



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Ana Luisa Novo da Silva
Internamento Compulsivo

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Luisa Novo da Silva
Internamento Compulsivo

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria

Trabalho efectuado sobre a Orientação de:

Prof. Doutor Rui Coelho

Trabalho efectuado sobre a Co-orientação de:

Dr.^a Susana Almeida

Revista: Arquivos de Medicina

Abril, 2010

FMUP

Nome: Ana Luisa Novo da Silva

Endereço electrónico: analuisa_silva_88@hotmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Internamento Compulsivo

Nome completo do Orientador:

Rui Manuel Bento Almeida Coelho

Nome completo do Co-Orientador:

Susana Maria Pinto Almeida Leitão

Ano de conclusão: 6º ano

Designação da área do projecto de opção:

Psiquiatria

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Ana Luisa Novo da Silva

Eu, Ana Luisa Novo da Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801162, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19 / 04 / 2010

Assinatura: Ana Luisa Novo da Silva

INTERNAMENTO COMPULSIVO

COMPULSORY ADMISSION

Ana Luisa Novo da Silva

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto:

Ana Luisa Novo da Silva

Rua Agra de Bouças, nº116, 4495-207 Navais, Póvoa de Varzim

Tlf: 911031292/252601788

Analuisa_silva_88@hotmail.com

Agradecimentos:

Aproveito para agradecer a disponibilidade de todos os membros constituintes do Serviço de Psiquiatria do HSJ, nomeadamente ao Professor Doutor Rui Coelho e à Dr.^a Susana Almeida, por todo o apoio e orientação que me foi prestada na realização desta monografia.

Agradeço, por isto, a disponibilidade, a simpatia, o espírito pedagógico e, principalmente, o empenho máximo com que me receberam, o que contribuiu para que este trabalho tenha sido para mim bastante gratificante.

Contagem de palavras:

Resumo – 245

Abstract – 209

Texto – 4913

Resumo

O Internamento Compulsivo, um procedimento legal de internamento para portadores de anomalia psíquica grave, é uma prática comum em todo o Mundo. Este termo é aplicado em casos em que é necessário o tratamento de um doente que não tem o discernimento necessário para avaliar a sua condição, devido à natureza da sua doença mental, para a protecção da comunidade e de terceiros em relação ao comportamento do doente ou para protecção do próprio, de comportamento agressivo, ideação suicida ou auto-destrutiva.

A regulamentação para este tipo de internamento começou a desenvolver-se em muitos países há mais de dois séculos. Desde então, questões tão relevantes como consentimento, capacidade, competência e direitos humanos tem despertado controvérsia e motivado inúmeras discussões que continuam no presente. As questões clínicas, legais e éticas levantadas por este tipo de internamento são cada vez mais reconhecidas como fundamentais para a Psiquiatria e Saúde Mental.

Neste trabalho iremos analisar o perfil do doente que é submetido ao Internamento Compulsivo, nomeadamente descrever as suas características sócio-demográficas e clínicas, analisar os critérios que visam a decisão de um Internamento Compulsivo e identificar os apoios da comunidade para o tratamento em ambulatório. Serão discutidas também as possíveis alternativas a este tipo de internamento e os limites entre Internamento Compulsivo e liberdade.

No final, gostaríamos de ter contribuído para uma reflexão do que é a aplicação da lei ao nível do Internamento Compulsivo, promovendo também, um levantamento de questões para futuros projectos de investigação nesta área.

Palavras-chave: internamento compulsivo/involuntário, tratamento compulsivo ambulatório, internamento de doentes psiquiátricos/mentais.

Abstract

Compulsory Admission, a legal procedure to hospitalize persons suffering from serious mental illness, is a common practice around the world. This term is applied in cases when it is necessary to conduct treatment of a person that is unaware of his/her condition because of the nature of mental illness, for community protection from the patient's behavior or for protection of the patient himself from suicide, aggressiveness or self-injury.

The laws for involuntary hospitalization began to develop in many countries for over two centuries. Since then, important issues such as consent, capacity, competence and human rights have been controversy and initiate many discussions that continue in the present. The clinical, legal and ethical issues raised are recognized as fundamental to Psychiatry and Mental Health.

In this paper we will examine the patient profile that is submitted to compulsory admission, in particular describe their socio-demographic and clinical criteria and to identify the support for compulsory community care. Will also be discussed possible alternatives to such hospitalization and the limits between compulsory admission and human rights.

In the end, we would like to have contributed to a reflection of what law enforcement at the level of compulsory admission, while promoting a raise of issues for future research projects in this area.

Keywords: commitment of mentally ill, compulsory commitment/admission, outpatient commitment.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
INTRODUÇÃO	6
MÉTODOS.....	7
Internamento Compulsivo.....	8
As Leis em Saúde Mental.....	9
Estudos de Prevalência.....	10
Características do Internamento	12
Critérios para IC.....	14
Medidas de Coerção.....	15
Medicação Forçada	17
Tratamento Compulsivo Ambulatório.....	18
Perspectiva dos doentes, familiares e profissionais de saúde.....	21
A Realidade Portuguesa	23
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

Abreviaturas

IC – Internamento Compulsivo

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS “a Saúde Mental é essencial para o bem-estar das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz” (1). Nos últimos anos, tem acontecido uma viragem na concepção da assistência ao doente mental. Os cuidados desenvolvidos no âmbito da Saúde Mental avançam, cada vez mais, no sentido de substituir a institucionalização de indivíduos portadores de perturbações mentais por uma abordagem baseada nos cuidados psiquiátricos comunitários, com maior respeito pelos direitos humanos destes indivíduos (2).

Internamento Compulsivo (IC) ou Involuntário é um termo usado para designar um procedimento legal de internamento para portadores de anomalia psíquica grave que causem através da força, situações de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios, e que se recusam a tratamento médico, ou para indivíduos sem o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento (3).

