



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PARECER CFM nº 9/15

INTERESSADO:	Sr. R.M.F.A. Sr. M.S.V. Sra. L.F.
ASSUNTO:	1. Práticas médicas em Comunidades Terapêuticas. 2. Internação de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas sem médicos. 3. Dúvida quanto à possibilidade de qualquer médico solicitar internação de um dependente químico.
RELATOR:	Cons. Emmanuel Fortes S. Cavalcanti

EMENTA: Os médicos, notadamente os psiquiatras, devem obedecer às Leis nºs 10.216/01, 12.842/13 e ao disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057, de novembro de 2013, que estabelecem as regras para o atendimento em ambientes médicos seguros para a assistência aos doentes mentais, dentre eles os dependentes químicos.

As Comunidades Terapêuticas, conforme definição da RDC Anvisa nº 29/11, não são consideradas ambiente médico, portanto não podem se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina, nem ser consideradas seguras para as internações involuntárias e compulsórias, vetando aos médicos a prescrição de sua indicação para o tratamento dos doentes mentais.

DA CONSULTA

Primeiro consulente:

Venho por meio desta solicitar parecer sobre algumas práticas médicas dentro dos estabelecimentos denominados Comunidades Terapêuticas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- I - Sobre a permanência (internação involuntária ou compulsória) dentro desses estabelecimentos;
- II - Sobre a prática de contenção mecânica dentro destes estabelecimentos;
- III - Sobre a permanência de pacientes dentro de quartos com cadeados para se evitar a evasão do tratamento, principalmente no que tange a pacientes com riscos atuais (autoagressão e heteroagressão);
- IV - Sobre o acolhimento, nesses estabelecimentos, de pacientes com baixo risco de complicações clínicas (menos de 40 anos de idade, sem problemas clínicos, etc.), que não passaram por desintoxicação hospitalar prévia;
- V - Sobre o uso de cigarros por adolescentes dentro desses estabelecimentos, mesmo com a permissão por escrito dos pais ou responsáveis;
- VI - Sobre adolescentes realizarem algumas atividades terapêuticas (formar grupos de mútua ajuda, cozinhar, etc.) juntamente com adultos que também estão em tratamento;
- VII - Sobre a aplicação de medicamentos injetáveis (Haloperidol, Prometazina, Clorpromazina, Midazolam, etc.) dentro desses estabelecimentos;
- VIII - Sobre adolescentes permanecerem sem estudar durante o período de tratamento, que dura, em geral, mais de 4 meses;
- IX- Sobre a permanência de pacientes com comorbidades psiquiátricas graves, como esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, transtorno depressivo maior grave (com comportamento suicida, etc.).

Justificativa: Não existem pareceres técnicos do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre tais assuntos. Apesar das Comunidades Terapêuticas fazerem parte do aporte terapêutico no tratamento de usuários de álcool e de outras drogas, pouco se fala sobre o exercício da Medicina, em particular da Psiquiatria, nesses estabelecimentos.

Segundo consulente:

Gostaria de saber se é ético o médico internar dependente químico em Comunidades Terapêuticas onde não há médico (nem nenhum outro profissional de saúde), sendo que essa pessoa ficará internada por seis meses sob essas condições?



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Justificativa: O tratamento da dependência química em Comunidades Terapêuticas vem sendo adotada pelas políticas públicas sem a exigência de médicos nelas, mas exigindo que o pedido de internação seja feito por médico.

Terceira consulente:

Gostaria de saber se qualquer médico pode solicitar internação de um dependente químico.

DO PARECER:

Os consulentes manifestam preocupação com uma situação que tem sido tema de grandes debates desde que as políticas públicas passaram a encaminhar suas estratégias minimizando a presença de médicos e equipamentos médicos, na assistência aos doentes mentais, gerando uma disputa acirrada entre os que são favoráveis e os que são contrários a tal estratégia. A questão está posta porque, impulsionados pelo Ministério da Saúde, estabelecimentos de assistência médica são estimulados a funcionar quase sem condições para que se preste atendimento médico com o mínimo de estrutura de segurança para tal. De fato, as principais características desse modelo têm sido racionar a presença de médicos nos estabelecimentos onde se aplicam procedimentos médicos e criar modalidades de estabelecimentos assistenciais onde a presença de médicos não se faz necessária. Preocupado com essa realidade, o Conselho Federal de Medicina (CFM) se dedica, há pelo menos duas décadas, a tentar encontrar um ponto de equilíbrio entre as necessidades de mudanças em paradigmas para a assistência de doentes mentais ou pessoas com problemas de ajustamento e a segurança para os atos privativos dos médicos.

Diante de tal reflexão podemos afirmar que a resposta aos questionamentos dos consulentes poderia ser simples e objetiva porque não se trata de nada complexo. Entretanto, aproveitaremos o ensejo para prestar esclarecimentos sobre o tema para que todos os interessados conheçam a posição do CFM a respeito dessa questão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), através do Conselheiro Mauro Aranha, tratou, em minucioso parecer, da definição e do alcance do que se convencionou chamar “Comunidades Terapêuticas”. Ao mesmo tempo, o



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CFM abordava esse assunto através da Câmara Técnica de Psiquiatria, com o objetivo de definir esse modelo de instituição e em quais circunstâncias ele pode ser útil à clínica psiquiátrica.

Em meados de 2011, a Câmara Técnica de Psiquiatria solicitou ao eminente psiquiatra gaúcho Carlos Alberto Iglesias Salgado, profundo conhecedor da matéria, que emitisse parecer com o objetivo de orientar a construção de resolução específica para consolidar conceitos em psiquiatria, entre os quais aquele que caracterizasse a “Comunidade Terapêutica”.

Esse parecer foi incorporado, conceitualmente, à Resolução CFM nº 2.057/13, contudo considero importante transcrever e comentá-la, porquanto a resolução traz os conceitos convertidos em artigos, parágrafos e roteiros de fiscalização.

Começemos pela definição:

Comunidade Terapêutica (CT) é um termo aplicado a uma **abordagem clínica participativa, baseada em grupos, utilizado para condições clínicas de longa duração ou longitudinais, como transtornos mentais crônicos graves, transtornos de personalidade e dependências químicas**. A abordagem é usualmente em regime residencial e terapeutas e pacientes convivem cotidianamente no mesmo ambiente. É baseada nos princípios da ambiente-terapia e grupo-terapia, além de praxiterapia.

A definição, com destaque em negrito para efeitos pedagógicos, cristaliza o entendimento de para o que e para quem se destina a aplicação dessa estratégia terapêutica. São úteis para internações de longa duração e seu sistema de funcionamento é o residencial, uma vez que, por sua longa estadia, os internos são tratados como moradores, como residentes.

