Nota Técnica 502406

Data de conclusão: 23/04/2026 19:46:04

Paciente

Idade: 16 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Itapuã do Oeste/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Vara de Proteção à Infância e Juventude de Porto Velho

Tecnologia 502406

CID: F91.0 - Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar

Diagnóstico: distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: internação compulsória

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: internação compulsória

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais, acompanhamento em Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: internação compulsória

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: internação compulsória

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A internação psiquiátrica no Brasil.
No Brasil, desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 (Lei 10.216/2001), o Ministério Público Estadual passou a regular os procedimentos legais e administrativos das internações psiquiátricas. Essa lei representou um avanço significativo na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, estabelecendo que a internação deve ser utilizada apenas como último recurso.
A partir do disposto na lei 10.216/2001, o Conselho Federal de Medicina (CFM) (resolução número 2.056/2013) prevê três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. Brevemente, a internação voluntária ocorre com indicação médica e, necessariamente, com o consentimento expresso de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.
O paciente que consente com a internação voluntária deve, no momento da admissão, assinar uma declaração confirmando sua escolha por esse tipo de tratamento. Em uma internação voluntária, o paciente tem o direito de pedir alta a qualquer momento, conforme seu desejo. Isso significa que a internação é considerada voluntária apenas se o paciente expressar por escrito sua aceitação; nos demais casos, é classificada como involuntária.
A internação involuntária se dá contrariamente à vontade do paciente, sem seu consentimento expresso ou quando o consentimento é inválido, como no caso de pacientes incapazes. A justificativa central para a internação involuntária reside na perda de autonomia do indivíduo, causada por sua condição mental, que o impede de reconhecer e compreender a natureza prejudicial de seu estado.
Ela é solicitada por uma terceira pessoa, geralmente um familiar de primeiro grau. Ou seja, a internação involuntária tem início a partir do pedido formal por parte de um familiar ou responsável legal (geralmente de primeiro grau) ao médico. Dá-se, então, a avaliação do médico assistente e, caso haja indicação para internação psiquiátrica, o paciente é removido para a instituição designada. Se houver resistência do paciente, a remoção pode envolver medidas de contenção, como contenção física (restrição mecânica por meio de faixa, visando a evitar que o paciente se machuque ou fira outras pessoas), contenção química (administração de medicamentos sedativos ou tranquilizantes para controlar a agitação) e, em situações extremas, apoio da polícia e/ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (9). Tais medidas de contenção restringem a autonomia do sujeito e tendem a tornar-se eventos

traumáticos em suas vidas (10).
Os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde em que se deu a internação involuntária tem prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela.
A internação compulsória é fundamentalmente uma internação involuntária, tendo em vista que prescinde da autonomia do sujeito. Nela, contudo, não é necessária a autorização de um familiar. A internação compulsória é sempre determinada por um juiz competente. O pedido formal pode ser realizado por um familiar do paciente ou um médico psiquiatra. Esse tipo de internação também pode ser aplicada como cumprimento de uma medida de segurança, quando uma pessoa comete um ato delituoso, mas, devido a seu transtorno mental, precisa de tratamento em vez de uma pena comum.
Independentemente da forma de solicitação, trata-se de uma internação determinada pela Justiça. Por esse motivo, a instituição deve sempre acatar a intimação judicial para internação, mesmo que a avaliação clínica inicial não identifique critérios que justifiquem a internação. Nesses casos, a internação deve ser realizada e, posteriormente, a instituição deve informar ao juiz sobre a possível inadequação dessa modalidade de tratamento. A alta hospitalar também deve ser comunicada à Justiça. A internação compulsória é, de certa forma, compulsória para o paciente e para a instituição.