Este tipo de internamento, apesar de controverso, continua a ser uma prática comum por todo o Mundo. No sentido de uma melhor protecção para o doente psiquiátrico, a maioria dos Países reformulou as suas leis e reviu os critérios do IC. No entanto, e apesar de uma tendência cada vez maior para a harmonização de estratégias para a prestação de cuidados em Saúde Mental, as normas e regulamentos continuam a diferir internacionalmente.

Estudos recentes têm focado a sua atenção em práticas de coerção, como por exemplo a medicação forçada e a reclusão, avaliando também a sua utilização nestes doentes. A principal preocupação reside na questão de se avaliar se o uso destas medidas e a restrição da liberdade pessoal, que ocorre sempre que um doente é submetido a este tipo de cuidados, é ética e clinicamente justificável. As preocupações éticas são geralmente contrariadas com o argumento de que o IC pode ter resultados clínicos benéficos para o doente.

Inicialmente, o tratamento compulsivo implicava sempre o internamento, mais recentemente, e com a crescente atenção virada para a autonomia do doente na decisão médica, as prioridades dos Serviços de Saúde Mental começaram a basear-se na prestação de cuidados dentro de um contexto comunitário.

Com este trabalho, pretende-se, essencialmente, conhecer o perfil do doente que é submetido ao IC, nomeadamente descrever as suas características sócio-demográficas e clínicas, analisar os critérios que visam a decisão de um IC, avaliar as possíveis alternativas a este tipo de internamento, discutir os limites entre IC e liberdade e identificar os apoios ao nível da comunidade para o tratamento em ambulatório.

No final, gostaríamos de ter contribuído para uma reflexão do que é a aplicação da lei actual ao nível do IC, promovendo também, um levantamento de questões para futuros projectos de investigação nesta área.

MÉTODOS

A presente monografia foi elaborada com base numa pesquisa bibliográfica utilizando a base de dados da *PubMed*. Foram utilizadas como palavras-chave o termo *MeSH* “*Commitment of mentally ill*” e os termos: “*compulsory commitment*”, “*civil commitment*” e “*compulsory psychiatric care*”; com a limitação dos artigos aos últimos 10 anos (entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2010) e escritos nas seguintes línguas: Português, Inglês e Espanhol. Foram também consultados outros artigos, que não os incluídos na pesquisa inicial, por sugestão/referência dos artigos seleccionados.

Foi consultada outra bibliografia, no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, considerada fundamental de acordo com a revisão bibliográfica efectuada.

Internamento Compulsivo

O IC é um fenómeno complexo que tem levantado inúmeras questões de natureza médica, legal, ética e até política e económica.

Os aspectos médicos do IC implicam critérios que determinem a gravidade da doença psiquiátrica e a avaliação da terapêutica que está a ser ministrada ao doente. Os aspectos éticos e legais estão relacionados com a liberdade e os direitos humanos fundamentais, a que cada vez mais se dá maior importância (2, 4).

Este tipo de internamento é aplicado nos casos em que se impõe o tratamento de uma pessoa com doença mental que não tem o discernimento necessário para avaliar a sua própria situação e aceitar o tratamento, para protecção do próprio e de terceiros em relação ao seu comportamento agressivo, ideação suicida e auto-destrutiva (2, 4). O que se procura com este tipo de internamento é um equilíbrio entre o uso de um tratamento adequado, o garantir da segurança pública e a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa em questão (5).

Segundo Van der Post *et al.* (6), factores como a vulnerabilidade do doente, definida por elementos sócio-demográficos e por características como o tipo e a gravidade da sua doença mental, o apoio social, a resposta do Sistema de Saúde e a aderência ao tratamento, com implicações significativas no prognóstico, cuidados e custos na saúde, predizem o risco de internamento compulsivo (imagem 1). Para os autores altos níveis de apoio social podem reduzir as admissões compulsivas, no entanto, ainda é pouco conhecido em que medida é que o apoio social e familiar pode desempenhar um papel específico no risco de IC (6).

As Leis em Saúde Mental

A posição de um doente psiquiátrico internado numa instituição contra a sua vontade deverá ser regulada por leis e baseada na opinião do tribunal (2, 4).

A legislação sobre a possibilidade de internar um doente compulsivamente começou a desenvolver-se por volta de 1960 nos EUA (4, 7). A partir dessa altura estabeleceram-se os critérios para o chamado “civil commitment”, isto é, o processo segundo o qual um doente pode ser internado compulsivamente ou ser submetido a um tipo de tratamento obrigatório desde que cumpra os seguintes critérios: ter doença mental e esta ser tratável, representar um perigo para o próprio ou para terceiros, recusar o consentimento, ter incapacidade para tomar decisões e a hospitalização ser a medida menos restritiva possível para o doente (4, 8). Desde então, uma série de declarações e discussões têm sido emitidas pela UE, OMS e Associação Mundial de Psiquiatria, de modo a estabelecer os *standards* para a Saúde Mental, a liberdade e os direitos legais dos doentes psiquiátricos (4).

Hoje em dia, as Leis em Saúde Mental existem em praticamente todos os países modernos (4, 9,10).

Estudos de Prevalência

Nos Países Europeus, a frequência do IC tem vindo aumentar desde 1990 (11-16). Tal deve-se a um aumento no número total de admissões e uma maior sensibilização para a gestão de risco em Psiquiatria (17). Este aumento sugere que as pessoas com doença mental grave avançam mais facilmente para estádios em que o tratamento agudo e coercivo é necessário (13). Um misto de alterações demográficas aliado a alterações nos critérios de perigosidade e novas iniciativas nas legislações para a Saúde Mental também estão relacionados (14).

Diversos estudos têm demonstrado uma substancial variação nas taxas de IC a nível internacional (5, 6, 10, 11, 16-22). Estas variações são explicadas pelas diferenças na Legislação da Saúde Mental (10). As mudanças ao longo do tempo, dentro de um país, estão associadas a reformas nestas leis (23). Outras explicações incluem diferenças na organização dos Serviços e Instituições Psiquiátricas (4, 5, 15, 19). Segundo Sheehan (12), ainda é pouco claro se essas variações são devido a diferenças na legislação ou na sua aplicação. A falta de dados sobre esta temática tem sido citada como uma limitação da literatura desta área (5, 11, 16, 19, 24).