As Comunidades Terapêuticas ganharam reputação por seu sucesso em reabilitação e pela satisfação de pacientes na Grã-Bretanha. Lá, comunidades terapêuticas chamadas **análise democrática se foram especializando no tratamento de transtornos de personalidade moderados a graves e problemas interpessoais e emocionais complexos**. A evolução das Comunidades Terapêuticas nos Estados



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Unidos da América seguiu um caminho diverso, como **comunidades arranjadas em uma hierarquia e especializadas no tratamento de dependências químicas.**

Esse modelo de abordagem teve suas primeiras experiências na década de 1940, época em que os psicofármacos ainda não existiam e que a psicanálise despontava como um método revolucionário capaz de trazer esperanças de respostas aos mais diversos problemas comportamentais ou sintomáticos, organizados nos grandes sistemas de diagnósticos nosológicos já em construção para a psiquiatria.

A ênfase do relator deixa claro que os mecanismos de funcionamento se tornam efetivos quando aplicados em ambientes participativos (ou democráticos) e organizados hierarquicamente e quando a permanência em internação for bastante dilatada. Deixando bem claro, esse sistema produz seus efeitos a médio e longo prazo porque requer a introjeção do funcionamento institucional pelos que lá forem internados, no caso de ambientes médicos, ou acolhidos, no caso de ambientes não médicos.

Histórico no Reino Unido

O termo Comunidade Terapêutica foi cunhado por Thomas Main em seu artigo de 1946 "*The hospital as a therapeutic institution*". A seguir, foi desenvolvido por outros autores como Maxwell Jones, Ronald Laing, David Cooper e Joshua Bierer.

Sob a influência de Maxwell Jones, Main, Wilmer e outros (Caudil, 1958, Rapoport, 1960), surgiram publicações com críticas ao modelo de atenção à saúde mental existente (Greeblatt, 1957, Stanton e Schwartz, 1954) combinando com influências sociopolíticas que permearam a psiquiatria ao final e seguindo a Segunda Guerra Mundial. O conceito de **Comunidade Terapêutica** e sua forma atenuada chamada **ambiente-terapia** dominaram o pensamento terapêutico psiquiátrico ao longo dos anos 1960.

O autor enfatizou a temporalidade dos fatos. Não é possível construir qualquer crítica sem que se faça uma análise das circunstâncias históricas que a cercam. Quando a ideia das comunidades terapêuticas ganhou corpo, os recursos para tratar os doentes



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

e as doenças mentais eram restritas e as estratégias de tratamento de médio e longo prazo praticamente inexistentes, se contextualizarmos especificamente nas décadas de 30, 40 e meados da década de 50. Com o advento dos psicofármacos na década de 50 esse cenário mudou, mas tais recursos terapêuticos, em que pese seu impacto no curso das doenças mentais, pouco influenciou na forma como os hospitais psiquiátricos funcionavam. A perspectiva de uma grande revolução com a aplicação de modelo assistencial psicoterápico encheu de esperanças a comunidade médica mundialmente.

O cerne das Comunidades Terapêuticas era uma forma mais democrática, centrada no paciente, de ambiente terapêutico, evitando práticas autoritárias e banindo várias práticas de serviços psiquiátricos da época. A filosofia central é a de que os pacientes sejam participantes ativos em seu próprio proveito e dos demais pacientes em tratamento e ainda que a responsabilidade da condução da comunidade seja compartilhada por pacientes e equipe. **As CT tinham por vezes banido ou restringido o uso de medicações em favor de terapias grupais.**

Aqui surgem as expressões mágicas para a construção da desimportância do médico no sistema assistencial em psiquiatria e, por consequência, na assistência aos doentes como um todo na clínica médica, são elas: *democrática, prática autoritária e banimento dos medicamentos em favor das terapias grupais*. A semântica influencia o pensamento e, por conseguinte, o comportamento. Muitos psiquiatras adotaram esse discurso, inclusive este relator, nas décadas de 70 e 80, para se antepor ao modelo assistencial baseado em uma hierarquia rígida com comandos verticalizados e pouca chance de diálogo entre a equipe e os dirigentes institucionais. Acontece que o que se preconizava como transformação estava baseado em uma premissa falsa, uma deformação perceptiva: a de que o médico era um semideus com poderes absolutos. Nessas décadas, dezenas de escritos e intervenções não registradas atacaram os médicos virulentamente utilizando termos como arrogância, poder hegemônico, máfia de branco, encarceradores, sequestradores e tantas outras adjetivações ofensivas que ainda hoje perduram nos discursos ideologizados dos que defendem o fim dos estabelecimentos médicos, sejam hospitalares ou assistenciais como os ambulatórios especializados em psiquiatria ora em processo de fechamento pelo Ministério da Saúde.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A estratégia e o discurso traçados, desde então, enfatizam que tal poder deveria ser atacado por ser inibidor dos processos de crescimento, por seu caráter repressor inato decorrente do domínio preconizado pelo saber médico e a capacidade deste de intervir com o intuito de modificar a funcionalidade e os elementos fisiopatológicos decorrentes do comportamento disfuncional cerebral. Porém, esse discurso tenta definir como modificador dos comportamentos apenas o meio em que o indivíduo vive. A expressão “o homem é um produto do meio” não se sustenta se a outra banda não for considerada como constituída por fatores biológicos, condicionantes genéticas, predisposições e formas de ajustamento decorrentes da existência de um organismo vivo que não é uma rocha ou um areal. Estamos falando de um organismo vivo no qual não é possível impor distinção entre os elementos disfuncionais cerebrais e os elementos disfuncionais hepáticos.

Para os mais críticos, vejamos: os elementos fisiopatológicos (mudança da arquitetura do fígado e hipertensão porta) decorrentes de uma cirrose hepática têm a mesma função adaptativa para o sistema hepático que as correlatas em um cérebro que enfermou (alucinações, delírios, ansiedade, depressão, etc.) independentemente da razão. Todo organismo vivo se esforça para a sua autocura. Entretanto, nem sempre o organismo consegue o êxito de se recuperar sozinho do ataque endógeno ou exógeno. O auxílio do conhecimento nos diversos campos da ciência médica (clínica ou cirúrgica) vem em seu socorro para apressar o descanso do órgão ou do sistema, propiciando sua recuperação. Em psiquiatria, essa reflexão se aplica de forma holística e não colidente, apenas requer de interatores a compreensão de que cada estratégia tem sua eficácia podendo ser aplicada isolada ou conjuntamente porque cada indivíduo vai requerer a intervenção de acordo com suas necessidades peculiares. Essa colisão entre os defensores da nova ordem (Rumo à Estação Finlândia) e os defensores do sistema vigente até então (Conservadores retrógrados que não suportam mudanças) levou a proposições como as que hoje administramos ou às quais resistimos. Desde então, todas as ações se processam no Brasil como se estivéssemos nas décadas de 40, 50 e 60. A tônica é a desconstrução radical do sistema assistencial para implantar um sistema genuinamente inovador em terra arrasada, talvez resquícios da Europa com a experiência da 2ª Guerra Mundial e do mundo polarizado da guerra fria.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Estados Unidos da América

No final dos anos 1960, dentro do sistema prisional, a Fundação Asklepion iniciou Comunidades Terapêuticas na Penitenciária Federal Marion e outras instituições que incluíram intervenções clínicas baseadas na análise transacional, programas internos de 12 passos e outras modalidades terapêuticas. Alguns desses programas sobreviveram até meados dos anos 1980. A “Casa do Pensar” no Sistema Correcional da Virgínia é um exemplo. **Eles foram capazes de demonstrar uma redução de 17% na recidiva em um estudo com abusadores de substâncias e também abusadores sexuais que participaram no programa por um ano ou mais.**

A estratégia pode ser aplicada em qualquer ambiente onde ocorra a recepção e acolhida de pessoas para uma permanência dilatada. Como está posto acima, a experiência da Penitenciária de Marion adotou critérios de abordagem que vão da aplicação de uma ferramenta psicoterápica (análise transacional) a elementos de programas de indução à abstinência, desenvolvidos pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e reconhecidos como eficazes em grupos de autoajuda.

