

Proposta de Critérios de Internamento em Psiquiatria

Proposal of Admission Criteria for Psychiatric Hospitalization

Jorge MOTA^{✉1}, Pedro TEIXEIRA¹, Tiago RODRIGUES¹, Hélder LOURENÇO¹, Susana MOREIRA¹, Daniela MARTINS¹, Pedro HORTA¹, João QUARENTA¹, Tânia TEIXEIRA¹

Acta Med Port 2024 Mar;37(3):160-162 • <https://doi.org/10.20344/amp.20500>

Palavras-chave: Admissão do Doente; Hospitalização; Perturbações Mentais; Serviço de Psiquiatria
Keywords: Hospitalization; Mental Disorders; Patient Admission; Psychiatric Department, Hospital

No atual processo de reestruturação dos serviços de saúde mental, conforme o Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro, pretende-se que os serviços locais de saúde mental se orientem para a recuperação integral da pessoa com doença mental, promovendo a sua desinstitucionalização e reinserção na comunidade, o que engloba as unidades de internamento de pessoas em fase aguda de doença mental.¹

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde determina que o Estado deve promover o bem-estar mental através de cuidados centrados nas pessoas segundo as suas necessidades específicas, não podendo as pessoas afetadas por doenças mentais ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde.²

Em 1963, os autores Mishler e Waxler publicaram o que consideravam ser o primeiro estudo sobre decisões de internamento em hospitais psiquiátricos. Nele descrevem que, embora a sociedade selecione os doentes que se apresentam ao hospital, é o hospital que evidencia poder sobre a decisão de selecionar quem é internado. A população internada – sendo alvo de um processo de filtração pelo médico com base em questões não apenas clínicas, mas também sociais, culturais e subjetivas – perde qualquer representatividade em relação à população de doentes original.³

A prática de uma Psiquiatria humanizada obriga à vigilância contínua das práticas e tratamentos para assegurar que se mantenham compatíveis com as obrigações éticas. A medida de internamento não pode punir a pessoa com doença mental perante a recusa da sociedade em aceitar a diferença, pois isso contribui para o processo de estigmatização que, no extremo, pode resultar em alienação social.⁴

Em Portugal não existem critérios de admissão ao internamento de pessoas em fase aguda da doença mental, como definido noutros países,⁵ e a sua relevância estende-se a todos os serviços locais de saúde mental.

Questões éticas e económicas

O internamento é apenas uma alternativa entre diversos ambientes terapêuticos possíveis. O cuidado médico, além de possuir a qualidade necessária, deve ser disponibilizado na altura certa. A decisão de internamento é um exercício de definição de qual o cuidado que o utente necessita, e de quando o necessita. Um internamento inadequado pode constituir má prática quando, além de não fornecer ao utente o cuidado diferenciado necessário, ainda o inibe ao sobrepor-se a alternativas válidas.⁴

Daqui se entende que o internamento hospitalar não constitui uma finalidade em si, nem uma panaceia. Por não possuir competência normalizadora, o internamento não deve punir a pessoa com doença mental pela recusa da sociedade em aceitar a diferença, contribuindo assim para o processo de estigmatização. No extremo, o internamento em Psiquiatria não pode resultar em alienação social.

À ética, somam-se preocupações económicas com o custo de um internamento hospitalar desnecessário que não providencia o devido retorno económico nem social.

Os autores Hall e Kathol resumem os modelos de admissão em unidades hospitalares psiquiátricas, a dois tipos⁶:

- Fechado: o diretor clínico determina quais os utentes a serem admitidos, direcionando a atividade da unidade;
- Aberto: o internamento é determinado pelos médicos que observam o utente.

