândia	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
França	48 H	Presidente de Câmara Municipal (Polícia em Paris)
Alemanha	24 H (15 estados federais); 3 D (1 estado federal)	Gabinete municipal dos assuntos públicos ou psiquiatra
Grécia	48 H	Ministério Público
Irlanda	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
Itália	48 H	Departamento de Saúde Pública
Luxemburgo	24 H	Polícia ou psiquiatra ou outro médico ou assistente social ou tutor legal
Holanda	24 H	Presidente de Câmara Municipal
Portugal	48 H	Psiquiatra
Espanha	24 H	Psiquiatra
Suécia	24 H	Psiquiatra
Reino Unido	72 H	Polícia ou médico mais assistente social

Abreviaturas: H = horas; D = dias.

DISCUSSÃO

A situação epidemiológica actual na UE parece estar, por enquanto, longe de ser clara. As revisões das abordagens nacionais são escassas e há, além disso, uma carência de estudos metodologicamente sólidos. As estatísticas sobre os internamentos compulsivos a partir de fontes oficiais raramente são publicadas internacionalmente. Quando tais comparações estão disponíveis, elas normalmente incluem apenas algumas nações selecionadas (Salize et al., 2002).

É interessante e preocupante notar a dificuldade na colheita de dados simples sobre a prestação de serviços a nível nacional, o que poderá ser visto como um desafio político para organizar uma colheita de dados consistente e confiável em todos os países europeus (Priebe et al., 2008).

Num contexto de escassez de dados confiáveis, as mais importantes fontes oficiais são um relatório preliminar financiado pela Comissão Europeia e relatórios nacionais de saúde ou de agências de estatística. Os dados são difíceis de interpretar devido às diferentes definições ou métodos utilizados para calcular os internamentos involuntários, nomeadamente, a inclusão de procedimentos de emergência. Além disso, os dados são apresentados em diferentes formas, não comparáveis, por vezes sob a forma de taxas (número anual de internamentos compulsivos por 100.000 pessoas) e às vezes sob a forma de quotas (percentagem de todos os internamentos psiquiátricos). Além disso, em alguns estudos de campo, a representatividade das amostras escolhidas pode ser duvidosa (Stefano & Ducci, 2008).

Se as variações nas frequências de internamentos compulsivos anuais de pessoas com doença mental não são surpreendentes, tendo em conta o diferente tamanho das populações dos países da UE, as taxas de internamento compulsivo (internamentos anuais por 100 000 habitantes) variam notavelmente, também. Taxas que variam, por exemplo, no ano 2000, de apenas 6 internamentos compulsivos anuais por 100 000 habitantes em Portugal a 218 na Finlândia, sugerem fortemente diferenças nas definições, enquadramento legal, ou procedimentos. A comparação das séries temporais durante a última década revela um padrão ligeiramente mais homogêneo,

sugerindo uma progressiva tendência geral em direcção a quotas mais ou menos estáveis na maioria dos estados-membros (Salize & Dressing, 2004)². Este achado dir-se-ia contraditório com conclusões que indicam uma tendência geral internacional para o aumento do número de internamentos compulsivos dos doentes mentais, o que é relatado em vários artigos científicos (Salize et al, 2002; Salize & Dressing, 2004; Stefano & Ducci, 2008; Zinkler & Priebe, 2002; Priebe et al, 2008). Suposições semelhantes podem também surgir a partir deste estudo, se forem apenas considerados os números totais de internamentos compulsivos, os quais estão a aumentar pelo menos na Alemanha, na França, na Inglaterra, na Áustria, na Suécia e na Finlândia. No entanto, o aumento dos números totais de internamentos compulsivos é obviamente equilibrado pelos efeitos das alterações dos padrões internacionais de prestação de cuidados de saúde mental, que internacionalmente encurtam o tempo médio de permanência nos serviços de internamento em detrimento de re-internamentos mais frequentes (Salize & Dressing, 2004).

Embora os números absolutos listados para cada país devem ser interpretados e comparados apenas com grande cautela, os dados sugerem que nem todas as mudanças na Europa estão a originar uma maior consistência neste domínio (Priebe et al., 2008).

A maioria dos estudos antigos fornece apenas quotas, que têm a desvantagem de depender fortemente das frequências de internamentos totais dos respectivos países; elas são, portanto, de valor limitado para comparações internacionais. Isto contrasta com estudos mais recentes em que são calculadas taxas. As taxas permitem uma avaliação do internamento compulsivo que é mais independente da situação geral dos cuidados de saúde mental.