Devemos enfatizar que, seja em ambientes prisionais, seja em ambientes terapêuticos, desde que mantenham tutela, longa permanência e convívio entre pessoas, o modelo da Comunidade Terapêutica pode ser aplicado.

Segundo a Association of Therapeutic Communities³, uma comunidade terapêutica é um **“ambiente planejado, psicologicamente informado onde relações sociais, estrutura de atividades diárias são todos deliberadamente delineados para ajudar na saúde de pessoas e garantir seu bem estar”**. Em algumas CT, **as pessoas com problemas psicológicos de longa duração passam um tempo e se engajam de uma forma conjunta e organizada, sem drogas ou comportamentos autoagressivos, de forma que uma nova vida na sociedade externa torna-se possível.**

Essa assertiva delinea bem o ideal de uma estratégia como a que ora comentamos. A pretensão é a de criar um ambiente onde, com regras postas para a boa convivência, disciplina na execução de tarefas, discussão das transgressões e manifestações disfuncionais do comportamento, surja um novo indivíduo, capaz de um convívio social harmônico, independente da problemática que porte.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Há outras pessoas vivendo em CT que não poderiam viver normalmente em sociedade (por razões diversas como incapacidade grave de aprendizado ou psicose persistente) e engajadas em uma forma interdependente de grupo que ajuda a atingir uma vida mais plena e explorar seu potencial ao máximo.

Esse é o outro fulcro para a existência das Comunidades Terapêuticas. Os doentes ou pessoas disfuncionais graves que, pela natureza da enfermidade ou da incapacidade, não têm condições de conviver em sociedade por muito tempo e, periodicamente ou permanentemente, necessitam de um ambiente protegido para garantir o mínimo de convivência social e a possibilidade de se reintegrar à família, à vida em sociedade e ao trabalho. Nessa sequência, dependendo da incapacidade de cada indivíduo, a pretensão de recuperação deve ser ajustada para a condição que cada um apresenta. Para alguns, se conquistarem apenas a condição de viver em casa, mesmo sem convívio em sociedade e sem trabalhar, podemos considerar um bom resultado. Para outros, se desenvolverem habilidades para o convívio com familiares e terceiros ou, apenas terceiros, podemos considerar muito bom. Para aqueles que conseguem se integrar adequadamente à vida em família, retomam um bom convívio em sociedade e passam a ser produtivos em uma ocupação ou trabalho, ótimo. A realidade é que muitas pessoas mal conseguem viver em ambiente protegido, cuidadas por terceiros e recebendo medicamentos para conter seus delírios, alucinações, agressividade, perturbações em seu impulso para comer, ter vida sexual, além de outros problemas em pacientes com doenças graves que necessitam de ambiente onde o cuidado seja diuturno e intensivo.

As atividades nas CT são o método principal e através desse processo social e grupal as mudanças são promovidas. Há conceitos distorcidos acerca das CT, talvez em razão da longa e complexa história dessas unidades.

Essa afirmação quanto à distorção merece ser considerada porque temos presenciado o fortalecimento de uma ideia que confunde instituição com estratégia terapêutica. Não existe Comunidade Terapêutica, existe uma estratégia psicológica, com métodos e técnicas desenvolvidas para adequação comportamental de indivíduos em ambientes protegidos, quer sejam ambientes médicos ou não, que busca melhoras



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

no ajustamento do indivíduo para o binômio doença/problemas de ajustamento e sua expressão comportamental no ambiente.

Além disso, essa forma sutil de denominar um local foi colocada como anteposição ao hospital psiquiátrico como se fosse uma panaceia para resolver, como em um passe de mágica, o problema dos que necessitam de tratamento. A ideia superestimada é a de que nesse ambiente não vai ocorrer violência, intimidação, descumprimento de ordens e todas as pessoas terão respostas lineares, quando não é o que acontece, de fato. As respostas são heterogêneas, problemas de ajustamento se manifestam personalizadas e doenças mentais têm plasticidade e expressões *sui generis*, porquanto cada doente tem sua forma de ler, entender e devolver ao mundo em expressão seu peculiar modo de o interpretar.

O *Royal College of Psychiatrists*⁴ divulga no site Comunidade das Comunidades para o Reino Unido um modelo a ser perseguido pelas CT. Essa normatização de padrões ideais é um tanto vaga na especificação dos componentes da equipe. Fala vagamente em profissionais qualificados em temas de CT, mas não em formação de base. Comenta também que na Europa, historicamente, as lideranças relativas às CT teriam sido de Psiquiatras. Enfim, não fica clara a natureza médica da instituição, mas sim que a composição da equipe conta com profissionais formados em ideologias relativas à CT apenas.

A Comunidade Terapêutica não é uma instituição, mas uma estratégia que pode ser aplicada em ambientes com perfil para tutela, guarda e proteção do indivíduo que dela necessita e que possa estar compulsoriamente, involuntariamente ou voluntariamente em suas dependências. Não cabe dizer se segue modelo conduzido por psiquiatras ou não, porquanto a estratégia pode ser aplicada do mesmo modo em presídios e em hospitais psiquiátricos. O que os diferencia é a atividade finalística. No presídio, o objeto finalístico é devolver à sociedade um indivíduo melhor ajustado para o convívio com seus impulsos e a expressão destes na relação com a família, a sociedade e o trabalho. Os presídios não são ambientes médicos, tanto quanto não o são os ambientes protegidos para onde escolham ir, voluntariamente, pessoas que desejam abandonar os hábitos tóxicos das dependências químicas, fora do período de



abstinência ou isentos de comorbidades. Nos ambientes médicos, o objetivo é restabelecer a saúde do indivíduo para que retome as condições funcionais para viver em família, sociedade e ocupação.