6.1.2 Indicações de internação psiquiátrica involuntária ou compulsória

Primeiramente, faz-se necessário esclarecer que as indicações para internação psiquiátrica involuntária e compulsória são semelhantes. A diferença fundamental entre ambas as modalidades é o solicitante: a involuntária é solicitada por um familiar e validada por um médico da instituição psiquiátrica, enquanto a compulsória é determinada por um juiz, com base em avaliação clínica e jurídica do contexto.
No Brasil, resolução do conselho de medicina estabelece que a internação involuntária ou compulsória de um paciente com doença mental só pode ocorrer se, devido à sua condição, ele apresentar uma das seguintes situações, que são consideradas emergências médicas: incapacidade grave de cuidar de si mesmo, risco de vida ou de danos graves à saúde, perigo de autoagressão ou agressão a terceiros, risco de danos morais ou patrimoniais, ou ameaça à ordem pública.
O laudo médico exigido para qualquer internação involuntária deve incluir o diagnóstico do paciente, o motivo da internação e a justificativa para a necessidade de que seja involuntária. Em outras palavras, além dos critérios para a internação psiquiátrica, é essencial explicar por que ela deve ocorrer sem o consentimento do paciente. A justificativa para a internação deve considerar o quadro psiquiátrico do paciente, a gravidade e os riscos associados à piora desse quadro, bem como a capacidade da família e dos recursos fora do hospital de fornecer cuidados adequados.
A justificativa da involuntariedade está condicionada à avaliação da capacidade do paciente de reconhecer e compreender seu estado de saúde. Isso envolve uma análise da habilidade do paciente com transtorno psiquiátrico de tomar decisões sobre seu tratamento de maneira voluntária e autônoma. Para essa avaliação, são consideradas quatro dimensões da capacidade de consentimento: entendimento, apreciação, raciocínio e comunicação de uma escolha. Tanto o médico assistente quanto um médico perito são capazes de avaliar a capacidade do paciente de deliberar e, após, consentir sobre seu tratamento.

6.1.3 Sobre os riscos da internação involuntária/compulsória.

A indicação de qualquer intervenção que possa ferir a autonomia do sujeito é controversa. Pode-se, contudo, questionar acerca da existência de autonomia para deliberar sobre possibilidades terapêuticas.
O modelo mais comumente utilizado em bioética, denominado de principialista, considera

quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (11). Considera-se autonomia a capacidade de uma pessoa tomar decisões informadas e independentes sobre sua própria vida e cuidados, incluindo tratamentos médicos. É o princípio que assegura o respeito à vontade do indivíduo, desde que ele tenha a capacidade de compreender as informações relevantes, avaliar as consequências das opções disponíveis e comunicar suas escolhas.

No contexto em tela, observa-se atrito entre os princípios de autonomia (em que se preza por preservar o direito do indivíduo de decidir sobre seu tratamento) e de beneficência (no qual o profissional de saúde compromete-se a intervir para proteger a vida e a saúde do paciente e de seus familiares). Assim como há dúvidas sobre a manutenção da autonomia do paciente em um quadro psiquiátrico com histórico não aprofundado, questiona-se sobre a capacidade de uma internação involuntária, no contexto em tela, de fato proteger a vida do sujeito e de sua família.

Há evidências científicas, de reduzida qualidade metodológica, sugerindo que internação compulsória pode reduzir a agressividade em pacientes com esquizofrenia no curto prazo (12, 13). Evidentemente, durante o período de internação, o risco de violência direcionada ao familiar é anulado. Depois da alta hospitalar, entretanto, a re-hospitalização por comportamento violento é frequente (13). Suicidalidade e hostilidade são comuns nos três meses que se seguem à internação compulsória (14).

Não se pode assegurar, portanto, que a internação compulsória, no contexto em tela, será capaz de, posteriormente à alta hospitalar, oferecer benefícios continuados ao paciente e ao seu familiar.

6.1.5 Sobre as possibilidades de tratamento no SUS.

Com vistas justamente a substituir as internações psiquiátricas, em 2002, o Ministério da Saúde divulgou portarias (portaria 336/2002 e 189/2002) para o credenciamento e o financiamento de serviços de Saúde Mental. De fato, em municípios com menor número de habitantes, é possível que não esteja disponível um dispositivo capaz de oferecer cuidados durante à noite e aos finais de semana. Além disso, o paciente pode optar por não comparecer aos atendimentos disponibilizados pelo CAPS.