A avaliação científica do IC é um desafio crescente devido aos diversos factores que podem influenciar a sua prevalência (4).

Em 2004, um estudo realizado na UE, comparou as legislações para a admissão e tratamento involuntário, tendo mostrado diferenças consideráveis entre os diversos países em estudo (11). A tabela 1 mostra os dados disponíveis nesse artigo sobre a frequência do IC em doentes com perturbações mentais (11). Os números totais têm uma variação importante, havendo também diferenças nas taxas (número anual de IC por 100 000 habitantes) e nas quotas (percentagem do total de internamentos) (5, 11).

Segundo um estudo Holandês, realizado entre 2000 e 2004, o número total de internamentos compulsivos foi de 34 979, sendo que 34% destes doentes foi hospitalizada mais de uma vez (17). Para os autores, o crescente número de internamentos compulsivos deve-se essencialmente a

alterações demográficas, mudanças na atitude dos diversos profissionais em relação ao uso de medidas de restrição e uma maior sensibilização a melhoria dos cuidados nos doentes psiquiátricos (17).

Características do Internamento

Apenas alguns estudos têm explorado os padrões globais do IC (5, 16, 25, 26). Neste enquadramento surgiu a seguinte questão:

Qual o perfil do doente submetido ao internamento compulsivo?

A esquizofrenia parece ser o diagnóstico predominante à entrada, na maioria dos doentes admitidos compulsivamente (4, 11). Segundo Potkonjak *et al.* (4), os doentes esquizofrênicos apresentavam fraca adesão à terapêutica, eram encontrados na rua pela polícia ou por algum profissional de saúde e mostravam ou verbalizavam comportamento, ideação ou intenção suicida. Os transtornos psicóticos (5, 27) e a depressão também se mostraram prevalentes noutros estudos (17, 25, 26).

Na Holanda, o risco de suicídio e a violência para com outros foram as principais razões observadas para aplicação deste tipo de internamento (17).

Segundo Potkonjak *et al.* (4), a maioria dos doentes internados compulsivamente tinha o ensino secundário, vivia sozinho, era solteiro, viúvo ou divorciado, estava desempregado ou reformado à data da hospitalização e pertencia a áreas urbanas.

Um estudo Italiano (25), concluiu que a agitação, os delírios e as alucinações estão mais frequentemente associadas ao IC, enquanto sintomas depressivos e de ansiedade estiveram relacionados com hospitalização voluntária.

Na maioria dos casos o internamento tinha carácter urgente (5) e era solicitado pelos familiares (25). O apoio da família representa um importante recurso para a maioria dos doentes (25).

Os países que usam o critério de “perigosidade” na admissão destes doentes têm taxas mais altas de IC no sexo masculino do que no feminino, o que pode reflectir que os homens com doença mental são mais violentos, sendo seleccionados com maior frequência para IC (4, 11).

Num estudo holandês, foi concluído que os doentes de raça negra ou pertencentes a minorias étnica eram mais susceptíveis de serem admitidos involuntariamente, uma vez que eram considerados potencialmente mais perigosos (28).

Também de acordo com o diagnóstico foram encontradas diferenças nas taxas de IC para ambos os sexos (4). A esquizofrenia e o consumo de drogas eram os diagnósticos mais comuns nos doentes do sexo masculino, enquanto os transtornos psicóticos predominavam no sexo feminino (4).

A duração do IC, segundo um estudo realizado em Macau, poderá estar relacionada com a presença de uma psicopatologia mais grave e de uma menor adesão à terapêutica instituída nos doentes hospitalizados involuntariamente, comparativamente aos internados voluntariamente (5).

Crêterios para IC

Desde de 1975, o Supremo Tribunal Americano considerou que apenas o critério de doença mental não era fundamento suficiente para internar um doente involuntariamente (29, 30). Deste modo, o uso da “perigosidade” como critério para o IC tornou-se obrigatório na maior parte das jurisdições americanas (29, 30). No entanto, nem todos os países optam por este critério, por exemplo, em Itália, Espanha e Suécia apenas o critério de doença mental e a necessidade de tratamento são requisitos essenciais (10).

Em 2008, Large *et al.* (31) fizeram uma comparação entre jurisdições que usavam o critério de perigosidade como obrigatório para o IC, significando que os doentes apenas poderiam ser internados se representassem uma ameaça para eles próprios ou terceiros, com outras que usavam outros critérios. Os autores concluíram que os doentes com um primeiro episódio de psicose nas jurisdições que são usavam a “perigosidade” como critério principal tinham uma maior duração de doença não tratada. Para eles, este critério, uma vez que atrasa o tratamento, deveria ser acompanhado de outros que foquem mais a capacidade do doente em consentir o tratamento proposto (31).

Medidas de Coerção

Uma premissa aceite globalmente baseia-se na ideia de que a assistência psiquiátrica deve, na medida do possível, ser aplicada de forma voluntária, sendo que o uso da coerção deve ser sempre o último recurso a ser aplicado (9, 23, 32,33). No entanto, os portadores de doença mental grave estão mais propensos a progredir para estados em que tratamento agudo e coercivo é essencial (6, 34). Doentes que apresentam comportamento violento para outros doentes internados, familiares ou profissionais de saúde constituem um constante desafio para a gestão clínica.

A assistência médica psiquiátrica continua a ser amplamente criticada pelo uso frequente de medidas de coerção (23, 32-35).

Existe pouca harmonização e uma falta de padrões consistentes nos diferentes países em relação à orientação e tratamento de doentes violentos (24, 32, 36, 37). Segundo Prinsen *et al.* (36) esta variação assenta na diversidade de definições destas medidas e na aplicação a diversos tipos de população. As opções para as intervenções coercivas são reguladas por medidas legais específicas de cada país (24, 38).

