COMPETÊNCIA PARA CUMPRIMENTO DE ORDEM DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Mário Roberto Kono de Oliveira

Acredito que antes de definirmos ou concluirmos pela competência para cumprimento de ordem de internação compulsória, devemos primeiramente tentar entender qual a finalidade destas internações, bem como qual o respaldo jurídico legal e seus requisitos, para então chegarmos à conclusão que melhor atenda as indagações.

I – ENQUADRAMENTO CLÍNICO

Não há dúvidas de que os transtornos mentais são doenças, internacionalmente reconhecidas e, portanto, catalogadas na lista de **C**atalogação **I**nternacional de **D**oenças – CID. E quanto aos transtornos mentais e comportamentais decorrentes de utilização de substâncias psicoativas, também podem assim ser reputadas? A resposta afirmativa esta claramente exposta no citado catálogo, levando a rubrica de CID 10 F-10 a F-19. (1)

**Podemos concluir então que o transtorno mental e comportamental decorrente de uso de substância psicoativa é uma doença reconhecida internacionalmente, devidamente catalogada.**

II – POSSIBILIDADE DE INTERNAÇÃO – PREVISÃO LEGAL

A lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que prevê as modalidades de internação, aponta os requisitos mínimos e orienta como proceder. Vejamos através de alguns de seus artigos os fundamentos mais relevantes ao nosso estudo:

No art. 6º *caput*, que se refere às internações psiquiátricas, vemos de início, à exigência de laudo médico circunstanciado expondo os motivos, para que se possa efetuar uma internação:

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

E, em seu parágrafo único, distinguem quais são os tipos de internação e explica o que vem a ser cada uma delas:

**“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.”**

De suma importância ainda, destacar o art. 9º, que diz respeito às internações compulsórias que interessa mais diretamente ao nosso estudo e que se preocupa com a incolumidade do paciente, demais internados e funcionários:

**“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.”**

III – FINALIDADE DA INTERNAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO COMO SERVIÇOS DE SAÚDE

Como visto anteriormente, a internação do doente psicodependente necessita de prévia análise fundamentada do médico responsável, que normalmente a recomendará quando outras formas de tratamento menos agressivas se mostrar inadequadas. E a experiência tem demonstrado que estas ocorrem quando o paciente se encontra surtado, com riscos de vida iminente (overdose, parada cardíaca, etc.) e, ou, em alto grau de dependência, de tal forma que não adira voluntariamente ao tratamento ambulatorial, sendo necessária a intervenção hospitalar.

Como lidamos há algum tempo com processos desta natureza, temos visto que o processo de desintoxicação, dura em média 5 a 7 dias, saindo o paciente já controlado e medicado, podendo seguir o tratamento de forma ambulatorial.

Entretanto, existe a faculdade de um tratamento complementar e ou alternativo, de caráter mais psicológico no sistema de autoajuda, em que se sobressai os serviços praticados pelas comunidades terapêuticas. É cediço que em muitas delas existe também o acompanhamento médico, mas não tem este caráter preponderante.

Logo, surge a dificuldade em discernir se faz parte de um atendimento incluso nas ações e serviços de saúde. Mas, acredito que a reposta venha da própria lei, notadamente nos art. 23 e 22 da Lei 11.343/2006, que assim dispõem:

“Art. 22.  As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.” *grifei*

“Art. 23.  As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.” *grifei*

Ora, se o art. 23 define que as redes de serviço de saúde desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitados os princípios explicitados no art. 22; e, se nestes princípios são observados os serviços prestados por comunidades terapêuticas, é de se concluir que abrangidas estão por força de lei aos serviços de saúde.

IV - COMPETÊNCIA

Na primeira fase que consiste na desintoxicação e no tratamento ambulatorial, creio não haver dúvidas ser de competência dos municípios prestar e custear esta atenção básica de saúde, conforme art. 18, I da Lei 8080/90. *verbis:*

**“Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:**

**I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;”**

E, como visto na interação com o disposto nos arts. 22 e 23 da lei 11.343/2006, presumo que também é da mesma competência a responsabilidade das ações e serviços de saúde hoje praticados por comunidades terapêuticas, salvo se o município apresentar serviços substitutivos de igual ou superior valia.

Em assim sendo, se não dispuserem de serviços e programas neste sentido, ou de meios substitutivos à altura, lhe subsiste o dever de arcar com as despesas de custeio, quando o beneficiado não dispuser de condições financeiras para tanto. Sem esquecer a obrigação solidária da União e Estados expressamente previsto no citado art. 23, que deverão contribuir com a criação e manutenção de programas ou repassar valores aos municípios para tal mister.

(