Manual da Comissão Revisora das Internações Involuntárias do Estado de Santa Catarina – CRIIE-SC:

Metodologia, Diretrizes, Parâmetros Técnicos e Legais para Revisão das Internações Involuntárias no Estado de Santa Catarina

Realização: GOVERNO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DA SAÚDE

Apoio: MPSC MINISTÉRIO PÚBLICO Santa Catarina

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MANUAL DA COMISSÃO REVISORA DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRIIE-SC: METODOLOGIA, DIRETRIZES, PARÂMETROS TÉCNICOS E LEGAIS PARA REVISÃO DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA.

Florianópolis/SC
Outubro, 2026

Governo do Estado de Santa Catarina

GOVERNADOR

Jorginho Mello

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Diogo Demarchi

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Priscila Signori

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Priscila Subtil Figueredo

ELABORAÇÃO

Bianca Magnago Paiva, médica psiquiatra forense

Bernardo Manata Eloi, médico de família e comunidade

Guilherme Vicente Fay Neves, médico psiquiatra forense

REVISÃO

Camila Pereira de Souza, enfermeira

Flávia Castro Andrade, médica de família e comunidade

Michele Olinger Brofman Chiumento, psicóloga, Gerente de Atenção Psicossocial

Raiane de Mello Schwinden, médica de família e comunidade

GOVERNO DE
SANTA
CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

Catalogação na Publicação

Ministério Público de Santa Catarina – Gerência de Biblioteca

Paiva, Bianca Magnago.

Manual da Comissão Revisora das Internações Involuntárias do Estado de Santa Catarina – CRIIE- SC [recurso eletrônico] : metodologia, diretrizes, parâmetros técnicos e legais para revisão das internações involuntárias no Estado de Santa Catarina / [Bianca Magnago Paiva, Bernardo Manata Eloi, Guilherme Vicente Fay Neves ; revisores Camila Pereira de Souza ... et al.]. – Florianópolis : [s.n.], 2026.

72 p. ; PDF.

1. Internação Involuntária. 2. Doente Mental. 3. Assistência Psiquiátrica. I. Eloi, Bernardo Manata. II. Neves, Guilherme Vicente Fay. III. Souza, Camila Pereira de. IV. Título.

CDDir 340.7

Magda Daré CRB – 14/982

Homenagem

Ao eterno **Professor Dr. Miguel Chalub**, referência incontestável da Psiquiatria Forense brasileira, cuja trajetória acadêmica, clínica e humanística marcou gerações de profissionais e contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento do pensamento crítico na interface entre saúde mental, Direito e direitos humanos.

Seu legado nos ensinou que a proteção da pessoa em sofrimento mental deve ser acompanhada de reflexão crítica sobre **autonomia, liberdade, dignidade e direitos**.

"Em suma, esse tipo de medida é uma conquista da civilização ou um abuso?"

Essa indagação sintetiza o compromisso que orienta a **CRIIE-SC**: assegurar que a necessária proteção à pessoa em situação de vulnerabilidade jamais prescinda do respeito aos seus direitos fundamentais.

Agradecimentos

A concepção da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias do Estado de Santa Catarina (CRIIE-SC) foi possível graças ao trabalho em conjunto de instituições e profissionais comprometidos, os quais agradecemos à seguir:

À **Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**, especialmente às Diretoras de Atenção Primária à Saúde, **Ângela Maria Blatt Ortiga** e **Priscila Subtil Figueredo**, e à Gerente de Atenção Psicossocial, **Michele Olinger Brofman Chiumento**, por todo apoio institucional, colaboração fundamental à estruturação, concretização e fortalecimento desta Comissão.

Ao **Ministério Público do Estado de Santa Catarina**, sobretudo aos ilustres Promotores de Justiça **Dr. Douglas Roberto Martins** e **Dr. Eduardo Sens dos Santos**, coordenadores do Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública, e a **Artur Brandes de Azevedo Ferreira**, Auxiliar do Ministério Público, pelas relevantes contribuições à construção e consolidação da Comissão.

À **Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina.**

Ao **Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina**, notadamente à **Câmara Técnica de Psiquiatria** e seu coordenador, **Dr. Marcos José Barreto Zaleski**, pela criteriosa análise do deste Manual e por sua aprovação unânime.

Sumário

1 – Introdução 7

2 – Justificativa 9

3 – Objetivos do manual 11

4 – Fundamentos legais e regulamentares 13
4.1 - Legislação federal 15
4.2 - Regulamentações específicas 17
4.3 - Legislação estadual e termos de cooperação 20

5 – Competências e atribuições da comissão 22
5.1 - Funções gerais 23
5.2 - Diretrizes gerais 23
5.3 - Diretrizes específicas 24

6 – Estrutura e Funcionamento da comissão 27
6.1 - Composição 28
6.2 - Funcionamento 28

7 – Parâmetros técnicos para revisão das internações involuntárias no estado de Santa Catarina 33
7.1 - Os critérios técnicos que justificam as internações psiquiátricas involuntárias 35
7.2 - A internação involuntária e os transtornos mentais 41

8 – Os Transtornos mentais, as alterações psicopatológicas e os critérios clínicos relacionados às internações psiquiátricas involuntárias 46
8.1 - Psicoses (esquizofrenias, transtornos esquizofrênicos e delirantes) 47
8.2 - Transtornos do humor (transtorno afetivo bipolar) 48
8.3 - Transtornos do humor (episódio e transtorno depressivo)/suicídio 49
8.4 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas 51
8.5 - Demências 52
8.6 - Delirium 53
8.7 - Transtornos alimentares 53
8.8 - Transtornos de personalidade (TP) 54
8.9 - Conclusão sobre as alterações psicopatológicas e os critérios clínicos relacionados às internações psiquiátricas involuntárias 55

9 – Sobre internação de crianças e adolescentes 59

10 – Evolução da internação psiquiátrica involuntária 61

11 – Disposições finais 64

12 – Referências legais 66
12.1 - Leis Federais 67
12.2 - Decretos Federais 67

13 – Referências normativas 68
13.1 - Portarias ministeriais 69
13.2 - Resoluções de conselhos e Comissões 69
13.3 - Documentos institucionais específicos 69
13.4 - Documentos normativos internacionais 69

14 – Referências técnico-científicas 70

1 Introdução

O presente manual tem como objetivo orientar a atuação da Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias do Estado de Santa Catarina, estabelecendo diretrizes e procedimentos padronizados para a revisão dos parâmetros técnicos dessas internações.

Para atender a essas questões e garantir a proteção dos direitos dos pacientes, este manual apresenta, de forma detalhada, os critérios e procedimentos para a realização de internações psiquiátricas involuntárias (IPI), conforme estabelecido nas principais diretrizes legais e bibliográficas médicas psiquiátricas.

Buscamos uma abordagem clara, ética e legalmente fundamentada, assegurando que os profissionais da saúde possam tomar decisões informadas que preservem a dignidade e o bem-estar do paciente, sem comprometer sua autonomia e segurança.

A implementação da Comissão é fruto de uma cooperação técnica entre o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), com o desenvolvimento do Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas de Santa Catarina (SAIP-SC). Esse sistema substitui a ferramenta anterior, denominada CIPI, e visa aprimorar a comunicação entre os diferentes atores envolvidos no processo, garantindo a transparência e a segurança jurídica das internações realizadas.

A Comissão tem papel fundamental na revisão das internações psiquiátricas involuntárias, assegurando que sejam realizadas de acordo com os preceitos legais e éticos, lembrando que a Lei Federal nº 10.216/2001 estabelece a diretriz de que a internação deve ocorrer apenas quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar, garantindo a proteção dos direitos dos pacientes e o respeito à sua dignidade. Nesse sentido, este manual tem função normativa e orientadora, padronizando os procedimentos adotados pela Comissão e fornecendo subsídios técnicos para a execução de suas atividades.