Steinert *et al.* (24) publicaram um estudo, conduzido em 16 países europeus, baseado nas diferenças encontradas tanto na legislação quanto na prática clínica em relação ao tratamento compulsivo de doentes psicóticos. Este estudo concluiu que os países da Europa Central e Oeste tinham legislação mais restritiva o que conduzia a uma prática clínica também mais restritiva (24).

Segundo Prinsen *et al.* (36), o respeito pela autonomia e a violação dos direitos humanos não são razões suficientes para eliminar as medidas coercivas. Há circunstâncias em que o uso destas medidas é a única solução para controlar o problema de comportamento (35, 36). Em 2007, Wynn *et al.* (37) concluíram que a maioria dos psicólogos aceitava o uso da coerção quando o doente apresentava comportamento violento. Para estes autores, os doentes com experiências coercivas prévias, do sexo feminino ou com idade mais avançada eram aqueles que revelavam uma melhor aceitação para o uso destas medidas (37). A decisão para o uso da reclusão ou isolamento não depende

só do comportamento do doente, mas também de outros factores relacionados com os cuidadores e a própria instituição (26, 36).

A prática de medidas de coerção continua a ser um tema controverso (12, 24, 32, 33, 36, 38,39). É muito difícil argumentar que o uso de medidas restritivas seja o mais adequado, quando não existem dados para suportar tais conclusões (39).

Entretanto, enquanto não houver mais investigação baseada nos efeitos positivos e negativos destas medidas, deve ser sempre seguido o princípio da não-maleficência (39).

Medicação Forçada

A medicação forçada tem sido um assunto muito pouco discutido na literatura ao longo dos últimos anos, no entanto, mais recentemente, este assunto tem despertado interesse a alguns autores (32, 40, 41).

A comparação da frequência da utilização da medicação involuntária e os factores a ela associados são dados escassos a nível internacional (41).

A não aderência à medicação está associada a uma recaída da sua doença mental e a um estilo de vida mais caótico, que, por sua vez, pode levar à perda do apoio social e a um maior isolamento por parte do doente (40). Quando não tratados, os doentes com perturbações mentais correm o risco de ter um agravamento no seu estado clínico, o que faz com que possam agir de modo perigoso tanto para si próprio quanto para terceiros. É baseado neste risco e no esforço para a sua prevenção que é usada a medicação forçada (40).

Jarrett *et al.* (40) procederam a uma revisão com o objectivo de descrever o perfil do doente que exige medicação forçada. Segundo este artigo, o doente tende a ter em média 30 anos de idade, o diagnóstico de esquizofrenia, doença bipolar ou outro transtorno psicótico e frequentemente é internado involuntariamente. A principal razão para o uso desta medida foi a ameaça ou acto de agressão.

Um estudo holandês investigou a preferência dos doentes face ao uso de medicação forçada ou reclusão, em situação de emergência (32). Foi concluído que os doentes do sexo masculino manifestam mais frequentemente preferência pela reclusão e que os doentes que não se encontram numa crise aguda são capazes de escolher a medida restritiva que preferem (32).

Tratamento Compulsivo Ambulatório

Com a crescente atenção virada para a autonomia do doente na decisão médica, as prioridades dos Serviços de Saúde Mental começam a basear-se na prestação de cuidados num contexto comunitário (38, 42-45). A introdução, em muitos países, de legislação para o tratamento compulsivo aplicado na comunidade, fez renovar o interesse acerca desta questão (46-48).

Os critérios legais tipicamente incluem ter doença mental grave que limita a capacidade do doente de consentir voluntariamente o tratamento recomendado, história de não aderência ao tratamento resultando em múltiplas hospitalizações e um grande risco de o doente se tornar perigoso no futuro devido à falta de tratamento (44, 48-50).

Muirhead *et al.* (42) referem uma diminuição significativa no número de admissões e período de internamento em doentes esquizofrénicos submetidos a um ano de tratamento compulsivo em ambulatório. Outro estudo também apoia que esta intervenção na comunidade estabelece um padrão de tratamento que reduz a necessidade de hospitalização futura (47).

Em contrapartida, para Kisely *et al.* (51) as ordens para tratamento em ambulatório, por si só, não reduzem as taxas de admissão hospitalar.

Grande parte dos doentes psiquiátricos são caracterizados por falhas na aderência ao tratamento tendo assim episódios de recaídas da sua doença mental que resultam IC (40, 42, 52). Segundo Muirhead *et al.* (42), uma resposta para esta falta de aderência baseia-se na aplicação da legislação para o tratamento involuntário ambulatório. Normalmente, essas ordens são dadas por três a seis meses, sendo renováveis, se necessário, com uma audiência em tribunal (48). Quando um doente, sob compromisso de tratamento em ambulatório, não aderir ao plano recomendado, o médico pode solicitar o seu IC (48).

Semelhante a outros tipos de intervenção, que implicam um certo grau de coerção, o tratamento compulsivo em ambulatório tem sido alvo de discussão em relação à sua efectividade e questão ética (5, 29, 42, 45).

O tratamento compulsivo ambulatório permite uma intervenção no mínimo ambiente restritivo possível (43, 47). Segundo McLoughlin *et al.* (53) este regime contribui para um maior compromisso com os Serviços Psiquiátricos, promove a autonomia individual melhorando a Saúde Mental e protege os indivíduos vulneráveis da deterioração e vitimização. Outros, vêem como uma forma de acesso à Saúde Mental para doentes que não conseguem tê-la por eles próprios (48, 54) e um esforço para reduzir as recidivas da doença, o IC e o comportamento violento (29, 52).

Os opositores a esta medida estão preocupados com o uso da coerção, vendo este tipo de ordem como uma restrição excessiva à autonomia e liberdade individual e um mecanismo de controlo social, que pode facilitar o preconceito e resultar no abandono dos serviços por parte do doente (48, 49).

Apesar da controvérsia que este tema gera, investigações sobre a implementação e os resultados face ao tratamento ambulatório têm sido inconclusivos até agora, não havendo, ainda, evidências para apoiar ou refutar a sua utilização (5, 43, 46, 55-57).