O principal factor que causa diferenças reais nas frequências de internamentos parece ser as diferentes legislações, especificamente: primeiro, os critérios necessários para justificar o internamento compulsivo diferem bastante entre os países; segundo, os procedimentos administrativos e judiciais diferem não só entre os países, mas mesmo regionalmente. De um modo geral, pode-se esperar que, em países com uma legislação restritiva e conseqüentemente baixas taxas de internamento compulsivo, apenas um grupo de doentes altamente ameaçados ou perigosos, com falta de *insight*, será internado. E esse grupo será diferente dos doentes internados em países com

taxas de internamento elevadas em termos de várias características associadas com o perigo para o próprio ou outros ou com a gravidade da doença (Riecher-Rossler & Rossler, 1993).

Em relação ao objetivo proposto de analisar os dados epidemiológicos e as características das diferentes leis de internamento compulsivo na UE, é possível identificar várias limitações: a variação dos critérios de inclusão ou conceitos para o internamento compulsivo pode confundir os resultados (por exemplo, inclusão ou exclusão de detenções por curto-prazo, procedimentos de urgência ou alterações do regime voluntário para o involuntário durante os episódios de internamento); o conjunto de factores legais, políticos, económicos, sociais, médicos, metodológicos e outros, a interagir no processo de internamento ou tratamento compulsivo de pessoas com doença mental é complexo e ainda pouco compreendido; a falta de dados sócio-demográficos e psicopatológicos sobre as populações internadas compulsivamente impede uma análise mais aprofundada (Salize & Dressing, 2004).

CONCLUSÃO

A comparação entre os dados epidemiológicos e os diferentes quadros legais (desde que o foco esteja em critérios gerais e não em detalhes técnicos ou de procedimento) pode lançar alguma luz sobre a questão crucial do tratamento compulsivo em psiquiatria. Contudo, a falta de dados epidemiológicos robustos é claramente não apenas um indicador das dificuldades com que os psiquiatras têm de lidar à medida que trabalham para a integração europeia, mas é também uma grave limitação a qualquer tentativa de resolver a questão e, mais importante, para agir se necessário (Stefano & Ducci, 2008).

Há uma evidência clara de que as leis sobre a prática do internamento ou tratamento compulsivo de doentes mentais são muito heterogéneas entre os estados-membros da UE. As diferentes tradições culturais ou jurídicas, as atitudes gerais para com os doentes mentais, e a estrutura e a qualidade dos sistemas de cuidados de saúde mental ou dos procedimentos administrativos devem ser considerados, juntamente com outros factores, ao analisar ou comparar o resultado dos enquadramentos jurídicos dos estados-membros.

Será uma tarefa constante adaptar as legislações em todos os países de forma a acompanhar a evolução e os novos conhecimentos na área dos cuidados de saúde mental, e equilibrar os direitos e os interesses dos doentes com a sua necessidade e o direito de tratamento, e a segurança pública (Salize et al, 2002).

Existe uma forte necessidade para investigação futura neste campo. As taxas de internamento compulsivo a nível nacional, padronizadas internacionalmente e atualizadas anualmente (detalhando uma série de itens básicos, tais como internamento regular ou de urgência, bem como as características sociodemográficas e de diagnóstico) são fundamentais para a avaliação das políticas nacionais, bem como a nível europeu. A melhoria dos padrões comuns internacionais em relação a relatórios de saúde mental parece ser essencial, pelo menos na UE, para garantir perspectivas válidas para o futuro e para fornecer uma base para uma investigação mais detalhada (Salize & Dressing, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida F., Marques, A. I., Castro, A. S., Coelho, C., Palha, J., Carneiro, L., Pereira, M., Rebocho, M. F., Madureira, R., Gonçalves, S. & Alves, V. (2008). Internamentos Compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 87-102.
- Guaiana G. & Barbui, C. (2004). Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979–1997. *European Psychiatry*, 19, 444-445.
- Kisely, S., Campbell L. & Preston, N. *Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*. The Cochrane Database of Systematic Review 2005, Issue 3. Art. No.: CD004408.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2.
- Keown, P. et al. (2008). *Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006*. *BMJ*; 337:a1837.
- Loureiro, C., Cunha, S. A., Coelho, R. (2004). Internamento Compulsivo – da teoria legislada à aplicação prática da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 233-240.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jorgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D & Wright, D. (2008). *Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006*. *Psychiatric Services*, ps.psychiatryonline.org, 59(5), 570-573.
- Post L. et al. (2009). *Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry*. *Psychiatric Services*, ps.psychiatryonline.org, 60 (11), 1543-1546.
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993), *Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Salize, H., Dressing, H. & Peitz, M. (Eds.) (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU-member states: Final report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Salize, H. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Sheehan, K. (2009). Compulsory treatment in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*,

22, 582-586.

Stefano, A. & Ducci, G. (2008). Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe. *International Journal of Mental Health*, 37(3), 10-21.

Talina, M. (2004). *Internamento Compulsivo – estudo comparativo entre doentes internados compulsivamente versus voluntariamente na região de Lisboa*. Tese de mestrado não publicada, UNL, Lisboa.

Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). *Detention of the mentally ill in Europe: a review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.