A atuação da Comissão está alicerçada em legislações vigentes, como a Portaria GM/MS nº 2.391/2002, que regulamenta as internações psiquiátricas involuntárias, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que reforça a necessidade de promover a inclusão e o respeito aos direitos fundamentais. Além disso, o manual se baseia nos princípios da Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental da ONU (1991), que estabelece diretrizes para a assistência à saúde mental em consonância com os direitos humanos.

2 Justificativa

O aspecto fundamental da autonomia pessoal, a capacidade para consentir o tratamento, ou a capacidade para tomada de decisões médicas, refere-se à aptidão cognitiva e emocional para selecionar alternativas de tratamento ou recusá-las. Um modelo conceitual forense da capacidade para a tomada de decisões de tratamento engloba quatro habilidades fundamentais: entendimento, apreciação, raciocínio e manifestação de escolha. Quando o médico obtém o consentimento esclarecido de um paciente, antes de iniciar o tratamento proposto, pressupõe-se que esse consentimento seja válido e que fora observada a premissa de fornecimento da informação adequada a um paciente capaz, ao qual foi permitida uma escolha voluntária e racional.

No entanto, diante de transtornos mentais que cursam com prejuízo e alteram a capacidade de consentir o tratamento, ou seja, cursam com comprometimento da capacidade do sujeito em compreender o que foi dito, de analisar as implicações e o significado das informações dadas ou da escolha que está sendo feita; assim como comprometem a habilidade de ponderar e comparar opções e as consequências potenciais das decisões, cria-se um conflito entre um princípio ético e dois princípios médicos, todos fundamentais: autonomia versus beneficência/não maleficência. Por essas questões, evoluir com uma internação involuntária é um desafio, dada a complexa natureza desses casos que incluem amplas implicações éticas e legais.

E é nesse momento, que saúde pública e direitos humanos acabam por se tornar foco a fim de que se possa avaliar eticamente o quadro clínico do paciente, uma vez que a internação psiquiátrica involuntária (IPI) é um procedimento médico ensejado contra a vontade daquele a quem se pretende beneficiar: o paciente.

Ainda assim, mesmo diante dessa complexidade, não há, na legislação brasileira, tampouco nas resoluções dos conselhos e nos manuais diagnósticos, critérios comuns, explícitos e sistematizados que esclareçam quando se pode hospitalizar um paciente de maneira involuntária. Isso gera um vácuo jurídico e moral, deixando decisões tão delicadas dependentes da interpretação subjetiva dos profissionais de saúde, o que pode resultar em práticas inconsistentes e em potenciais violações dos direitos fundamentais do paciente.

Diante disso, e embasado na leitura do texto legal, na resolução do CFM nº 2057/2013, na Lei nº 10.216/2001, nos preceitos da Assembleia Geral da ONU, de 1991 (“Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”) e na bibliografia médica e psiquiátrica, este manual visa instruir os profissionais de saúde sobre os critérios para a condução de internações psiquiátricas involuntárias, proporcionando uma base segura e íntegra, ao mesmo tempo em que respeita os direitos dos pacientes.

3

Objetivos do manual

Este manual tem como objetivos principais:

- Definir as diretrizes para a atuação da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias de Santa Catarina (CRIIE-SC);
- Estabelecer protocolos padronizados para a revisão dos parâmetros técnicos das internações psiquiátricas involuntárias;
- Garantir que todas as internações involuntárias estejam fundamentadas em critérios técnicos e legais, assegurando os direitos dos pacientes;
- Promover a comunicação eficiente entre unidades de saúde, Ministério Público e demais órgãos competentes, por meio do SAIP-SC;
- Contribuir para a formação contínua dos profissionais envolvidos, garantindo a adequação às melhores práticas e à legislação vigente;
- Oferecer subsídios para a elaboração de relatórios e pareceres técnicos que subsidiem a tomada de decisão sobre a pertinência das internações psiquiátricas involuntárias;
- Criar mecanismos de monitoramento e avaliação das internações, permitindo o aperfeiçoamento das políticas de saúde mental no estado de Santa Catarina.

A implementação deste manual reforça o compromisso do Estado com a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, garantindo que as internações involuntárias ocorram de maneira ética, transparente e eficiente.

4

Fundamentos legais e regulamentares

Esta seção apresenta o conjunto normativo que regula as internações psiquiátricas involuntárias, detalhando sua fundamentação legal e aplicabilidade prática. As normas que regem o tema têm como objetivo assegurar o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais e evitar internações inadequadas ou abusivas. Em especial, busca-se garantir que o tratamento psiquiátrico involuntário ocorra somente em último caso, quando todas as alternativas extra-hospitalares tiverem se mostrado insuficientes e haja risco iminente.

O principal marco regulatório nacional é a **Lei nº 10.216/2001**, que estabeleceu as bases para o redirecionamento da assistência em saúde mental no Brasil. Essa lei garante que a hospitalização psiquiátrica ocorra apenas em circunstâncias específicas, fundamentada por justificativa técnica em laudo médico circunstanciado (art. 6º). A Lei 10.216/2001 define três tipos de internação psiquiátrica:

- **Voluntária** – realizada com o consentimento do próprio paciente (que deve assinar declaração no momento da admissão, conforme art. 7º).
- **Involuntária** – ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros, usualmente família ou responsável legal.
- **Compulsória** – determinada por decisão judicial.

Independentemente da modalidade, a internação psiquiátrica deve ser excepcional e ter finalidade terapêutica transitória, nunca com caráter meramente asilar ou custodial. A própria Lei 10.216 veda internações de longa permanência sem necessidade clínica, estabelecendo, por exemplo, que "a hospitalização integral só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º, §§1º e 2º) e que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente.

Além disso, tanto a internação quanto a alta são atos médicos, conforme disposto na Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), que regula o exercício da medicina. Desse modo, a admissão e a alta hospitalar somente podem ser autorizadas por médico, com a devida justificativa clínica e observância das normativas vigentes (Lei 10.216/2001, arts. 6º e 8º).

Nos casos de internação involuntária, a legislação estabelece mecanismos de controle rigorosos. O responsável técnico do estabelecimento de saúde deve comunicar a internação involuntária ao Ministério Público Estadual no prazo máximo de 72 horas, contadas a partir do momento da admissão, devendo também notificar quando da respectiva alta (Lei 10.216/2001, art. 8º, §1º). Esse procedimento garante que uma autoridade externa supervisione o ato, reforçando a proteção do paciente.

A Lei 10.216/2001 determinou em seu art. 8º, §2º, a criação de uma comissão revisora para avaliar os casos comunicados, embrião do que se consolidou como Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias nos estados. No âmbito federal, a Portaria GM/MS nº 2.391/2002 do Ministério da Saúde regulamentou o controle dessas internações, reforçando a necessidade de notificação ao Ministério Público e estabelecendo a obrigação de revisão técnica de cada caso. Essa portaria – posteriormente consolidada no Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017 do Ministério da Saúde – atribuiu ao gestor estadual do SUS a responsabilidade de implantar Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias em cada unidade da federação, garantindo a participação do Ministério Público e possibilitando a criação de comissões em níveis regionais e municipais conforme a necessidade local.

A Comissão Revisora deve avaliar cada internação involuntária até o sétimo dia da hospitalização, emitindo um laudo que confirme a manutenção da internação ou recomende sua suspensão, conforme o caso, o qual deve ser encaminhado ao hospital responsável no prazo de 24 horas. Esse procedimento assegura uma segunda avaliação independente em curto intervalo de tempo, funcionando como salvaguarda dos direitos do paciente internado involuntariamente.