No modelo aberto, compatível com a Rede de Referência Hospitalar praticada em Portugal, os referidos autores alertam que a limitação de recursos humanos e materiais obriga a que os internamentos sejam limitados por critérios de admissão, estabelecidos por consenso entre o médico que interna e a equipa terapêutica que acompanhará o utente internado.⁶

Na sua orientação “*Standardised criteria for hospital admission*”, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) conclui, na análise de cinco estudos publicados,

1. Serviço de Saúde Mental. Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE. Santo Tirso, Portugal.

✉ Autor correspondente: Jorge Mota. 203006@chma.min-saude.pt

Recebido/Received: 08/08/2023 - Aceite/Accepted: 20/11/2023 - Publicado Online/Published Online: 09/02/2024 - Publicado/Publicated: 01/03/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



que a utilização de critérios de admissão nas condições estudadas reduziu o número e a duração de hospitalizações, e a incidência de efeitos adversos e eventos adversos graves, com consequentes reduções nos recursos económicos despendidos.⁷

Na ausência ou diminuição da capacidade de decisão e escolha pelo utente, o psiquiatra tem a obrigação de decidir qual é o melhor uso dos recursos médicos disponíveis, e exigir o seu cumprimento e disponibilização à pessoa com doença mental. Não o fazer, é condenar o utente “ao limbo de uma existência em enfermarias sobrelotadas enquanto aguarda por uma resposta comunitária escassa, não se encontrando nem doente nem em condições de ter alta”,⁴ realidade que se pretende combater em Portugal.

Princípio da reciprocidade

Centrar o critério do internamento exclusivamente numa ‘necessidade de tratamento’, com recurso exclusivo ao diagnóstico ou à gravidade penaliza o utente por colocar neste o ónus de se apresentar perante o serviço médico com as condições essenciais ao seu internamento.

Na ausência de um método de diagnóstico médico objetivo, forçar o utente ao internamento, ou recusar-lho, com base num parecer técnico do médico, expõe o profissional e a instituição hospitalar a uma possível acusação de abuso ou erro médicos. Uma abordagem ética exige respeito pelo princípio da reciprocidade: sendo o utente removido

do seu meio sociofamiliar, potencialmente contra a sua vontade, sob o pretexto de submeter o mesmo ao tratamento de uma patologia cujo diagnóstico lhe é imposto, o sistema hospitalar deve comprometer-se com a oferta do tratamento necessário na melhor condição possível.⁴

Proposta de consenso

No novo Serviço de Internamento do Serviço de Saúde Mental (ISSM) da Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE, (ULSMAVE) elaborámos um consenso entre os profissionais com responsabilidade no processo de internamento, numa abordagem ontológica do internamento psiquiátrico enquanto oferta recíproca de uma obrigação de tratamento.

No nosso consenso, os critérios de internamento exigem uma interação objetiva entre o utente e o serviço médico necessário e existente, em vez de dependerem exclusivamente da doença, da sua gravidade, do parecer médico, ou da pressão social/comunitária. Sendo assim, apenas deve ocorrer internamento psiquiátrico com a existência de uma patologia psiquiátrica devidamente avaliada por um psiquiatra, cuja natureza obrigue à aplicação de um tratamento com condições que exijam uma vigilância apenas possível em internamento, independentemente da categoria diagnóstica ou do julgamento subjetivo sobre a mesma.

Identificámos assim oito critérios, aos quais acrescentámos um nono, respeitante à natureza do tratamento

Tabela 1 – Critérios de admissão a internamento psiquiátrico – a proposta do ISSM