Diversos estudos recentes destacam a complexidade das questões relativas a este tipo de tratamento, nomeadamente a compreensão das variações regionais e a determinação de quando o seu uso é mais efectivo (12, 47, 52, 54, 58, 59).

Segundo Petrilá *et al.* (58), num estudo realizado no estado da Florida, “existem grandes obstáculos processuais, filosóficos e práticos relativamente ao uso do tratamento compulsivo ambulatório”. Neste artigo, embora as leis tenham sido promulgadas em Janeiro de 2004, apenas 71 ordens tinham sido invocadas até Junho de 2007 (58).

Em contraste com o uso limitado deste tipo de tratamento na Florida, Segal *et al.* (47), no estado australiano de Vitória, constatou que 16 569 pedidos de tratamento compulsivo ambulatório foram escritos, num espaço de 10 anos. O objectivo deste estudo foi determinar se essas ordens tinham sido invocadas para impedir um reinternamento involuntário ou para obter uma alta hospitalar mais precoce. Ficou concluído que apenas 8% tinham o objectivo de prevenir um novo internamento, sendo

que os restantes 92% tinham o objectivo de encurtar a estadia do internamento e obter alta mais precoce (47).

Uma questão essencial é saber se o tratamento compulsivo ambulatorio exerce alguma influência nos resultados clínicos independentemente do programa de tratamento que inevitavelmente o acompanha. Será que os mesmos resultados poderiam ser obtidos com melhoria dos serviços prestados na comunidade? Ou será que estas medidas compulsivas têm uma contribuição independente? Fica para avaliar no futuro de que modo é que os clínicos vão fazer uso desta medida.

Milne *et al.* (60) concluíram que se este tipo de tratamento for cuidadosamente orientado e não excessivamente utilizado, é provável que seja melhor aceite pelos doentes.

Fica, assim, sugerido que melhores estudos, mais bem desenhados e controlados são necessários para investigar estas questões. Comentários recentes sobre este tema concluem que os resultados dos estudos são ambíguos e existem problemas metodológicos que tornam difícil a generalização das conclusões obtidas (44, 46, 54, 61).

Perspectiva dos doentes, familiares e profissionais de saúde

Compreender a experiência e vivência de cada um dos intervenientes no IC tem sido alvo de investigação no sentido de tornar esta abordagem numa experiência o menos negativa possível.

Esta obrigatoriedade do tratamento é vivenciada subjectivamente, não só pelos doentes, mas também pelos familiares e profissionais de saúde envolvidos.

A relação entre doentes e profissionais de saúde, independentemente da sua área de actuação, é cada vez mais reconhecida como uma questão fundamental em todas as áreas da assistência psiquiátrica. Oferecer excelentes cuidados do ponto de vista técnico não é suficiente para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que é notório que os doentes manifestam o desejo de serem acolhidos, escutados e compreendidos (62, 63). Embora o IC seja entendido como uma situação indesejável, resultando em experiências negativas e uma redução na autonomia dos doentes, uma grande parte dos estudos indica que, no contexto de uma adequada relação terapêutica, este tipo de internamento pode ser tido como uma experiência positiva (13, 26, 35, 63-65). O problema é que o uso da coerção é a principal barreira para o estabelecimento desta relação (26, 63, 64, 66). Num estudo acerca das vivências dos doentes submetidos a IC em Inglaterra, foi constatado que este tipo de internamento era considerado como uma experiência positiva quando o doente sentia que o clínico estava a agir segundo o melhor interesse do próprio doente (64).

Segundo Owen *et al.* (67) 80 a 90% dos doentes que recuperaram a capacidade de decisão após um IC, consideram correcta a tomada de decisão por parte dos médicos em relação à sua hospitalização e tratamento contra a própria vontade. Apenas 5 a 20% consideraram desnecessária a intervenção forçada. A maioria destes doentes referiu, ainda, que o médico ou mesmo um membro da família deveria tomar a decisão quando eles não fossem capazes (67).

Wallsten *et al.* (68) analisaram a opinião de doentes internados, voluntária e involuntariamente, em unidades psiquiátricas, e os seus parentes mais próximos. Segundo os autores, a maioria dos inquiridos acredita que o IC deverá ser usado quando é necessário proteger o doente de danos que este

possa causar a si mesmo ou a outros e que deverão ser os médicos os responsáveis pela tomada de decisão em relação a este tipo de internamento (68).

Os doentes que exprimiram menor satisfação com o IC na primeira semana de admissão são os mais propensos a serem readmitidos involuntariamente no prazo de um ano e também os menos propensos a admitir o seu internamento como justificável (69). Do mesmo modo, as pessoas que vivem sozinhas são mais propensas a considerar o IC como justificável, possivelmente porque durante e após a hospitalização sentiram mais apoio social, acabando por ter uma visão mais positiva da experiência (69). Isto sublinha a importância da inclusão em programas sociais que possam apoiar estes doentes (70). Uma rede comunitária de cuidados parece reduzir o tratamento e o IC (71).

Em 2009, num estudo de Husum *et al.* (39), também a opinião dos profissionais de saúde ganhou especial interesse. Este estudo permitiu o desenvolvimento de uma escala, chamada “Staff Attitude to Coercion Scale” (SACS), para mensurar a diversidade das atitudes dos clínicos face ao uso de medidas de coerção.

Perante uma situação de recusa expressa de tratamento ou internamento de um doente mentalmente perturbado, o clínico tem de lidar com o seguinte dilema ético: por um lado o maior respeito possível pelo direito do doente à liberdade de escolha, e por outro o dever profissional de prevenir e actuar na doença (33, 62, 72, 73).

Substituir o desejo do doente por tratamento forçado é uma prática, que faz parte do interesse público e que necessita de reflexão por parte da psiquiatria (7, 38, 73,74). Mais investigação nesta área é necessária para estabelecer a relação entre a atitude dos profissionais, a ideologia face ao tratamento e o uso da coerção (38, 39, 73).