*A World Federation of Therapeutic Communities*⁵ também é vaga ao apresentar padrões de excelência para organização de Comunidades Terapêuticas. Há destaque para a qualificação de sua peculiar prática clínica da redução de danos. É salientado que educação de danos é uma visão ampla de assistência que se destina a dar atenção a dependentes químicos integrando-se a um sistema de tratamento incluindo unidades residenciais e ambulatoriais, unidade de estada durante o dia, programas de substituição por metadona, clínicas de desintoxicação, sistema prisional e alternativas hospitalares.

Essa definição, mais elucidativa, remete a um conceito ampliado de abordagens que permite deduzir que uma rede é colocada a serviço da assistência. Fala-se claramente em unidades residenciais, unidades de estada durante o dia, sistema prisional, filologicamente, ambientes não médicos; e ambulatórios, clínicas de desintoxicação e alternativas hospitalares, filologicamente ambientes médicos, com unidade de estada durante o dia como um híbrido que pode ou não prescindir da presença médica, não impedindo, entretanto, que sejam administrados medicamentos de uso ambulatorial. Mais do que em qualquer outra exposição, fica evidente a intenção dos estrategistas: não se fala de uma instituição, mas de uma forma de organizá-la para cumprir com um determinado mandato.

No Brasil, temos normatização recente para a organização de Comunidades Terapêuticas⁶ que parecem representar um abrandamento de normas anteriores mais rígidas e talvez menos factíveis do ponto de vista de iniciativas comunitárias. A diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, em 19 e 30 de junho de 2011, a resolução relativa às CT, a RDC 29. A própria Anvisa destaca alguns itens significativos da comunicação, **não exigindo explicitamente a presença de profissional médico e equipe correspondente para o funcionamento das CT:**



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- a) As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação;
- b) Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado;
- c) Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição;
- d) As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição;
- e) As instituições devem garantir respeito à pessoa e à família, independentemente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
- f) As instituições devem garantir a permanência voluntária.

Podemos, então, considerar que a Anvisa conseguiu um equilíbrio em sua disposição de regulamentar essa matéria, uma vez que estabelece um perfil que veta a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição. Além disso, define que a direção técnica pode ser exercida por quem não é médico, embora seja de conhecimento da Anvisa que a presença de médicos é exigida nos ambientes médicos, para funcionamento em qualquer ponto do território nacional.

A Comunidade Terapêutica para Dependentes Químicos, no Brasil, é claramente uma proposta coerente com o visto na regulamentação de outros países. Ela caracteriza um esforço de desmedicalização da atenção ao dependente químico **em um programa de longa estada.**

No encerramento de sua exposição, o consultado Carlos Alberto Iglesias Salgado arremata que é válido o esforço para se criar um ambiente estruturado, sem a presença de médicos, para receber os dependentes químicos. Esse local deve ter como elemento central a definição de estratégias para a permanência prolongada dos que buscam tratamento e daí esperar o benefício terapêutico.

Essa percepção foi traduzida em proposta no Projeto de Lei (PL) nº 7.663/10, do Deputado Osmar Terra, relatado pelo Deputado Givaldo Carimbão na Câmara Federal,



onde explicitamente, há um veto à internação de pacientes involuntária e compulsoriamente nas “Comunidades Terapêuticas” construídas com o perfil previsto na RDC Anvisa nº 29/011 e que no PL, com muito mais propriedade, os autores denominaram de Comunidades Acolhedoras (na realidade seria uma instituição que alberga), restando para esta modalidade de instituição a internação apenas daqueles que voluntariamente desejem se submeter a suas regras e forma de abordagem.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em consonância aos entendimentos mencionados acima, editou a Resolução CFM nº 2.057/2013, em cujo escopo procura deixar clara a diferença entre as Comunidades Acolhedoras sem perfil médico e aquelas instituições com perfil médico.

Partamos do entendimento do que está prescrito na Lei nº 10.216/2001:

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Os dois incisos em negrito destacam pontos que as portarias ministeriais têm se recusado a enxergar: a existência de uma forma de internação contra a vontade do indivíduo e o reconhecimento como doença daquilo que determinou a internação contra sua vontade.

Cristalino o entendimento. Para que um indivíduo seja diagnosticado como portador de uma doença mental, um médico assim terá que definir.

Além do enunciado comentado acima, podemos destacar:

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

O óbvio merece comentário.

A expressão “Incluindo serviços médicos” significa dizer que se obriga a ter assistência médica associada às demais profissões visando à abordagem integral ao doente. A RDC Anvisa nº 29/2011, não obriga a existência de serviços médicos,



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

colocando as CT com este perfil em condição diferente daquelas que se proponham a receber pacientes para internação involuntária, estas sim obrigadas a ter médico a qualquer momento para responder as necessidades dos doentes e sobre a condição de involuntariedade da internação do paciente. A Resolução Anvisa nº 29/2011 veta a internação de pessoas portadoras de uma doença que requeira assistência médica em local sem essa estrutura. Se não existe a obrigação de oferecer assistência médica e não é ambiente médico, conseqüentemente não poderá receber doentes e os manter sob tutela.

Mais explicitamente, a Lei se refere a esses ambientes quando se trata da assistência aos portadores de transtornos mentais:

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Também é óbvio, mas merece explicação.

Se não garantir ao paciente e seus familiares o que está prescrito o artigo 2º e incisos e não **“oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”** será considerada uma instituição com características asilares, portanto proscritas do meio assistencial em saúde mental.

Com esse entendimento, podemos dizer, sem medo de errar, que internar alguém com doença mental, endógena ou por intoxicações exógenas, involuntária ou compulsoriamente, exige avaliação médica prévia e encaminhamento para instituição que tenha ambiente médico à disposição. As CT, como definidas pela RDC Anvisa nº 29/2011, não são ambientes médicos.

Abaixo está a previsão ritualística para as internações contra a vontade do paciente, mas, em defesa de sua vida ou integridade mental, se exprime com clareza:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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.

Fica bem claro que esse dispositivo legal está tratando do acesso de pacientes a ambientes médicos em razão de adoecimento e que só será possível com prescrição médica da internação. Esta, por sua vez, só poderá ocorrer em ambiente seguro para a continuidade da assistência no âmbito médico.

Os artigos abaixo elucidam a ação e não deixam margem para outras interpretações:

Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

O exposto acima trata da internação voluntária com uma clareza indubitável: vontade expressa pelo paciente no papel para admissão e alta; e participação decisiva do médico para os momentos de admissão e alta. Ao paciente não basta pedir a alta, o



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

médico avalia o pedido e o concede ou não, podendo converter a internação voluntária em involuntária.

O ritual para a internação também terá que obedecer ao previsto no artigo abaixo transcrito:

Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

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.

A leitura do texto legal deixa claro que a presença do médico nessa ação é determinante para que os atos legais ocorram.