4.1 - Legislação Federal

A seguir, são elencados os principais dispositivos legais de âmbito federal relacionados à matéria:

- **Constituição Federal de 1988 (arts. 196 e 227)** – estabelece o direito de todos à saúde e o dever do Estado em garanti-lo (art. 196), bem como a proteção integral à criança e ao adolescente com absoluta prioridade (art. 227). Esses preceitos fundamentam a oferta de cuidados em saúde mental em bases universais e orientadas à proteção de grupos vulneráveis.

- **Lei Federal nº 10.216/2001** – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Define os tipos de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória) e estabelece garantias, como a necessidade de laudo médico para internação, a comunicação obrigatória ao MP nas internações involuntárias e o respeito à dignidade e autonomia dos pacientes. É o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, assegurando que o tratamento ocorra no ambiente menos restritivo possível.

- **Lei Federal nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência – LBI)** – institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, incorporando em lei interna os princípios da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Reforça direitos fundamentais das pessoas com deficiência – inclusive deficiência mental ou psicossocial – em igualdade de condições com os demais. No contexto das internações psiquiátricas, a LBI enfatiza a necessidade de consentimento livre e esclarecido da pessoa com deficiência para qualquer procedimento de saúde, exceto em situações de risco iminente de morte e de emergência em saúde. Além disso, a LBI alterou dispositivos do Código Civil, abolindo a interdição civil plena e implementando mecanismos de tomada de decisão apoiada, o que influencia a forma de gerenciamento de cuidados de pessoas com transtorno mental, privilegiando sua vontade e preferências sempre que possível.

- **Decreto Federal nº 6.949/2009** – promulga no Brasil a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD), com status de emenda constitucional. A Convenção, em seu art. 14, estabelece que a existência de deficiência não pode justificar privação de liberdade, reforçando o paradigma de que tratamentos em saúde mental não devem violar direitos humanos. Esse instrumento internacional baliza a interpretação das leis nacionais, exigindo que as internações psiquiátricas observem estritamente critérios médicos e não discriminação.

- **Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA)** – assegura o direito à proteção integral de crianças e adolescentes, inclusive no âmbito da saúde. Aplica-se às internações psiquiátricas de menores de 18 anos, estipulando que devem ocorrer com conhecimento e consentimento dos pais ou responsáveis e sob supervisão do Judiciário quando necessário, sempre orientadas pelo melhor interesse do menor. O ECA prevê que a internação de crianças/adolescentes por motivos de saúde mental seja acompanhada por equipe interprofissional e comunicada à autoridade competente em casos de risco (por exemplo, se envolver medida protetiva). Esses cuidados adicionais visam resguardar os direitos dos pacientes infantojuvenis, em consonância com o art. 227 da Constituição.

- **Lei Federal nº 11.343/2006 (Lei Antidrogas)** – institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e contém dispositivos pertinentes à atenção de usuários e dependentes de drogas. Em 2019, foi alterada pela Lei nº 13.840/2019 para regulamentar de forma específica a internação involuntária de dependentes químicos. De acordo com a nova redação, a internação involuntária por uso de substâncias psicoativas pode ser solicitada por familiar ou, na ausência deste, por

um servidor público da área de saúde ou assistência social, excluindo-se pedido por autoridades policiais. Essa internação não requer autorização judicial, mas depende de avaliação médica formal que ateste a necessidade do tratamento e a incapacidade do paciente de consentir. Foi estipulado um prazo máximo de 90 dias de duração, devendo perdurar apenas pelo período necessário à desintoxicação física do paciente. Além disso, todas as internações e altas de dependentes químicos devem ser comunicadas em até 72 horas ao Ministério Público.

- **Lei Federal nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico)** – regula o exercício da medicina e estabelece, entre outras disposições, que diagnosticar doenças e indicar a internação ou alta médica são atos privativos do médico. No contexto das internações psiquiátricas, essa lei reforça que somente um médico pode determinar a necessidade de internar ou dar alta a um paciente, o que se articula com as exigências da Lei 10.216/2001 de laudo e justificativa técnica. Esse dispositivo garante segurança jurídica e técnica ao processo, vinculando a internação involuntária a uma decisão clínica responsável.

- **Constituição da República de 1988 (art. 5º, incisos III e XLIX)** – embora já mencionado o art. 196, a Constituição também prevê, no art. 5º, o direito à integridade física e moral de todos (inc. III, que veda tortura ou tratamento desumano) e a garantia de respeito à integridade dos presos (inc. XLIX). Por analogia, esses preceitos respaldam que pessoas internadas, ainda que por tratamento, mantenham seus direitos humanos básicos resguardados, não sofrendo maus-tratos ou privações indevidas.

(Obs.: As legislações federais acima enumeradas constituem o arcabouço jurídico central para a matéria. Outros diplomas, como o Código Penal e a Lei de Execução Penal já citados, podem incidir em situações específicas, mas as normas listadas cobrem os casos mais comuns de internação psiquiátrica involuntária em âmbito civil.)

4.2 - Regulamentações específicas

Nesta subseção, destacam-se atos normativos infralegais (portarias, resoluções e códigos profissionais) que complementam as leis federais, detalhando procedimentos e aspectos éticos relacionados às internações psiquiátricas involuntárias:

- **Portaria GM/MS nº 2.391/2002** *(Ministério da Saúde)* – define as regras e procedimentos para as internações psiquiátricas involuntárias (e também voluntárias) em todo o território nacional, em conformidade com a Lei 10.216/2001. Dentre seus principais pontos, estabelece que: (i) toda internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público estadual em até 72 horas; (ii) cabe à Comissão Revisora avaliar cada internação involuntária no prazo máximo de 7 dias, emitindo parecer (laudo) de confirmação ou não da continuidade do tratamento; e (iii) a implantação dessas comissões, bem como o monitoramento de suas ações, é de responsabilidade do gestor estadual do SUS, podendo as comissões assumir abrangência regional ou municipal conforme a necessidade. Essa portaria foi posteriormente reeditada no contexto das Portarias de Consolidação de 2017 (Portaria de Consolidação MS nº 3/2017, Anexo V, art. 73), mantendo essas diretrizes e atualizando a organização das Comissões Revisoras conforme a estrutura do SUS. Em síntese, trata-se do principal normativo técnico-operacional para controle das internações, servindo de base para a atuação integrada entre serviços de saúde mental, Ministério Público e gestores de saúde.

- **Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)** – conjunto de normas deontológicas que orientam a conduta profissional dos médicos no Brasil. No contexto das internações psiquiátricas, o Código de Ética reforça diversos princípios relevantes, tais como: a autonomia do médico na condução do tratamento, devendo agir sempre em benefício do paciente e sem sofrer interferências indevidas na sua decisão clínica; a obrigação de obter consentimento informado do paciente para procedimentos, exceto em situações de risco iminente ou incapacidade comprovada; a proteção do sigilo profissional sobre as informações do paciente (salvo nos casos previstos em lei, como a comunicação obrigatória ao MP nas internações involuntárias); e a vedação a qualquer forma de discriminação ou abandono de paciente. Especificamente, o Código estabelece que internar ou manter alguém internado sem indicação técnica constitui infração ética, assim como prolongar desnecessariamente a internação contra os melhores interesses do paciente. Também explicita que a decisão de alta é ato do médico assistente, pautado em critérios técnicos e éticos. Esses preceitos éticos complementam as obrigações legais, guiando os profissionais na salvaguarda da dignidade e dos direitos dos pacientes sob seus cuidados.