A Realidade Portuguesa

As Leis, que primariamente regulamentaram o IC do portador de anomalia psíquica em Portugal, datam de 1963 (Lei n.º 2118/63 de 3 de Abril), que vigoraram no nosso país durante 35 anos.

Em 1998, foi aprovada e publicada a nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho). Segundo esta lei, o “IC só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado ou se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa” (3). Para isso deve obedecer aos princípios gerais da necessidade, isto é, só em situações em que o tratamento não se possa efectivar de outro modo, da proporcionalidade, uma vez que deverá ser proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa, e da subsidiariedade, sendo que logo que possível, o internamento deverá ser substituído por tratamento em regime ambulatorio (3, 62). O representante legal do doente, as autoridades de saúde pública, o Ministério Público, ou qualquer outra pessoa com legitimidade para requer a interdição do doente pode sugerir o IC (3).

Segundo um estudo realizado em 2004, em Portugal, o perfil do doente submetido ao IC enquadra-se nas seguintes características: homem, solteiro, 41 anos, baixa escolaridade (4º ano do 1º ciclo), desempregado, sofre de esquizofrenia, tem o apoio directo dos familiares, é seguido em consulta e já foi submetido a internamentos anteriores em unidades psiquiátricas (62). O principal motivo para a descompensação da sua doença mental é o abandono da medicação psicofarmacológica instituída (62). A esquizofrenia e a perturbação bipolar foram os diagnósticos mais frequentes à entrada (62).

Cerca de 42% dos doentes passa para um regime de tratamento compulsivo ambulatorio e quase todos os doentes submetidos a IC ficam com seguimento clínico em consulta após a alta. Cerca de 20% dos doentes apresenta sucessivos reinternamentos involuntários (62).

Apesar de haver uma tendência para o aumento progressivo das taxas de IC no nosso país, verifica-se, que, em relação às taxas europeias, Portugal é o país que apresenta a percentagem de internamento mais baixa (3,2%) (11, 62).

CONCLUSÃO

O IC é uma prática comum por todo o Mundo. Muito debate tem havido à volta deste tema, nomeadamente, na justificação ética, legislação apropriada e melhor prática clínica aplicada, no entanto, pouca investigação tem sido conseguida nesta área.

Após ter-se verificado o descrito na bibliografia, repara-se, que se por um lado aparenta violar alguns direitos humanos, por outro lado, e aquando de uma aplicação correcta da lei, desenvolve-se em prol do bem-estar e melhoria do estado de saúde das pessoas com perturbações mentais graves e, de uma forma geral, das pessoas que com elas convivem diariamente.

A grande questão que se levanta quando falamos em IC prende-se com a privação da liberdade. É certo que a doença mental pode, em certa medida, diminuir a autonomia do doente, impondo-lhe parâmetros mais estreitos de liberdade, no entanto, o IC não deve ser encarado como uma forma de limitar este direito, mas sim como uma forma de devolver à pessoa a liberdade plena, que está diminuída pelo factor doença.

Deste modo, acredita-se que tudo depende do bom senso dos profissionais de modo que as acções sejam conscientes e visem o real benefício da pessoa com doença mental. É relevante fazer uma avaliação precisa e exacta de cada situação de modo a avaliar em que casos concretos se deve adoptar por primar pelo princípio da beneficência em detrimento do princípio da autonomia, tentando não incorrer na violação quer do consentimento informado quer do direito à liberdade.

Para isso, é necessário aplicar bem a lei, proceder a uma correcta avaliação das situações e optar pelo IC apenas em casos de extrema necessidade e quando os outros métodos de tratamento se revelaram incapazes.

Apesar de todas as ideias expostas pelos diferentes autores relativamente ao assunto, este continuará a ser um tema controverso e que dificilmente se chegará a um consenso. Contudo, espera-se que a aplicação deste tipo de internamento se realize cada vez de forma mais consciente e visando apenas os benefícios para a pessoa com doença mental.

Somando tudo, os resultados nos diversos estudos demonstram uma forte necessidade de mais investigação nesta área. O uso de normas aplicadas internacionalmente e a avaliação anual das taxas actualizadas para este tipo de internamento são fundamentais.

No nosso país urge uma mudança nos assuntos relacionados com o estado da Saúde Mental, deste modo, seria necessária a realização de outros trabalhos inseridos, por exemplo, no âmbito da Psiquiatria Comunitária, dos projectos de intervenção familiar e parceria entre instituições e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf - Acedido em Março de 2010 pelas 19h43.
2. Fennell P. Best Interests and Treatment for Mental Disorder. *Health Care Anal* 2008; 16:255-267.
3. http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf - Acedido em Janeiro de 2010 pelas 13H25.
4. Potkonjak J, Karlovic D. Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients: retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. *Acta Clin Croat* 2008; 47:141-147.
5. Duarte C, Wong F, Kwok WT, Lau KK, Chang ML, Ho CY. Tratamentos Compulsivos em Macau. Os Primeiros Cinco Anos. *Acta Médica Portuguesa* 2006; 19: 73-78.
6. Van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V, et al. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I): a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry* 2008; 8:35.
7. Brooks RA. Psychiatrists' Opinions About Involuntary Civil Commitment: Results of a National Survey. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35:219-228.
8. <http://www.oregoncounseling.org/LawsRights/CivilCommit.htm> - Acedido em Abril de 2010 pelas 14:27.
9. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:360-365.
10. Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:797-803.
11. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184:163-168.
12. Sheehan KA. Compulsory treatment in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22:582-586.