A Lei foi elaborada para garantir um ambiente seguro para o tratamento dos doentes mentais, garantindo que o médico seja o responsável por essa segurança, quer para as internações, quer na alta ou na qualidade assistencial. Tratar dos doentes e suas doenças, somente em ambientes seguros para os atos privativos da medicina, que somados à assistência social, o apoio psicológico e a reabilitação para integração à vida, lazer e segurança configuram a noção de integralidade na assistência. A leitura acurada da Lei nº 10.216/01 permite dizer que ela foi elaborada de modo que reclame a aplicação de fundamentos das Comunidades Terapêuticas, mesmo que não crie a



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

obrigação de fazê-lo. Na perspectiva dessa Lei, a Comunidade Terapêutica não seria vista como uma instituição, mas como uma estratégia de abordagem sobre a qual as instituições se organizariam. O objetivo seria dar ao paciente e às equipes a possibilidade de pactuar aspectos decisivos para o tratamento. Esse conceito sobre autonomia está contemplado no Código de Ética Médica (CEM) desde 1988 e nas resoluções normativas dessa autarquia desde então.

Para reforçar esse papel na definição das estratégias para a assistência aos portadores de doenças mentais ou com problemas de ajustamento, a Lei nº 12.842/2013 trata com cristalina visibilidade do assunto no que diz respeito ao ato privativo em Medicina e da responsabilidade dos esculápios quanto ao que lhes é privativo e o que deve exigir para sua segurança e a de seus assistidos:

Art. 3º - O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

O legislador não acaba com a Medicina liberal nem com o ato solitário do médico, mas, ao se referir ao médico como integrante de uma equipe de saúde, estabelece bases para uma ação sinérgica e solidária com outros atores em benefício da saúde da população.

Define também o que lhes é atribuído como privativo, com destaque, para efeito dessa análise:

Art. 4º - São atividades privativas do médico:

IV - intubação traqueal;

Pode parecer estranho ao universo reflexivo da psiquiatria imaginar que o psiquiatra possa ser chamado a realizar uma intubação traqueal, mas é mais que factível, é rotina. Pacientes que se submetem a tratamento psiquiátrico podem apresentar complicações clínicas por conta da enfermidade, que muitas vezes causa desnutrição, desidratação, quadros febris, insuficiência respiratória, complicações cardíacas, renais, hepáticas e tantas outras, exigindo abordagem clínica geral no ambiente médico psiquiátrico. Além disso, o uso de medicamentos em doses limítrofes



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

das doses tóxicas requer vigilância e intervenção imediata caso complicações apareçam.

Há uma subestimação, tanto nos cursos de graduação em Medicina quanto nas residências médicas, da necessidade de capacitar e qualificar o médico para intubar, mesmo que seja para estabilizar um paciente para remoção. Se na formação do médico essa responsabilidade é negligenciada, elas continuam negligenciadas nas políticas públicas, que tratam das abordagens em psiquiatria como simplistas e sem consequências para a segurança médica na assistência. Mais claramente, os programas de assistência às doenças mentais tratam a abordagem dos doentes mentais como algo desprovido de repercussão no organismo, quer seja pela doença quer seja pelos medicamentos que também repercutem na mente dos pacientes. Esquecem que os medicamentos têm ação sistêmica e podem provocar perturbação em outros órgãos e sistemas, podendo inclusive matar se não for adequadamente tratado no ambiente fechado de uma “Comunidade Terapêutica” ou de um Hospital Psiquiátrico.

Em verdade, a emergência médica é fato corriqueiro nos serviços psiquiátricos, tanto para as internações quanto para a assistência durante a internação. A Lei nº 12.842/13 aborda a responsabilidade da intubação para além dos ambientes de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) porque podem estar presentes também em salas de estabilização ou de observação assistida, local onde os pacientes ficam em contenção recebendo medicamentos em doses limítrofes:

V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

A desintubação decorre da intubação e, na Lei, ambas são tratadas como ato privativo de médicos. Portanto, exige-se a presença de médicos nas salas de observação, de estabilização e de intercorrências clínicas em ambientes médicos psiquiátricos de estabelecimentos que se proponham a receber pessoas com patologias mentais – com as características definidas nas portarias ministeriais.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

Pacientes com quadros agudos de agitação psicomotora, seja por episódios psicóticos endógenos ou por intoxicação exógena, necessitam de abordagens sedativas leves ou profundas. As bases para definir a intensidade das sedações não estão na posologia nem nos fármacos utilizados porque variáveis orgânicas podem determinar mudanças na intensidade dos efeitos terapêuticos dos psicofármacos tornando arriscada qualquer sedação proposta, por ser potencialmente perigosa para a segurança dos pacientes e da equipe médica e de enfermagem encarregada da intervenção. Determinar essa prescrição e controlar os riscos é ato médico exclusivo.

X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

Também pode parecer estranho abordar prognóstico nessa etapa da abordagem terapêutica, mas as prescrições de psicofármacos têm um perfil peculiar quanto à sua farmacocinética e à sua farmacodinâmica, sendo possível antever para o futuro as respostas terapêuticas esperadas, assim como os ajustes e as associações medicamentosas a serem usadas. Novamente, o legislador cuidou para que ficasse claro que a presença do médico no ambiente que necessite dela para que as ações terapêuticas ocorram é elemento de segurança, garantia de abordagem propedêutica e terapêutica.

XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

Esse dispositivo reforça o que previa a Lei nº 10.216/01, com o adendo de que ela se aplica indistintamente a qualquer estabelecimento definido como de saúde. Nesse aspecto, podemos assegurar que para a “Comunidade Terapêutica”, definida na RDC Anvisa nº 29/11, não é necessária prescrição médica para internação por não se tratar de ambiente médico e que só recebe pessoas para tratamento não médico em caráter voluntário. Para as internações involuntárias, nas quais se pressupõe uma incapacidade transitória ou definitiva do portador de doença mental, é necessária a indicação feita por



médico para internação em ambiente capaz de tratar o que está determinando esta incapacidade, seja doença ou problema de ajustamento.

A Lei também cobra do médico atos legais que serão assegurados com sua presença.

XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

Os pacientes, para efeito legal de reclamação de direitos, necessitam de atestações com as definições que estão nesse inciso e somente os médicos detêm a outorga legal para emití-las, com exceção, é claro, dos dentistas, em sua área específica.

XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Também pode parecer estranho falar em atestado de óbito em ambiente médico psiquiátrico, notadamente nas chamadas “Comunidades Terapêuticas”, pela mera pressuposição de que esses ambientes teriam uma mágica de abordagem que as transformaria em ambiente salubre, sem os contornos médicos de segurança. Não é verdade que a propaganda contra os ambientes médicos promova a segurança do paciente em tratamento, é exatamente o contrário: torna a assistência vulnerável e, conseqüentemente, tal ambiente inseguro. Morre gente internada em hospitais psiquiátricos tanto quanto morre em “Comunidades Terapêuticas” com perfil médico. Em caso de morte nesses estabelecimentos, o médico plantonista ou assistente se obriga a fornecer a Declaração de Óbito. Mortes suspeitas vão para os Institutos Médico-Legais; mortes sem assistência médica vão para os Serviços de Verificação de Óbitos; e, na excepcionalidade de estar em local remoto, sem médico, a morte será verificada por pessoas idôneas. No caso em tela, por estarem em ambiente médico, é seu corpo clínico quem deve fornecer a atestação prevista em lei.