- **Resolução CFM nº 2.057/2013** – ato normativo do Conselho Federal de Medicina que consolida diretrizes específicas para a assistência em psiquiatria. Essa resolução reitera princípios universais de proteção ao ser humano no contexto de transtorno mental e estabelece critérios mínimos de segurança e qualidade para serviços de assistência psiquiátrica. Entre as normas editadas, destacam-se: a exigência de que o diagnóstico de transtorno mental seja baseado em critérios científicos reconhecidos internacionalmente (por exemplo, CID-10/DSM), sem qualquer tipo de discriminação social, racial, religiosa ou de outra natureza; a responsabilidade da equipe médica pela continuidade do tratamento e elaboração do plano terapêutico individual, garantindo acompanhamento adequado do paciente; e a garantia de que o médico assistente tenha liberdade técnica para conduzir o caso, estando suas decisões sujeitas apenas às auditorias e revisões previstas no próprio Código de Ética Médica. A Resolução CFM 2.057/2013 também reserva atos privativos aos médicos psiquiatras, especialmente no que concerne a avaliações periciais e de aptidão para alta, e define um modelo de anamnese e exame do estado mental a ser seguido nos serviços. Em suma, este normativo do CFM busca assegurar que os tratamentos psiquiátricos – inclusive as internações involuntárias – observem padrões de qualidade, respeito e segurança, alinhados tanto à legislação vigente quanto à boa prática médica.

- **Resolução nº 05/2004 do CNPCP** – emitida pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, esta resolução estabelece Diretrizes para o Cumprimento das Medidas de Segurança aplicadas a pessoas inimputáveis por transtorno mental, adequando-as aos preceitos da Lei nº 10.216/2001. Embora trate de situação específica (internações determinadas pela Justiça, portanto compulsórias), sua menção se justifica por complementar o arcabouço normativo da saúde mental. Entre os pontos das diretrizes anexas, enfatiza-se que o tratamento em hospitais de custódia deve visar à reinserção social do paciente, tendo caráter terapêutico em vez de punição, e respeitar os direitos humanos do internado. A resolução recomenda a articulação dessas unidades com a rede de saúde e com os princípios do SUS, bem como a avaliação periódica da necessidade da manutenção da medida. Em essência, adapta a execução das internações forenses para evitar que manicômios judiciários funcionem como prisões de prazo indeterminado sem acompanhamento clínico adequado. Ainda que a Comissão Estadual Revisora foque nas internações involuntárias civis (não judiciais), é relevante conhecer esse normativo, pois reflete a convergência das políticas de saúde e justiça na proteção das pessoas com transtorno mental.

- **Carta de Princípios das Nações Unidas (ONU) de 1991** – documento internacional intitulado *"Princípios para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental"*, aprovado pela Assembleia Geral da ONU em 17 de dezembro de 1991. Embora não tenha força de lei no Brasil, inspirou reformas legislativas mundo afora e foi incorporado como referência ética e técnica nas políticas nacionais. Essa carta de princípios proclama diretrizes como: o direito das pessoas com transtorno mental a receber tratamento apropriado e humanizado, preferencialmente no meio menos restritivo; a necessidade do consentimento informado para quaisquer intervenções, exceto em situações absolutamente emergenciais; o direito a uma revisão periódica independente das internações involuntárias; e garantias contra abusos, tratamentos degradantes ou discriminações. A influência desses princípios pode ser notada tanto na Lei 10.216/2001 quanto nas resoluções do CFM, estando também presente na fundamentação para a criação das Comissões Revisoras. Portanto, a Comissão deve sempre atuar à luz desses parâmetros internacionais de direitos humanos, assegurando que suas ações contribuam para a melhoria contínua do sistema de atenção psiquiátrica.

4.3 - Legislação estadual e termos de cooperação

Além das normas federais, instrumentos normativos estaduais e acordos interinstitucionais complementam as diretrizes nacionais, adaptando-as às realidades locais de Santa Catarina. No caso catarinense, destaca-se a celebração de um Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), firmado em 12 de julho de 2019, que viabilizou a criação do Programa de Monitoramento das Internações Psiquiátricas no estado. Por meio desse acordo, instituiu-se o Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas de Santa Catarina (SAIP-SC) – plataforma informatizada destinada a registrar e comunicar as internações psiquiátricas involuntárias – e estruturou-se oficialmente a Comissão Estadual Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, de natureza multiprofissional e interinstitucional.

O Termo de Cooperação definiu as competências de cada órgão: caberá à Secretaria de Saúde acessar os registros das internações notificadas, analisar a documentação e a regularidade dos estabelecimentos que realizam internações psiquiátricas (inclusive privados, independentemente de possuírem leitos SUS) e revisar, através da Comissão, as internações involuntárias comunicadas,

após a fase inicial de implantação do sistema. Essa revisão, realizada por um grupo técnico da SES com participação do MPSC, segue o previsto na Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, Anexo V, art. 73 – dispositivo que orienta os estados a instituírem comissões revisoras com essa finalidade.

Ao Ministério Público, por sua vez, cabe disponibilizar a solução tecnológica (o sistema SAIP-SC), receber as comunicações iniciais das internações (conforme já determinado em lei) e atuar nas medidas legais cabíveis em caso de eventuais irregularidades ou abusos identificados. Os estabelecimentos de saúde que realizam internações psiquiátricas também podem voluntariamente aderir ao termo de cooperação, passando a ter acesso ao sistema e se comprometendo com a transparência das informações e o acompanhamento conjunto pelo poder público.

A formalização desses instrumentos normativos em âmbito estadual permitiu ampliar a transparência e a articulação interinstitucional, fortalecendo a governança em saúde mental e garantindo maior controle sobre as internações involuntárias. Em Santa Catarina, com mais de 40 serviços de saúde mental realizando internações e cerca de 300 novas internações involuntárias por mês, a Comissão Revisora emerge como um mecanismo essencial para assegurar que cada caso seja avaliado de forma diligente, à luz da lei e dos critérios técnicos.

A atuação integrada SES–MPSC, respaldada pelo Termo de Cooperação, visa não apenas cumprir a legislação vigente, mas qualificar o processo de cuidado, prevenindo internações desnecessárias ou prolongadas indevidamente, e estimulando a busca de alternativas terapêuticas menos restritivas junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ademais, a iniciativa reforça a responsabilização compartilhada: ao mesmo tempo em que o sistema facilita ao MPSC o acompanhamento sistemático das internações (como fiscal da lei), dá à saúde estadual um instrumento para aprimorar sua regulação e apoio técnico aos serviços.

Em nível municipal e regional, podem existir ainda acordos ou normas complementares, como deliberações de Comissões Intergestores Bipartite (CIB) definindo fluxos regionais de revisão, ou convênios com prefeituras para envolver os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) no monitoramento pós-alta. Tais ajustes locais devem alinhar-se às diretrizes nacionais e estaduais acima descritas, respeitando os papéis institucionais. De todo modo, qualquer protocolo regional não afasta as obrigações centrais estabelecidas em lei, mas avança no detalhamento conforme a realidade de cada localidade.

5

Competências e atribuições da comissão

5.1 - Funções gerais

- Receber e analisar comunicações de internações psiquiátricas involuntárias.
- Revisar a regularidade dos laudos médicos e justificativas para a internação.
- Emissão de pareceres e comunicação ao Ministério Público sobre irregularidades.
- Garantia de sigilo e proteção de dados sensíveis dos pacientes.