13. Van der Post L, Mulder CL, Bernardt CML, Schoevers RA, Beekman ATF, Dekker J. Involuntary admission of Emergency Psychiatric Patients: Report From the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services* 2009; 60, suppl 11:1543-1546.
14. Wierdsma AI. Emergency compulsory admissions in the Netherlands: fluctuating patterns in Rotterdam, 1929-2005. *History of Psychiatry* 2009; 20(2):199-214.
15. Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A. The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2009; 9:41.
16. Valevski A, Olfon M, Weizman A, Shiloh R. Risk of readmission in compulsorily admitted patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:916-922.
17. Mulder CL, Uitenbroek D, Broer J, et al. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000–2004. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31:331-336.
18. Keown P, Mercer G, Scott J. Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996–2006. *BMJ* 2008; 337: a1837.
19. Katsakau C, Priebe S. Outcome of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114:232-241.
20. Salize HJ, Schanda H, Dressing H. From the hospital into the community and back again: a trend towards re-institutionalisation in mental healthcare? *Int Rev Psychiatry* 2008; 20:527-534.
21. Bowers L, Jones J, Simpson A. The demography of nurses and patients on acute psychiatric wards in England. *J Clin Nurs* 2009; 18:884-892.
22. Priebe S, Frottier P, Gardini A, et al. Mental healthcare institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Services* 2008; 59:570-573.
23. Kjellin L, Ostman O, Ostman M. Compulsory psychiatric care in Sweden: development 1979–2002 and area variation. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31:51-59.
24. Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatry* 2009; 24:135-141.

25. Preti A, Rucci P, Santone G, et al. Patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2009; 39:485-496.
26. Wallsten T, Kjellin L, Lindstrom. Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:975-980.
27. Cougnard A, Kalmi E, Desage A, Misdrani D, et al. factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:804-809.
28. Vinkers DJ, de Vries SC, van Baars AW, Mulder CL. Ethnicity and dangerousness criteria for court ordered admission to a psychiatric hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009.
29. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:981-988.
30. Large MM, Nielssen OB, Lackersteen SM. Did the introduction of ‘dangerousness’ and ‘risk of harm’ criteria in mental health laws increase the incidence of suicide in the United States of America? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:614-621.
31. Large MM, Nielssen O, Ryan CJ, Hayes R. Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:251-256.
32. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, et al. Patients’ preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2008; 59:209-211.
33. Liégeois A, Eneman M. Ethics of deliberation, consent and coercion in psychiatry. *J Med Ethics* 2008; 34:73-76.
34. Ohlenschlaeger J, Nordentoft M. Coercion in patients who at their first contact with the psychiatric services system were diagnosed within the schizophrenia-spectrum in Denmark. A register study. *Nord J Psychiatry* 2008; 62:77-81.
35. Trobec I, Hersbst M, Zvanut B. Differentiating Between Rights-Based and Relational Ethical Approaches. *Nursing Ethics* 2009; 16(3):283-291.
36. Prinsen EJD, Van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics* 2009; 35:69-73.

37. Wynn R, Myklebust LH, Bratild T. Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nord J Psychiatric* 2007; 61:433-437.
38. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18:576-584.
39. Husum TL, Finset A, Ruud T. The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31:417-422.
40. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *J Adv Nurs* 2008; 64:538-548.
41. Kaltiala-Heino R, Valimäki M, Korkeila J, Tuohimäki C, Lehtinen V. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 2003; 18:290-295.
42. Muirhead D, Harvey C, Ingram G. Effectiveness of community treatment orders for treatment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication: clinical outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:596-605.
43. Jethwa K, Galappathie N. Community treatment orders. *BMJ* 2008; 337:a613.
44. Snow N, Austin WJ. Community treatment orders: the ethical balancing act in community mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16:177-186.
45. Zanni GR, Stavis PF. The Effectiveness and Ethical Justification of Psychiatric Outpatient Commitment. *The American Journal of Bioethics* 2007; 7(11):31-41.
46. O'Brien AJ, McKenna BG, Kydd RR. Compulsory community mental health treatment: literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46:1245-1255.
47. Segal SP, Burgess P. Preventing Psychiatric Hospitalization and Involuntary Outpatient Commitment. *Social Work in Health Care* 2009; 48:232-242.
48. Swanson J et al. Racial Disparities In Involuntary Outpatient Commitment: Are They Real? *Health Affairs* 2009; 28(3): 816-826.
49. Link B, Castille DM, Stuber J. Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med* 2008; 67:409-419.

50. Potter NN. Querying the “Community” in Community Mental Health. *The American Journal of Bioethics* 2007; 7(11):42-43.
51. Kisely SR, Xiao J, Preston NJ. Impact of compulsory community treatment on admission rates. Survival analysis using linked health and offender databases. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:432-438.
52. Involuntary outpatient commitment. *Harvard Mental Health Letter* 2008.
53. O’Brien AJ. Nurses need to debate involuntary outpatient treatment. *Archives of Psychiatric Nursing* 2009; 23:89.
54. Kisely S, Campbell LA. Does compulsory or supervised community treatment reduce ‘revolving door’ care? *British journal of Psychiatry* 2007; 191:373-374.
55. Lawton-Smith S, Dawson J, Burns T. Community treatment orders are not a good thing. *Br J Psychiatry* 2008; 193:96-100.
56. Burns T, Dawson J. Community treatment orders: how ethical without experimental evidence? *Psychol Med* 2009; 39:1583-1586.
57. Burgess P, Bindman J, Leese M, Henderson C, Szumukler G. Do community treatment orders for mental illness reduce readmission to hospital? *Soc Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:574-579.
58. Petrila J, Christy A. Florida’s outpatient commitment law: a lesson in failed reform? *Psychiatr Serv* 2008; 59:21-23.
59. Segal SP, Burgess PM. Use of community treatment orders to prevent psychiatric hospitalization. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42:732-739.
60. Milne D, O’Brien A; McKenna B. Community treatment orders and competence to consent. *Australasian Psychiatry* 2009; 17(4), 273-278.
61. Kinderman P, Tai S. Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental healthcare in the community. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31:479-486.
62. Loureiro CR. Internamento compulsivo: contributo para o estudo da aplicabilidade da Lei de Saúde Mental; 2004.
63. Katsakou C, Priebe S. Patient’s experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale* 2007; 16(2):172-178.

64. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental healthcare: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:92.
65. Hamann J, Mendel RT, Fink B, et al. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196:329-332.
66. Sorgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scand J Caring* 2007; 21:214-219.
67. Owen GS, David AS, Hayward P, Richardson G, Szukler G, Hotopf M. Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 195: 403-407.
68. Wallsten T, Ostman M, Sjoberg RL, Kjellin L. Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 2008; 62:444-449.
69. Priebe S, Katsakou C, Amos T, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 2009; 194:49-54.
70. Van Dorn RA, Elbogen EB, Redlich AD, Swanson JW, Swartz MS, Mustillo S. The relationship between mandated community treatment and perceived barriers to care in persons with severe mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29:495-506.
71. Wiersdsma AI, Poodt H, Mulder CL. Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:613-618.
72. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Healthcare Philos* 2008; 11:89-97.
73. Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Rottgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany – a questionnaire analysis. *European Psychiatry* 2004; 19:91-95.
74. Stanhope V, Marcus S, Solomon P. The impact of coercion on services from the perspective of mental healthcare consumers with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2009; 60:183-188.

ANEXOS

Tabela 1 – Taxas de Internamento Compulsivo na União Europeia.

País	Ano	Internamentos Compulsivos		
		Nº	Percentagem de episódios	Taxa (nº anual de IC por 100 000 habitantes)
Áustria	1999	14 122	18	175
Bélgica¹	1998	4799	5,8	47
Dinamarca¹	2000	1792	4,6	34
Finlândia	2000	11 270	21,6	218
França	1999	61 063	12,5	11
Alemanha²	2000	163 551	17,7	175
Grécia		Não disponível		
Irlanda	1999	2729	10,9	74
Itália		Não disponível	12,1 ³	Não disponível
Luxemburgo	2000	396	Não disponível	93
Holanda	1999	7000 ⁴	13,2	44
Portugal	2000	618	3,2	6
Espanha		Não disponível		
Suécia	1998	10 104	30 ⁵	114
Reino Unido⁶	1998	46 300		93
	1999	23 822	13,5	48

1. Informação relativa apenas ao momento de admissão; durante o período referido, o número de doentes que passaram de regime voluntário para involuntário não foi considerado.

2. Aplicações legais por ano; taxa por 100 000 habitantes refere-se a 1988, a percentagem de episódios refere-se ao ano de 1999.

3. Dados referentes apenas à região de Lombardia, desconhecem-se dados relativamente ao ano.

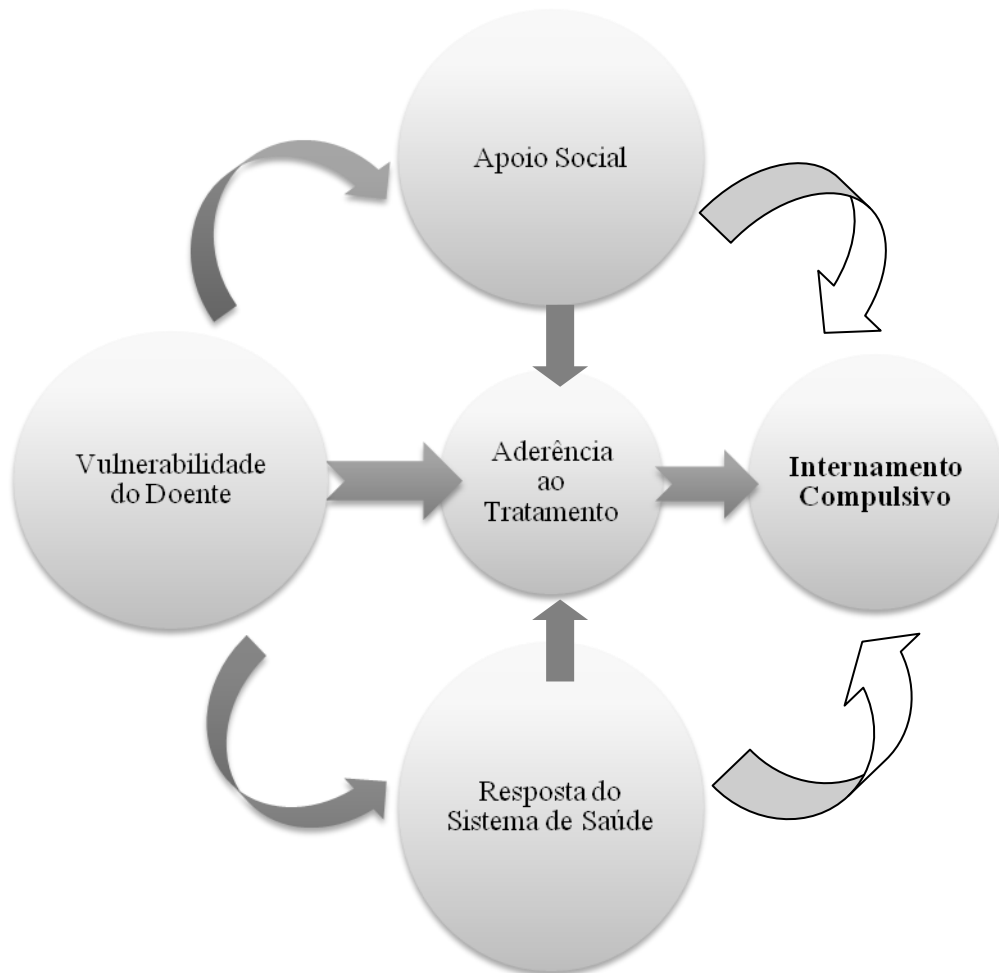
4. Número de internamentos compulsivos decididos pelo tribunal.

5. Referente ao ano de 1997.

6. Dados referentes apenas a Inglaterra; 1998 inclui os internamentos compulsivos assim como os doentes que passaram para regime compulsivo após admissão voluntária, 1999 inclui apenas as admissões compulsivas.

(Adaptado de Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004; 184:163-168; com permissão do autor.)

Imagem 1 – Preditores do risco de Internamento Compulsivo.



(Adaptado de Van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V, et al. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I): a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. BMC Psychiatry 2008; 8:35; com autorização do autor.)