As matérias médicas são tratadas de modo elucidativo no texto legal abaixo:

§ 1º - Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da



função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I - agente etiológico reconhecido;

II - grupo identificável de sinais ou sintomas;

III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º - (VETADO).

§ 3º - As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Os parágrafos e incisos relacionados acima tratam do diagnóstico das doenças e do uso da CID, útil para as formalidades legais e estatísticas em cumprimento ao que determinam as leis brasileiras. Não precisa de maiores comentários.

A Câmara Técnica de Psiquiatria trabalhou incessantemente entre 2010 e 2013 para apresentar à sociedade e aos médicos, em uma resolução, um instrumento normativo de orientação aos médicos para a segurança de seus atos privativos e de proteção aos pacientes e familiares que utilizam os estabelecimentos assistenciais médicos.

Os enunciados estão contidos na Resolução CFM nº 2.057/13, em reforço específico à Resolução CFM nº 2.056/13, que define e consolida os ambientes médicos a serem fiscalizados pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Nesse instrumento normativo, destacamos o que está consignado abaixo. No capítulo II, da Resolução CFM nº 2.056/13, está a definição de Serviços e Ambientes Médicos:

Art. 15 - São serviços de assistência médica: hospitais gerais ou especializados, serviços hospitalares de urgência e de emergência médicas, serviços que pratiquem hospitalização de qualquer natureza, unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatórios gerais e especializados, consultórios médicos institucionais, de pessoas jurídicas ou de pessoas físicas individuais, bem como serviços com



características peculiares, como os postos de Saúde da Família, os centros de atenção psicossocial (Caps), serviços médicos comunitários, serviços de diagnóstico médico e serviços de perícia médica.

§ 1º - Tais serviços só poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição, com a indicação de seu diretor técnico médico quando pessoa jurídica.

§ 2º - Expressões como “acolhimento”, “admissão” ou “indicação” serão compreendidas como sinônimos de “internação”, quando se tratar de ato no qual fique clara a intenção do agente, de manter pessoa sob tratamento em ambiente médico.

Art. 16 - **Ambiente médico** é aquele no qual se exija a presença de médico para definição de diagnóstico, terapêutica e estratégia de reabilitação, alcançando também aqueles onde se executam os ditos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, com ou sem a permanência do paciente nas dependências do serviço, bem como a execução de atos periciais.

Destacamos da Resolução CFM nº 2.057/13 a responsabilidade dos Diretores Técnicos Médicos e definimos quais são os serviços que, por exigirem a presença de médicos, são considerados dotados de ambiente médico:

Art. 2º - É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade.

§ 1º - É também seu dever garantir as condições mínimas para a segurança dos atos privativos dos médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

- a. *São serviços de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos, serviços psiquiátricos em hospitais gerais, **as comunidades terapêuticas de natureza médica**, ambulatórios especializados, inclusive os Caps, e consultórios isolados ou institucionais;*



A definição dos serviços categorizados como de assistência psiquiátrica está claramente assentada na letra “a” do parágrafo 1º do artigo 2º, não necessitando qualquer outra explicação.

Art. 9º - São considerados serviços de assistência psiquiátrica todos aqueles que se destinem a realizar procedimentos diagnósticos psiquiátricos, ou a assistir doentes psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de médicos para desempenhar sua atividade-fim, elencados na letra “a” do parágrafo 1º do art. 2º deste dispositivo.

§ 1º - Estes serviços só poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina.

O artigo 9º define com clareza o porquê de tais ambientes serem definidos como médicos, não carecendo de outras explicações.

*Art. 10 - Os serviços que realizem assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) **devem oferecer as seguintes condições gerais:***

I. Instalações para atividades educativas, recreativas e de lazer.

II. Instalações para o engajamento do paciente em ocupação adequada a sua tradição cultural e para medidas de reabilitação profissional que favoreçam sua reintegração na comunidade.

III. Espaço físico suficiente para oferecer a cada paciente um programa terapêutico pertinente e ativo.

IV. Infraestrutura de hotelaria quando a permanência exigir leitos de retaguarda para repouso ou pernoite, bem como cozinha, lavanderia, almoxarifado com depósitos para mantimentos e material de higiene e limpeza, de acordo com as normas sanitárias brasileiras.

*§ 1º - **O trabalho pode fazer parte das estratégias terapêuticas indicadas.** Neste caso, a escolha da atividade laboral deve ser discutida com o paciente, para que seja a mais compatível possível com suas necessidades e habilidades e às condições da instituição.*



§ 2º - O trabalho dos pacientes não pode substituir o dos funcionários da instituição. Caso isto ocorra, este fará jus à remuneração equivalente ao que o estabelecimento pagaria a funcionário regular.

Esse artigo também é autoexplicativo, contendo inclusive a questão do trabalho como forma de sociabilização e recuperação. A Lei nº 10.216/01 exige a estrutura descrita acima para que as atividades terapêuticas psicológicas e ocupacionais, socioeducativas e de lazer aconteçam. Pela definição da RDC Anvisa nº 29/11, o que está relacionado no artigo 10 é o que se exige para que uma Comunidade Terapêutica de características não médicas possa funcionar. Trata-se de um ambiente terapêutico desmedicalizado porque seus internos não requerem abordagens com terapêuticas médicas.

Para que seja uma Comunidade Terapêutica de características médicas, tanto quanto para que seja um hospital especializado em psiquiatria, a Resolução CFM nº 2.057/13 exige que se cumpra obrigatoriamente o que está disposto no artigo 11, parágrafos e incisos.

Art. 11 - Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:

- I. Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas da instituição.*
- II. Pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.*
- III. Equipamento diagnóstico e terapêutico.*
- IV. Assistência médica permanente (durante todo o período em que estiver aberto à assistência); e*
- V. Tratamento regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.*



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

§1º - Os serviços psiquiátricos devem garantir o acesso dos pacientes a recursos diagnósticos e terapêuticos da clínica médica que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

§ 2º - Tratando-se de serviço destinado a cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos, incluindo internações breves para desintoxicação, deve preencher os requisitos hospitalares gerais no que se refere a recursos humanos (equipe profissional) e a infraestrutura de suporte à vida, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§3º - As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal de acordo com a Lei nº 10.216/01 e as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

A conjugação dos dois artigos dá o contorno necessário para que tenhamos o ambiente médico: aquele que garante ao médico, ao paciente e aos familiares a certeza de que a assistência será adequada às necessidades de cada paciente e permite aos médicos e às equipes a certeza de que o melhor está sendo aplicado em benefício de todos os envolvidos no tratamento.

Art. 12 - Nos casos de centros de convivência, lares protegidos, estabelecimentos de compartilhamento comunitário e comunidades terapêuticas não médicas ou similares, sua organização deve obedecer apenas ao previsto no art. 10, não se caracterizando como serviço psiquiátrico.