5.2 - Diretrizes gerais

Com base nas normativas em vigor, que regulamentam as internações psiquiátricas involuntárias, estabelecem-se abaixo as orientações gerais que guiarão esse processo:

- **Internação em Estabelecimentos de Saúde**
  A admissão de um paciente em qualquer unidade hospitalar ou instituição especializada em saúde mental requer um registro detalhado, onde deverá constar a justificativa médica que fundamenta a necessidade de internação. A classificação dessa internação deve seguir as disposições da Lei nº 10.216/2001, podendo ser classificada como voluntária, involuntária ou compulsória, conforme a situação específica.

- **Responsabilidade Médica**
  A responsabilidade pela elaboração do diagnóstico médico e pela definição das condutas terapêuticas cabe exclusivamente ao corpo médico. Da mesma forma, as decisões sobre a admissão e a alta de pacientes são prerrogativas do médico, sendo essas decisões guiadas pelos princípios da ética profissional e pelas normativas pertinentes à área de saúde.

- **Notificação das Internações Involuntárias**
  Quando uma internação é realizada de forma involuntária, o estabelecimento de saúde, seja público ou privado, tem a obrigação de notificar o Ministério Público Estadual e a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIIE-SC) dentro de 72 horas após a admissão do paciente. Esse processo deve ser feito por meio do Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas (SAIP).

- **Revisão das Internações Involuntárias**
  A CRIIE-SC é responsável por realizar a revisão de todas as internações involuntárias no prazo de até sete dias após a internação do paciente. Essa revisão tem o objetivo de avaliar a continuidade ou suspensão do tratamento, sendo o parecer técnico encaminhado ao estabelecimento hospitalar responsável dentro de 24 horas após a análise, com a assinatura dos membros da comissão.

- **Revisão das Internações Voluntárias Convertidas em Involuntárias**
  Quando uma internação voluntária se transforma em involuntária, devido à manifestação de discordância do paciente, a CRIIE-SC deve revisar o caso. O estabelecimento de saúde deve registrar essa mudança no Sistema de Administração de Internações Psiquiátricas (SAIP), em até 72 horas após a manifestação do paciente.

- **Internação Compulsória**
  A internação compulsória, por ser determinada por decisão judicial, não está sujeita à revisão pela CRIIE-SC, uma vez que está fora do escopo das revisões administrativas realizadas pela comissão.

5.3 - Diretrizes específicas

Considerando as normas legais e os documentos técnicos relacionados à internação psiquiátrica involuntária, as seguintes orientações específicas devem ser observadas, sempre com ênfase no respeito aos direitos dos pacientes e na ética profissional:

- **Indicação da Internação Psiquiátrica**
  A internação psiquiátrica, em qualquer de suas modalidades, deve ser considerada apenas quando os recursos ambulatoriais não forem suficientes para garantir a saúde do paciente. Para que a internação ocorra, é essencial que um laudo médico detalhado e atualizado seja emitido, explicando claramente as razões que justificam tal medida (Lei nº 10.216/2001, Art. 2º).

- **Critérios Clínicos para Internação**
  A internação psiquiátrica somente será indicada quando houver um transtorno mental grave, que exija um tratamento hospitalar, sendo este o único meio viável de cuidado. Além disso, deve ser evidente a impossibilidade de manter o tratamento em um ambiente ambulatorial. A internação deve ser uma medida necessária, e não uma alternativa.

- **Condições Clínicas para Justificativa de Internação**
  A internação psiquiátrica é justificada por condições clínicas que envolvem perda de discernimento sobre a doença, incapacidade grave de autocuidado, risco iminente à vida ou à saúde do paciente, quadros graves de abstinência de substâncias psicoativas, intoxicação ou dependência química, além do risco de autoagressão ou heteroagressão. Tais situações não devem ser vistas como punições, mas como medidas terapêuticas fundamentais para a preservação da saúde (LIMA, 2007).

- **Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)**
  A IPI deve ocorrer em casos nos quais o paciente tenha perdido a autonomia, seja por um rebaixamento da consciência (como em quadros psicóticos ou intoxicações graves), ou por uma consciência preservada, mas com perda da capacidade de discernir e tomar decisões racionais (LIMA, 2007).

- **Consentimento e Representante Legal**
  No caso de IPI, a concordância de um representante legal é necessária, salvo em situações de emergência médica, quando a internação deve ser justificada claramente e registrada no prontuário do paciente. Mesmo em internações involuntárias, deve haver uma justificativa médica clara, e, sempre que possível, a participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento (Lei nº 10.216/2001, Art. 2º, Inc. IV e VII).

- **Revisão das Internações Psiquiátricas Involuntárias**
  Toda internação involuntária deve ser revisada periodicamente pela CRIIE-SC, para assegurar que as condições clínicas que justificam a internação se mantenham válidas. Nos casos de pacientes com menos de 18 anos ou com interdição judicial, a revisão deve ser ainda mais rigorosa, garantindo que a internação tenha respaldo legal, clínico e ético, conforme o Código Civil e a Lei nº 13.146/2015.

- **Limitação dos Critérios para Internação**
  A CRIIE-SC não pode validar internações psiquiátricas involuntárias baseadas apenas em critérios sociais, como a falta de moradia ou suporte familiar. Tais situações configurariam uma violação dos direitos do paciente, podendo ser consideradas sequestro (Código Penal, Art. 148).

- **Revisão**
  Caso irregularidades sejam encontradas na internação ou no atendimento, a CRIIE-SC deverá emitir parecer contrário à internação e encaminhar um laudo ao estabelecimento de saúde e ao Ministério Público.

- **Comunidades Terapêuticas e acolhimento voluntário**
  Para os fins deste Manual, o acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora não se equipara à internação psiquiátrica. As Comunidades Terapêuticas constituem serviços de caráter residencial e adesão voluntária, destinados ao acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, observadas as exigências legais e sanitárias específicas. Não se destinam à realização de internações psiquiátricas involuntárias. A adesão e a permanência devem ser voluntárias e formalizadas por escrito, conforme nota técnica nº 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA.

6

Estrutura e funcionamento da comissão

6.1 - Composição

Segundo a Portaria GM nº 2.391, de 2002 incorporada pela Portaria de Consolidação nº 03, de 2017, Anexo V, art. 73, a CRIIE-SC deve ser multiprofissional, contendo no mínimo um médico psiquiatra; um profissional de nível superior da área de saúde mental e um representante do Ministério Público Estadual. A Portaria também recomenda a presença de representantes de associações de direitos humanos, de usuários de serviços de saúde mental e de familiares.

6.2 - Funcionamento

Para fim de organizar o processo de revisão das internações hospitalares psiquiátricas involuntárias no Estado de Santa Catarina, o seguinte fluxo inicial do cadastro e adesão dos estabelecimentos que realizam internação em saúde mental (hospitais, clínicas e outros), pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve ocorrer:

a) **Estabelecimentos que realizam internação em saúde mental:** Encaminham para o MPSC a documentação para adesão ao Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas (SAIP), a saber, estatuto, CNPJ, declaração dos diretores (presidente, diretor geral, financeiro), cópia dos documentos pessoais, inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), certificado de regularidade na Vigilância Sanitária (Alvará Sanitário);

b) **MPSC:** Recebe e realiza o checklist dos documentos solicitados. Envia para a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias de Santa Catarina, no e-mail daps.saip@saude.sc.gov.br, a documentação completa dos estabelecimentos que pretendem realizar Termo de Adesão junto ao MPSC;