Item	Descrição	Quantidade	Valor mensal	Valor Anual
Internação psiquiátrica	Internação hospitalar em enfermaria coletiva com seguimento multidisciplinar	30 dias	R$ 29.040,00	R$ 29.040,00

* Conforme orçamento presente nos autos (Num. 130300094 - Pág. 1).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: espera-se que, durante o período de internação, o paciente permaneça em ambiente seguro, distante da comunidade em que vive. Nesse período, seus familiares não serão vítimas de agressões físicas ou verbais perpetradas pelo paciente.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: internação compulsória

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Ainda que a parte autora seja menor de idade, a internação compulsória carrega o potencial de ferir a autonomia e liberdade do sujeito. Por esse motivo, trata-se de intervenção que se dá em caráter excepcional, quando exauridos todos os outros dispositivos ofertados pelo sistema e pelo menor tempo possível. É preferível, portanto, que as internações sejam voluntárias de forma a promover o envolvimento e a responsabilização dos pacientes em seu processo de tratamento. Há, também, evidências científicas sugerindo riscos de tratamentos que ocorrem na ausência de consentimento do paciente.
A internação psiquiátrica compulsória é uma interface entre medicina e direito. Enquanto que a linguagem médica descreve o estado do paciente em uma escala que vai de grave a completamente saudável, a linguagem jurídica é binária: o doente é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece ou não perigo.
Não se identificou no processo documento médico atual e preferencialmente emitido por serviço de referência em atenção psicossocial do SUS. O documento com indicação de hospitalização foi emitido há mais de 6 meses. Dessa forma, restam incertos o quadro atual do paciente, as alternativas terapêuticas previamente instituídas, bem como as limitações dos cuidadores e dos serviços do município.
Com base em petição inicial, e em documentos elaborados nos últimos anos, sabe-se tratar-se de situação complexa em que há potencial risco ao paciente e a familiares e, em função disso, necessidade de cuidados contínuos e intensos, justificando o pleito por internação compulsória. Sabe-se que tal contexto pode ora caracterizar-se como urgência médica, ora tratar-se de intervenção eletiva. A rapidez com que a condição da parte flui impossibilita a realização de recomendação técnica dicotômica (favorável ou desfavorável) a partir de documentação pretérita. Ou seja, ainda que se opte pela elaboração de laudo médico recente, as informações que constam no processo podem não mais corresponder ao momento clínico atual do paciente.
Sendo assim, recomendamos considerar atendimento direto do paciente em caráter emergencial, se possível em serviço de emergência, a fim de ponderar sobre o pleito em questão e possibilitar realização de internação involuntária, de acordo com o previsto na Rede de Atenção Psicossocial, caso de fato se verifique a eventual persistência de tal indicação terapêutica.
Destacamos a relevância de nova avaliação psiquiátrica para avaliar a suficiência das medidas extra-hospitalares e plano terapêutico. Sugerimos, ainda, o seguimento da assistência social do município. Nela, é essencial que se investigue a capacidade da família, vítima de violência repetida, manter os cuidados do paciente, e que se considere possibilidade de institucionalização de longa permanência em, por exemplo, serviço de residencial terapêutico, previstos na Rede de Atenção Psicossocial.
Cientes de que consiste em intervenção extrema, cujo risco agregado é de suma importância (o risco de ferir a autonomia do sujeito sem, necessariamente, garantia de eficácia em desfechos relevantes, como redução do número de novas internações psiquiátricas), optamos por ora pela recomendação técnica desfavorável ao pleito.
Mediante novas informações, preferencialmente emitidas por equipe de saúde e assistência social do município, estamos à disposição para reavaliação do caso.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
2. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. J Child Psychol Psychiatry. 2007;48(7):703–13.
3. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct disorder. Nat Rev Dis Primer. 2019;5(1):1–25.
4. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(3):609–21.
5. Kaur M, Floyd A, Balta A-M. Oppositional defiant disorder: Evidence-based review of behavioral treatment programs. Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr. 2022;34(1):44–58.
6. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000;9(3):541–55.
7. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):386–92.
8. Schmidt S, Petermann F. Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). BMC Psychiatry. 2009;9(1):58.
9. Negroni AA. On the concept of restraint in psychiatry. Eur J Psychiatry. 2017;31(3):99–104.
10. Guirguis EF, Durost HB. The Role of Mechanical Restraints in the Management of Disturbed Behaviour. Can Psychiatr Assoc J. junho de 1978;23(4):209–18.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Morality and ethical theory. Appl Ethics Crit Concepts Philos. 2002;75–95
12. Canova Mosele PH, Chervenski Figueira G, Antônio Bertuol Filho A, Ferreira de Lima JAR, Calegaro VC. Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. Psychiatry Res. 2018 Jul;265:13-18. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.031. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29680512.
13. Korkmaz U, ?im?ek MH. Predictors of rehospitalization due to violent behavior in patients with psychotic disorders with a history of violent behavior. Front Psychiatry. 2025 Aug 1;16:1624706. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1624706. PMID: 40821013; PMCID: PMC12355659.
14. Giacco D, Priebe S. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. PLoS One. 2016 May 12;11(5):e0154458. doi: 10.1371/journal.pone.0154458. PMID: 27171229; PMCID: PMC4865189.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme relatórios médicos acostados aos autos, a parte autora é diagnosticada com distúrbios de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno opositor desafiador (TOD). Submetido a acompanhamento multidisciplinar inicialmente no centro de atenção psicossocial de referência e, por questões de territorialidade, foi encaminhado para seguimento em serviço ambulatorial policlínico. Prescrito ritalina, decanoato de haloperidol, risperidona e carbamazepina. Refere uso de cigarro, sem uso de substâncias ilícitas (Num. 127868824 - Pág. 7-12).
O psiquiatra assistente descreve que o autor tem baixa adesão ao tratamento psicológico e