Esse artigo objetiva deixar claro que os médicos entendem que parte do tratamento de portadores de doenças mentais ou de pessoas com problemas de ajustamento não exige a presença de médicos porquanto as estratégias terapêuticas têm também perfil reabilitador, reeducador e voltado para a reinserção sócio-familiar-ocupacional. Significa dizer que nesses ambientes podem estar pacientes que fazem



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

uso regular de medicamentos, porém sem prescrição no ambiente onde o paciente recebe a aplicação das referidas técnicas. Nesse ambiente não existe tutela médica, nem de enfermagem com prontuários para prescrição e assentamento de condutas médicas e de enfermagem. A assistência médica pode ocorrer em ambulatórios ou em consultórios públicos ou privados, como seria feito em qualquer paciente que se trata permanecendo em sua casa. Definitivamente esses ambientes não são ambientes médicos.

Art. 13 - Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica que não atenda a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Parágrafo único - Fica vedado ao médico assumir responsabilidade por pacientes mantidos nesses estabelecimentos, salvo se os estiver acompanhando ambulatorialmente em consultório público ou privado.

O artigo 13 encerra a discussão definindo que esses ambientes, por não serem considerado como ambientes médicos, não podem se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina, tanto quanto veda aos médicos assumir responsabilidade por pacientes mantidos nesses estabelecimentos. Aqui o fulcro da questão.

Os médicos não podem indicar a internação involuntária para tais ambientes. A Lei nº 10.216/01, que foi promulgada para acabar com os ambientes asilares e tratados como manicomiais pelas lideranças políticas e psiquiátricas, exige que, além dos profissionais de áreas afins à Medicina, é obrigatório ter uma infraestrutura médica. Enfim, não somente ter garantida a presença de médicos, mas, e definitivamente, exigir o ambiente médico com a segurança necessária para o atendimento aos pacientes. Fora do contexto analisado nesse parecer, estaremos diante de manicômios modernos, estabelecimentos asilares, o que não queremos de modo algum.

A Resolução abrange outros aspectos, dando o contorno correto para que o tratamento ocorra em segurança.

DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 16 - Médicos assistentes e plantonistas, bem como aqueles envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes mentais, devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

§ 1º - O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado.

§ 2º - Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física.

§ 3º - É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

§ 4º - O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

§ 5º - Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

O capítulo que acabamos de apresentar trata das ações precípuas e das previsões de segurança para o tratamento dos quadros clínicos psiquiátricos graves. É autoexplicativo.

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Art. 31 - O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

- I. Incapacidade grave de autocuidados.*
- II. Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.*
- III. Risco de autoagressão ou de heteroagressão.*
- IV. Risco de prejuízo moral ou patrimonial.*
- V. Risco de agressão à ordem pública.*

§ 1º - O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

Esse artigo demonstra a preocupação do CFM em definir o que os médicos precisam considerar para indicar uma internação involuntária ou para informar os magistrados para que estes determinem as internações compulsórias. São autoexplicativas.

A Resolução CFM nº 2.056/13, que redefine os critérios para o funcionamento dos estabelecimentos médicos em seus pré-requisitos mínimos, também estabelece critérios a serem seguidos pelos médicos e autoridades para a segurança em Medicina:

DOS ESTABELECIMENTOS DE INTERNAÇÃO MÉDICA

Art. 26 - Os serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, devem oferecer as seguintes condições mínimas para o exercício da medicina:

- I. Equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas do estabelecimento.*
- II. Pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.*
- III. Equipamentos essenciais de diagnóstico e tratamento de acordo com as finalidades a que se destine o*



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

estabelecimento, incluindo material para atendimento de parada cardiorrespiratória.

Art. 29 - Nos termos destas normas não são considerados serviços de assistência médica os serviços residenciais, sociais e de reabilitação que não tenham finalidade médica, tais como centros de convivência, moradias supervisionadas, asilos, comunidades terapêuticas não médicas (acolhedoras) e similares.

§ 1º - Nesses estabelecimentos não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante.

Todos esses enunciados, associados aos da Resolução CFM nº 2.057/13, dão o contorno do que desejamos como ambiente médico para garantir assistência adequada aos pacientes. Ambiente este capaz de permitir o tratamento especializado em psiquiatria no sentido ampliado da assistência, ao mesmo tempo em que garanta a abordagem das complicações e intercorrências clínicas dos pacientes.

As “Comunidades Terapêuticas” de natureza médica devem obedecer ao prescrito nas Resoluções CFM nºs 2.056/13 e 2.057/13 para só então se habilitarem a receber doentes psiquiátricos.

CONCLUSÃO

Como delineado no início desta exposição, tudo estava escrito, bastava apenas reunir as leis citadas, os pareceres do eminente Conselheiro do Cremesp Mauro Aranha e a remessa do parecer do psiquiatra gaúcho Carlos Alberto Iglesias Salgado – que fundamentou a elaboração das Resoluções nºs 2.056 e 2.057/13 no que tange ao que, inapropriadamente, se convencionou chamar Comunidade Terapêutica.

Como ficou evidente, Comunidade Terapêutica é uma estratégia de abordagem que conjugou aspectos de técnicas psicológicas, notadamente a psicanálise, com conceitos de base sociológica fortemente influenciada pelos ideais socialistas de



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

uniformidade e ausência de hierarquias. Tratados como ambientes democráticos, para se antepor ao que chamaram exaustivamente e pejorativamente de autoritário, utilizaram-se os neologismos hospitalocêntrico ou medicocêntrico de forma a causar uma ojeriza, um sentimento de rejeição a tudo que remeta à necessidade da presença dos médicos e de sua competência para definir as ações em medicina.

A utilização de elementos ocupacionais está no cerne dessa modalidade de abordagem desde quando Simon, em fins do século XIX e início do século XX, notou que pacientes que desenvolviam tarefas melhoravam mais rapidamente que os que permaneciam sem atividades.

Para além das tarefas, uma rotina organizada para discutir o cumprimento do programado, bem como grupos para a discussão das transgressões ou contrariedade as normas.

Esse ambiente exige uma equipe altamente especializada, com supervisão grupal permanente, e estudos ininterruptos para evitar que a autofagia comece pelo próprio grupo.

Esse ambiente terapêutico, para além do ambiente médico, está muito distante do que se pratica na tão propalada reforma na assistência psiquiátrica no Brasil.

Quanto ao que definiu em sua competência, o CFM garantiu a sanidade dos ambientes onde os médicos trabalham ao mesmo tempo em que os separou daqueles que não têm perfil médico.

Para os ambientes médicos devem ser encaminhados os pacientes que necessitem de tratamento médico. Uma vez que a psiquiatria é uma especialidade médica, os médicos estão vetados de indicar internação a pacientes em instituições que não disponham dessas condições.