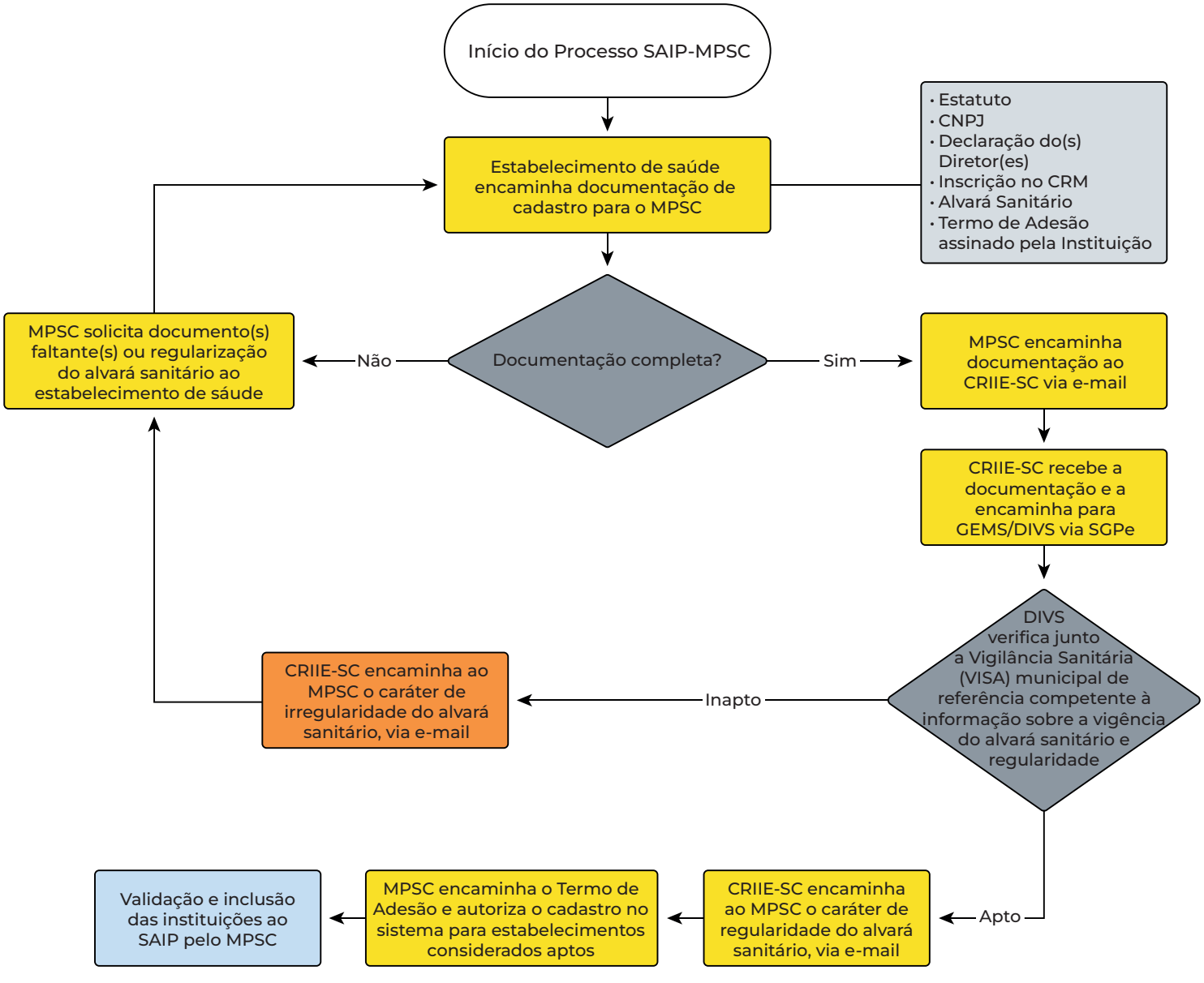
c) **CRIIE-SC:** Encaminha, via Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPe), os documentos dos estabelecimentos para a Gerência de Inspeção e Monitoramento dos Serviços de Saúde (GEMS/DIVS), para análise da situação do estabelecimento;

d) **GEMS/DIVS:** Verifica, junto à Vigilância Sanitária (VISA) do município onde o estabelecimento está localizado, se está regular e se atende aos critérios para realizar internação em saúde mental/psiquiátrica. Encaminha, via SGPe, para a CRIIE-SC, o resultado da análise, informando se o estabelecimento está regular ou não, junto à Vigilância Sanitária, para realizar internações;

e) **CRIIE-SC:** Encaminha, via e-mail, o resultado da análise realizada pela DIVS para o MPSC;

f) **MPSC:** Envia, para os estabelecimentos considerados aptos, o Termo de Adesão e autoriza o cadastro no sistema.

Após o cadastro, um novo processo se estabelece:



a) Os estabelecimentos de saúde deverão registrar, no sistema disponibilizado pelo MPSC, as internações psiquiátricas sujeitas à comunicação e revisão nos termos da legislação aplicável, especialmente as internações involuntárias, no prazo de 72 horas, nos termos estabelecidos pelo art. 23-A, § 7º, da Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006;

Parágrafo único. O acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora não se confunde com internação psiquiátrica. Trata-se de modalidade residencial de caráter voluntário, com adesão e permanência formalizadas por escrito, não se admitindo permanência forçada, restrição indevida de liberdade ou qualquer prática que descaracterize seu caráter voluntário, conforme nota técnica nº 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DIRE3/ANVISA.

b) a CRIIE-SC deverá acessar os registros de internações psiquiátricas cadastradas no Sistema, por meio da Área Técnica da Saúde Mental a fim de que, dentro de suas atribuições, possa tomar as medidas que entender cabíveis, no exercício de suas atribuições administrativas, no tocante às informações disponibilizadas;

c) havendo internações involuntárias registradas, a CRIIE-SC realizará a revisão destas internações, atendendo os critérios estabelecidos no Artigo 31 da resolução do CFM n. 2057/2013 para internação involuntária; em prazo de 7 (sete) dias da internação;

d) mediante identificação de incongruência de parâmetros técnicos e legais para IPI, irregularidades ou falhas no preenchimento dos formulários próprios, a CRIIE-SC emitirá seu parecer, no prazo de até 7 (sete) dias da internação com o intuito de buscar informações para complementar os dados com vistas a esclarecer melhor os fatores que determinaram a internação psiquiátrica involuntária;

e) o Estabelecimento de Saúde deverá, no prazo de 24 h, emitir resposta/esclarecimentos em conformidade com os questionamentos realizados pela comissão;

f) caso não confirmada a suspeita de internamento psiquiátrico involuntário indevido, a CRIIE-SC deve proceder à discussão com a equipe hospitalar quanto às incorreções ou incongruências observadas e quanto ao critério clínico-diagnóstico imprescindível para justificar uma internação psiquiátrica involuntária;

g) confirmada a suspeita de internamento psiquiátrico involuntário indevido, a CRIIE-SC emitirá um parecer contrário à manutenção da internação, no prazo de 24 horas, e o submeterá ao Estabelecimento de Saúde, bem como ao MPSC, mediante a utilização do referido software (SAIP);

h) o MPSC, por atuação das Promotorias de Justiça em cada comarca, diante do parecer contrário à manutenção da internação involuntária, designará perito para fim de analisar o caso;

i) o MPSC tomará as medidas cabíveis diante do laudo pericial;

j) no caso da internação involuntária atender os critérios técnicos e legais para tal, a CRIIE-SC manterá a revisão dos casos internados, checando os prazos informados para a provável alta hospitalar;