Critério 1	Patologia mental	O diagnóstico de patologia psiquiátrica, ainda que não confirmado, deve corresponder a uma perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo critérios de diagnóstico válidos e aceites.
Critério 2	Avaliação prévia	A decisão de internamento deve ser sempre tomada por um médico da especialidade de Psiquiatria, seja especialista ou interno de formação específica devidamente autorizado.
Critério 3	Agudização	Apenas é necessário internamento em fase aguda da doença, que não exija intervenção mais urgente por outras especialidades médicas. A existência de ‘antecedentes psiquiátricos’ não é motivo válido para internamento.
Critério 4	Objetivo	Exceto nos casos previstos na Lei da Saúde Mental, o internamento deve ter um objetivo tendencialmente ‘curativo’ ou ‘estabilizador’, mediante a aplicação de tratamentos medicamente indicados, e não ‘preventivo’ ou ‘asilar’.
Critério 5	Tratamento	Apenas na necessidade de aplicar tratamento complexo ou novo, e/ou com previsibilidade de complicações exigindo supervisão regular, é que o mesmo exige internamento.
Critério 6	Monitorização	Todas as situações que não exijam monitorização regular especializada, podem e devem ser acompanhadas em ambulatório.
Critério 7	Alternativa	Devendo o tratamento ser proposto nas condições menos restritivas possíveis, o internamento deve ser promovido apenas se o tratamento não puder ser realizado a nível domiciliário ou comunitário.
Critério 8	Patologia não psiquiátrica	O processo de internamento deve assegurar a exclusão de patologia não psiquiátrica cuja gravidade exija tratamento específico que exceda a competência do serviço local de saúde mental.
Critério 9 (opcional)	Tratamento involuntário	Devem considerar-se cumpridos pressupostos estabelecidos para tratamento involuntário segundo a Lei da Saúde Mental.

Nota: o incumprimento de qualquer critério definirá o internamento como inapropriado para efeito de auditoria interna ou externa

involuntário em internamento, e que descrevemos na Tabela 1.

Convém debater, em relação ao Critério 7 (Alternativa), se o mesmo se aplica em relação à existência de uma alternativa real, ou possível. Ou seja, se o internamento deve ser apenas considerado caso o problema não seja passível de tratamento em alternativa domiciliária ou comunitária, independentemente de essa alternativa existir ou não. Este debate prende-se com o Critério 4 (Objetivo) pois, se concretizado como suplente de alternativa efetiva, o internamento assume caráter preventivo ou asilar e, ao substituir-se a essa alternativa, acaba por a impedir ou escusar. O médico psiquiatra deve, por isso, assumir um papel ativo para assegurar que, na ausência de alternativa, esta seja criada pelos meios políticos e económicos necessários, em vez de se recorrer a internamento.

Por último, sendo parâmetros objetivos e quantificáveis, pretendemos que, desde o início de funcionamento do ISSM, os mesmos sejam adotados como indicadores de qualidade na dimensão dos internamentos inapropriados, conforme plano de auditoria institucional. Esperamos que os resultados venham a demonstrar utilidade numa futura generalização a todas as novas instalações de internamento que aguardam abertura conforme o atual Plano Nacional de Saúde Mental.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JM: Conceção/ delineamento do estudo; aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho. Elaboração de versões preliminares do artigo; revisão crítica de impor-

tante conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada. Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho.

PT, HL, SM, DM, PH, TT: Aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho. Revisão crítica de importante conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada. Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho; garantir exatidão e integridade.

TR, JQ: Aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho. Elaboração de versões preliminares do artigo. Revisão crítica de importante conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada. Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho; garantir exatidão e integridade.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Portugal. Decreto Lei n.º 113/2021. Diário da República, I Série, n.º 240 (2021/12/14), p. 104-18.
2. Portugal. Lei n.º 95/2019. Diário da República, I Série, n.º 169 (2019/09/04), p. 55-66.
3. Mishler EG, Waxler NE. Decision processes in psychiatric hospitalization: patients referred, accepted, and admitted to a psychiatric hospital. *Am Sociol Rev.* 1963;28:87-576.
4. Welsh S, Deahl MP. Modern psychiatric ethics. *Lancet.* 2002;359:253-5.
5. National Health Services England. Acute inpatient mental health care for adults and older adults. 2023. [consultado 2023 out 08]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/acute-inpatient-mental-health-care-for-adults-and-older-adults/>.
6. Hall RC, Kathol RG. Developing a level III/IV medical/psychiatry unit. Establishing a basis, design of the unit, and physician responsibility. *Psychosomatics.* 1992;33:368-75.
7. National Guideline Centre. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. [consultado 2023 mai 24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564911/>.