RESPOSTA AOS QUESTIONAMENTOS

Primeiro Consulente:

I - Sobre a permanência (internação involuntária ou compulsória) dentro desses estabelecimentos;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Resposta – Conforme explicitado no corpo do Parecer, é vetado aos médicos indicar internação em Comunidades Terapêuticas que se encaixam no perfil definido pela RDC Anvisa nº 29/11, por não se tratarem de ambientes médicos. Também é vetado aos médicos assumir tratamento desses internos enquanto tutelados dessas instituições.

II - Sobre a prática de contenção mecânica dentro desses estabelecimentos.

Resposta – A contenção mecânica definida nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057/13 é tratada como uma prescrição médica naquelas instituições onde se garanta presença de médicos e enfermeiros no ambiente médico. Pelos riscos que existem nessas ações, a contenção só pode ser feita em ambiente seguro para tal. Nas instituições sem caráter médico, deve-se obedecer o que a RDC Anvisa nº 29/11 definir.

III - Sobre a permanência de pacientes dentro de quartos com cadeados para se evitar a evasão do tratamento, principalmente no que tange a pacientes com riscos atuais (autoagressão e heteroagressão);

Resposta – Essa conduta foi proscrita em psiquiatria, portanto sua prática por parte de psiquiatras é vetada ambientes médicos. Nas instituições sem caráter médico, deve-se obedecer o que a RDC Anvisa nº 29/11 definir.

IV - Sobre o acolhimento, nesses estabelecimentos, de pacientes com baixo risco de complicações clínicas (menos de 40 anos de idade, sem problemas clínicos, etc.),
Resposta – O Projeto de Lei nº 7.663/10 obriga a avaliação médica prévia para definir a necessidade ou não de tratamento médico prévio. Quanto às internações nas CT previstas na RDC Anvisa nº 29/11, resta vetada a internação de pessoas que necessitem de assistência médica.

V - Sobre o uso de cigarros por adolescentes dentro desses estabelecimentos, mesmo com a permissão por escrito dos pais ou responsáveis;

Resposta – O uso de cigarros é proibido para menores. Nos ambientes médicos deve ser completamente proscrito. Nas instituições sem caráter médico deve ser obedecida a RDC Anvisa nº 29/11.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

VI - Sobre adolescentes realizarem algumas atividades terapêuticas (formar grupos de mútua ajuda, cozinhar etc.) juntamente com adultos que também estão em tratamento;

Resposta – O cerne dos ambientes com as estratégias comunitárias pressupõe a existência de tarefas, o cumprimento de obrigações e de regras e a discussão quanto a transgressões e ao não cumprimento de tarefas. Para os ambientes médicos, na Resolução CFM nº 2.057/13 está prevista a ocupação, desde que não substitua o trabalho a ser realizado pelos funcionários. Caso tal ocorra, o paciente passa a fazer jus a remuneração.

VII - Sobre a aplicação de medicamentos injetáveis (Haloperidol, Prometazina, Clorpromazina, Midazolam, etc.) dentro desses estabelecimentos;

Resposta – É vetado, nos termos da RDC Anvisa nº 29/11. Naquelas com ambiente médico, com médicos plantonistas, equipe de enfermagem, sala de observação e contenção, carrinho de parada e referenciamento para hospital de apoio, para os casos que requeiram ambiente mais adequado à assistência, é permitido.

VIII - Sobre adolescentes permanecerem sem estudar durante o período de tratamento, que dura, em geral, mais de 4 meses;

Resposta – Não se trata de matéria médica, nem é uma questão relacionada a tarefas com intuito terapêutico. Se for oferecida a possibilidade, tanto melhor, se não, não está relacionada como fundamental para cumprir sua função terapêutica.

IX- Sobre a permanência de pacientes com comorbidades psiquiátricas graves, como esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, transtorno depressivo maior grave (com comportamento suicida, etc.).

Resposta – Caso a instituição preencha o perfil definido como ambiente médico, nada impede que pacientes com comorbidades sejam nela internados.

Justificativa: Não existem pareceres técnicos do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre tais assuntos. Apesar das Comunidades Terapêuticas fazerem parte do aporte terapêutico no tratamento de usuários de álcool e de outras drogas, pouco se fala sobre o exercício da Medicina, em particular da Psiquiatria, nesses estabelecimentos.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Resposta – Embora seja apenas a motivação para as perguntas, vale salientar que todas essas respostas decorrem das Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057/13, que devem ser lidas por todos os médicos, principalmente pelos psiquiatras.

Segundo consulente:

Gostaria de saber se é ético o médico internar dependente químico em Comunidades Terapêuticas onde não há médico (nem nenhum outro profissional de saúde), sendo que essa pessoa ficará internada por seis meses sob essas condições?

Justificativa: O tratamento da dependência química em Comunidades Terapêuticas vem sendo adotada pelas políticas públicas sem a exigência de médicos nelas, mas exigindo que o pedido de internação seja feito por médico.

Resposta – É vedado aos médicos internar pessoas com doenças mentais em estabelecimentos assistenciais que não cumpram os requisitos das Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057/13. As Comunidades Terapêuticas definidas na RDC Anvisa nº 29/11 não podem ser consideradas seguras para a prática do ato médico.

Terceiro consulente:

Gostaria de saber se qualquer médico pode solicitar internação de um dependente químico.

Resposta – Sim, qualquer médico pode fazer a indicação de internação nos termos das Leis nºs 10.216/01 e 12.842/13.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 26 de fevereiro de 2015

EMMANUEL FORTES S. CAVALCANTI

Conselheiro relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS

1. Main T. (1946). "The Hospital as a Therapeutic Institution". Bulletin of the Menninger Clinic 10: 66–70.
2. Main, T. (1989). The Ailment and other psychoanalytic essays. London: Free Association Books. ISBN 1-85343-105-2.
3. Association of Therapeutic Communities. www.therapeuticcommunities.org/, acessado em 27/07/2011.
4. The Royal College of Psychiatry. Community of Communities - A Quality Network of Therapeutic Communities. <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/Service%20Standards%20for%20Addiction%20Therapeutic%20Communities%201st%20edition%202006.pdf>, acessado em 27/07/2011.
5. World Federation of Therapeutic Communities. Standards And Goals For Therapeutic Communities. <http://www.wftc.org/standards.html>, acessado em 27/07/2011.
6. Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 29 http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/agencia!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwMDMydnA093Uz8z00B_A3cPQ_2CbEdFALjii_4!/?WCM_PORTLET=PC_7_CGAH47L0006BC0IG5N65QO0O20_WCM&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/anvisa/anvisa/sala+de+imprensa/noticias/aprovada+norma+para+comunidades+terapeuticas, acessado em 27/07/2011.
7. CFM – Resolução nº 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina e dá outras providências.
8. CFM – Resolução nº 2.057/13, que consolida as diversas resoluções em psiquiatria e dá outras providências.
9. Lei nº 10.216/01, que redefine o modelo assistencial em psiquiatria e dá outras providências.
10. Lei nº 12.842/13, que regulamenta a Medicina no Brasil.