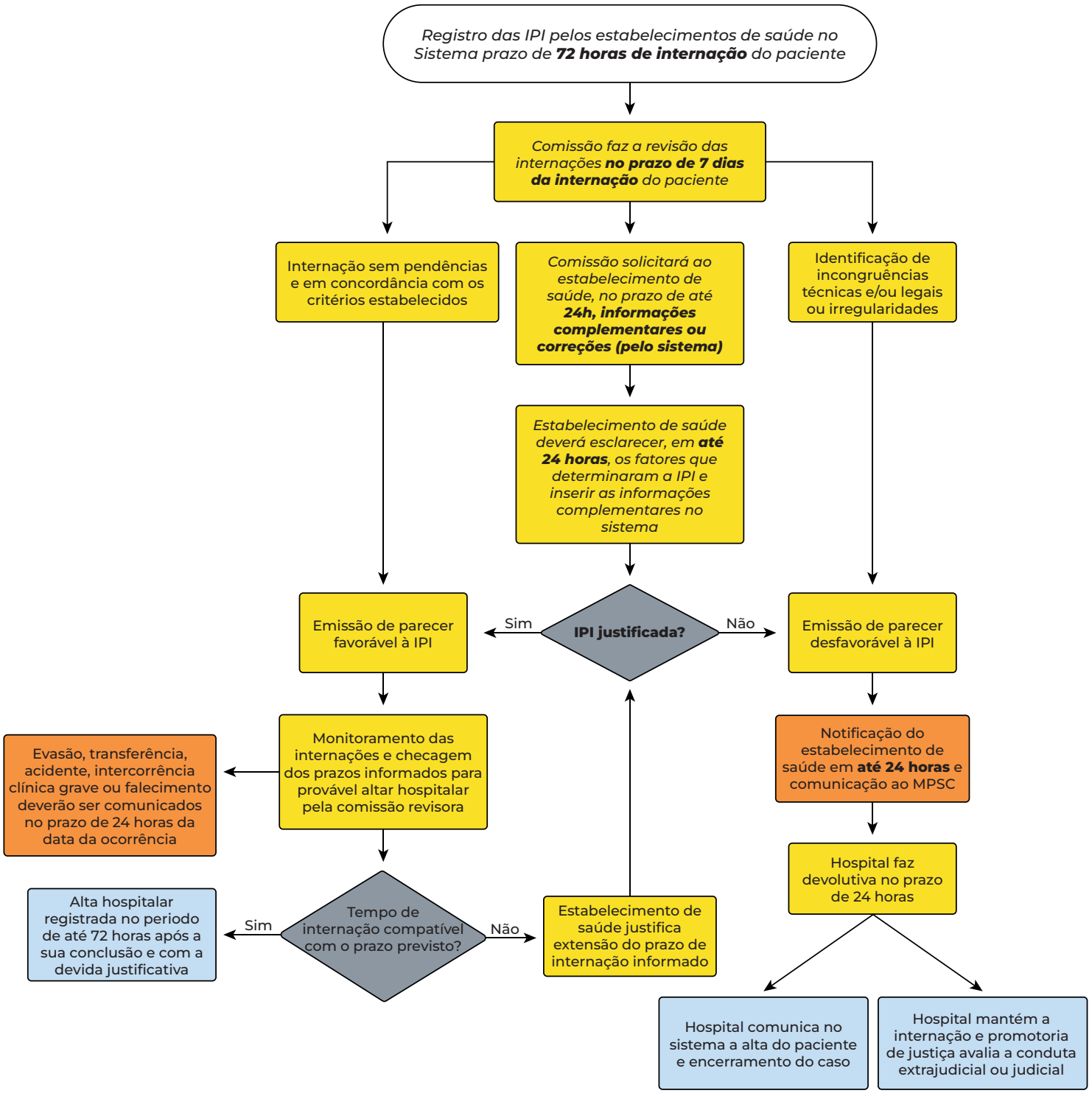
k) em caso de prorrogação do prazo inicial previsto para a internação hospitalar e sendo esta internação mantida sob o regime involuntário, o Estabelecimento de Saúde deverá comunicar tal renovação em até 72 horas;

l) diante da prorrogação do prazo inicial, a CRIIE-SC deverá analisar as justificativas para renovação; com atenção especial aos casos em que a internação psiquiátrica ultrapasse 90 (noventa) dias;

m) em caso de alta hospitalar, esta deverá ser registrada, mediante a utilização do referido software, no prazo de até 72 horas após a sua conclusão, com a devida justificativa (condições/encaminhamento/orientação) da alta, bem como o registro do solicitante da alta, uma vez que o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento;

n) as internações voluntárias (IPV) que evoluírem para internação psiquiátrica involuntária (IPI) deverão ser registradas no software (SAIP), em prazo de até 72 horas, e serão revisadas pela CRIIE-SC, atendendo os mesmos critérios supracitados e estabelecidos no Art. 31 da Resolução CFM nº 2.057/2013 para internação involuntária; em prazo de 7 (sete) dias;

o) evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável e no software (SAIP), no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas da data da ocorrência.


Registro das IPI pelos estabelecimentos de saúde no Sistema prazo de 72 horas de internação do paciente
Comissão faz a revisão das internações no prazo de 7 dias da internação do paciente
Internação sem pendências e em concordância com os critérios estabelecidos
Comissão solicitará ao estabelecimento de saúde, no prazo de até 24h, informações complementares ou correções (pelo sistema)
Identificação de incongruências técnicas e/ou legais ou irregularidades
Estabelecimento de saúde deverá esclarecer, em até 24 horas, os fatores que determinaram a IPI e inserir as informações complementares no sistema
Emissão de parecer favorável à IPI
Sim
IPI justificada?
Não
Emissão de parecer desfavorável à IPI
Monitoramento das internações e checagem dos prazos informados para provável altar hospitalar pela comissão revisora
Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave ou falecimento deverão ser comunicados no prazo de 24 horas da data da ocorrência
Notificação do estabelecimento de saúde em até 24 horas e comunicação ao MPSC
Hospital faz devolutiva no prazo de 24 horas
Alta hospitalar registrada no periodo de até 72 horas após a sua conclusão e com a devida justificativa
Sim
Tempo de internação compatível com o prazo previsto?
Não
Estabelecimento de saúde justifica extensão do prazo de internação informado
Hospital comunica no sistema a alta do paciente e encerramento do caso
Hospital mantém a internação e promotoria de justiça avalia a conduta extrajudicial ou judicial

7

Parâmetros técnicos para revisão das internações involuntárias no estado de Santa Catarina

A internação psiquiátrica involuntária é uma medida delicada que requer a observância de critérios rigorosos para garantir que o paciente não tenha seus direitos fundamentais violados, respeitando a ética médica e os princípios dos direitos humanos. No Brasil, diversos decretos, leis, resoluções e orientações de entidades nacionais e internacionais fornecem parâmetros para orientar os profissionais de saúde na tomada de decisões nesse contexto.

Um dos principais documentos que regula a internação involuntária é a **Resolução CFM nº 2.057/2013** que, em seu Art. 31, estabelece as condições clínicas que devem ser avaliadas antes de uma internação involuntária. Segundo essa resolução, a internação só é justificada nas seguintes situações, com base na condição do paciente:

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.

Esses critérios são fundamentais para que a decisão de internação involuntária seja baseada em uma avaliação clínica e ética sólida. O parágrafo 1º da resolução especifica que o risco à vida ou à saúde abrange condições como a incapacidade grave de autocuidados, síndromes graves de abstinência a substâncias psicoativas, intoxicação intensa por substâncias psicoativas e graves quadros de dependência química.

Os preceitos internacionais também contribuem para a definição dos critérios para a internação involuntária. A **Assembleia Geral da ONU**, em 1991, estabeleceu os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”.

Esses princípios foram adotados como diretrizes para a formulação de políticas de saúde mental em vários países, incluindo o Brasil. O autor **Taborda** propôs uma análise dos critérios para a internação involuntária, que incluem:

- **Critério A**: Presença de doença mental;
- **Critério B**: Pelo menos um dos seguintes riscos:
    - Risco de autoagressão (incluindo suicídio e envolvimento em acidentes ou ferimentos);
    - Risco de heteroagressão (seja difusa ou dirigida a uma pessoa específica);
    - Risco de agressão à ordem pública (apenas em casos de atos que realmente causem alarde social);
    - Risco de exposição social (financeira ou sexual);
    - Incapacidade grave de autocuidados.