farmacológico, com quadro de agitação psicomotora, comportamentos de risco, impulsividade, hiperatividade, mitomania e comportamento heteroagresivo (Num. 127868824 - Pág. 10-11). Perante o quadro, o psiquiatra assistente indicou internação involuntária.
A parte autora pleiteou jurisdicionalmente pedido de internação compulsória, com indeferimento judicial e determinação de que o paciente seja submetido à avaliação psiquiátrica por equipe especializada do Hospital de Base Ary Pinheiro (ou outro serviço público indicado pelo ente competente) para avaliar a necessidade de internação, indicar a suficiência ou insuficiência das medidas extra-hospitalares e sugerir plano terapêutico adequado ao caso (Num. 133744255 - Pág. 1-3).
Esta nota técnica versará sobre o contexto de internação psiquiátrica em pacientes com diagnóstico de transtorno opositor desafiador.
Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição ou DSM-5 para o diagnóstico de transtorno desafiador de oposição faz-se necessário que a criança mantenha um padrão de humor raivoso ou irritável com comportamento argumentativo, desafiador ou vingativo por, pelo menos, seis meses (1). Tal comportamento não pode ser direcionado exclusivamente a irmãos e deve ocasionar prejuízo individual ou social. Identificado, normalmente, durante a infância, estima-se que acometa cerca de 10% dos adultos norte-americanos (2).
O transtorno desafiador de oposição é considerado precursor de transtorno de conduta, que se caracteriza por comportamentos que violam os direitos dos outros, como agressão física contra pessoas ou animais, roubo e danos materiais (3,4). Transtorno de conduta ocorre em cerca de 3% das crianças em idade escolar; em contrapartida, é um dos transtornos psiquiátricos menos reconhecidos e estudados. Além disso, cerca de 90% dos pacientes com diagnóstico de transtorno desafiador de oposição apresentam doenças psiquiátricas associadas, como transtornos de humor (45,8%), ansiedade (62,3%) e uso de substâncias (47,2%). Para o tratamento de transtorno desafiador de oposição recomenda-se psicoterapia com vistas a mudanças comportamentais (5). Tanto o transtorno desafiador de oposição e o transtorno de conduta quanto o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) são considerados transtornos de comportamento disruptivo.
O TDAH, ou também denominado transtorno hipercinético, é um dos distúrbios psiquiátricos mais frequentemente diagnosticados na infância, de forma que a prevalência estimada de TDAH entre crianças e adolescentes varia entre 3% a 5%, dependendo do sistema de classificação utilizado (6–8). Em linhas gerais, o diagnóstico de TDAH baseia-se no reconhecimento de desatenção excessiva, hiperatividade e impulsividade, com evidente prejuízo em funcionamento social ou acadêmico, em crianças menores de 12 anos de idade (1)
.