Esses critérios buscam, assim, garantir que a decisão de internação involuntária seja pautada em uma avaliação criteriosa da situação do paciente e das suas condições de saúde mental, respeitando os direitos humanos e garantindo o bem-estar do indivíduo.

Em suma, as internações psiquiátricas involuntárias no Brasil devem ser baseadas em uma combinação de normas jurídicas, resoluções técnicas e diretrizes internacionais que orientem a prática médica. A **Lei nº 10.216/2001**, a **Resolução CFM nº 2.057/2013** e os princípios estabelecidos pela **ONU**, entre outros, fornecem uma base sólida para que os médicos possam avaliar, com responsabilidade, quando a internação involuntária é necessária, buscando sempre o melhor interesse do paciente.

7.1 - Os critérios técnicos que justificam as internações psiquiátricas involuntárias

Tendo como base a Resolução do CFM nº 2.057/2013 Art. 31, os textos legais examinados**,** os preceitos da Assembleia Geral da ONU, de 1991, bibliografias médicas e com base no Art. 4º da Lei 10.216, este manual instrui que a essência das justificativas de uma internação involuntária está na perda da autonomia do indivíduo, decorrente de sua doença mental, o que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo do seu estado. Para tanto, sugere-se os seguintes critérios técnicos para examinar as internações psiquiátricas involuntárias (Quadro 1):

Quadro 1

Critérios Técnicos para Internações Psiquiátricas Involuntárias

CRITÉRIO A (todos devem estar presentes):

I - Presença de Transtorno Mental (em sentido lato, englobando doenças e síndromes descritas nos manuais diagnósticos utilizados no país DSM-V e CID10/CID11)
II - A Hospitalização se apresenta como a única possibilidade de tratamento
III - Há impossibilidade de manutenção de tratamento em regime ambulatorial

CRITÉRIO B: presença de risco (probabilidade de um evento indesejado ocorrer). No mínimo, um dos seguintes:

I - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por incapacidade grave de autocuidados que possa acarretar sérios prejuízos à saúde física e/ou mental do paciente
II - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave síndrome de abstinência a substância psicoativa
III - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por intoxicação intensa por substância psicoativa
IV - Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave quadro de dependência química
V - Risco de autoagressão que engloba o risco direto de suicídio, bem como o de se envolver em acidentes ou de vir a ser ferido por terceiros
VI - Risco de heteroagressão, difusa ou a pessoa determinada
VII - Risco de prejuízo moral ou patrimonial (principalmente de natureza financeira e sexual)
VIII - Risco de agressão à ordem pública (expressão ampla que deve ser interpretada de maneira restritiva, abrangendo apenas atos que efetivamente possam se constituir em motivo de alarde social)
IX - O não tratamento da condição pode acarretar piora importante do estado do paciente ou impedir que ele receba a terapêutica apropriada

Para complementar os critérios para internações involuntárias, **Barros e Serafim** entendem que da mesma forma que uma pessoa em sã consciência decide sobre si, é a família que decide sobre um parente com transtorno mental que o prive de entendimento. O médico, entretanto, decide nos casos em que

não há família no momento ou nos casos nos quais o risco da não internação é extremo, conforme o artigo 46° do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico: efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”.

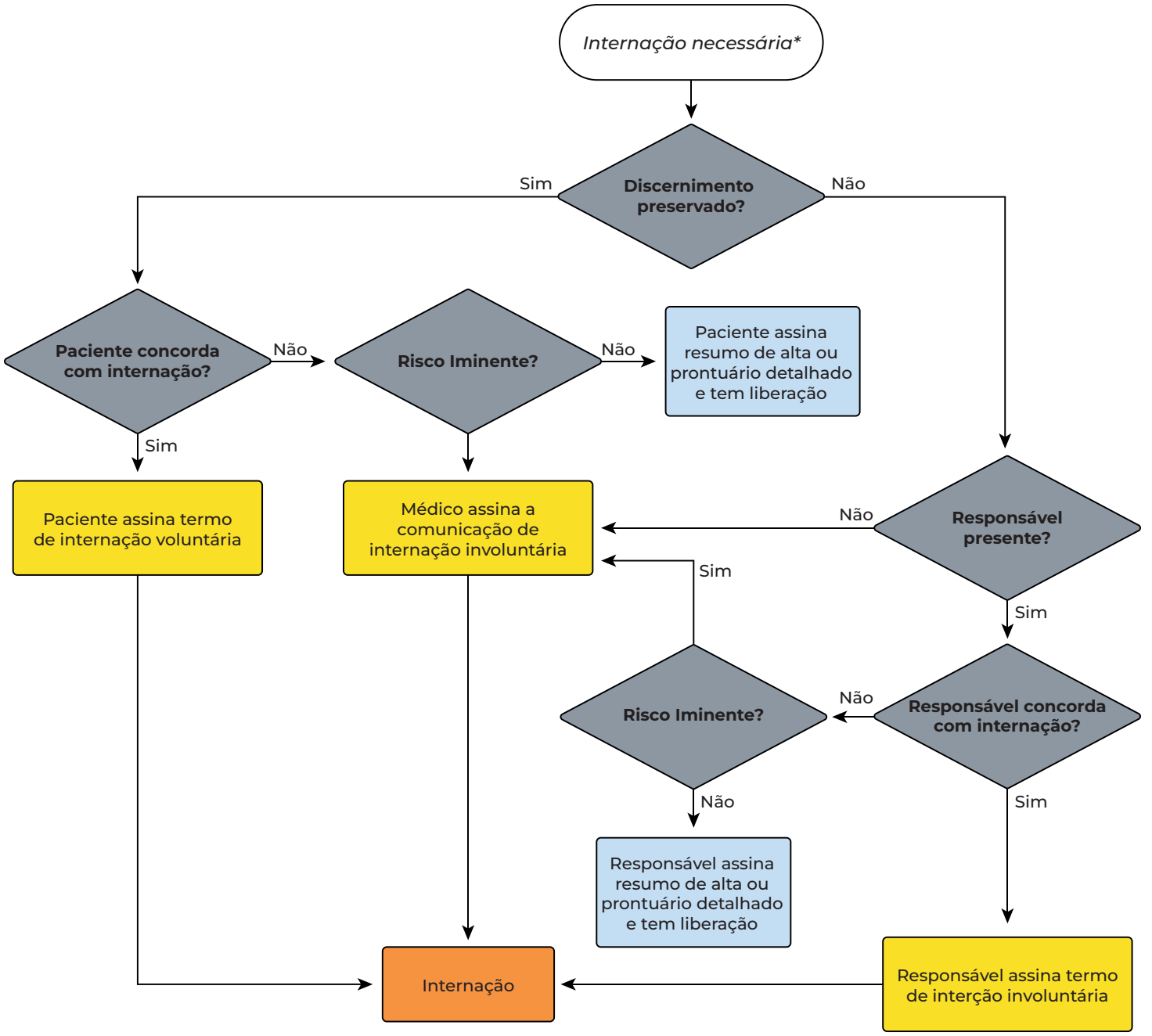
Portanto, quando verificado ser o paciente inapto para consentir sobre sua internação, este deve ser representado por um adulto capaz de deliberar por ele, e a seguinte ordem de precedência para substitutos deve ser respeitada:

a) cônjuge ou companheiro, desde que não separado;

b) pai ou mãe;

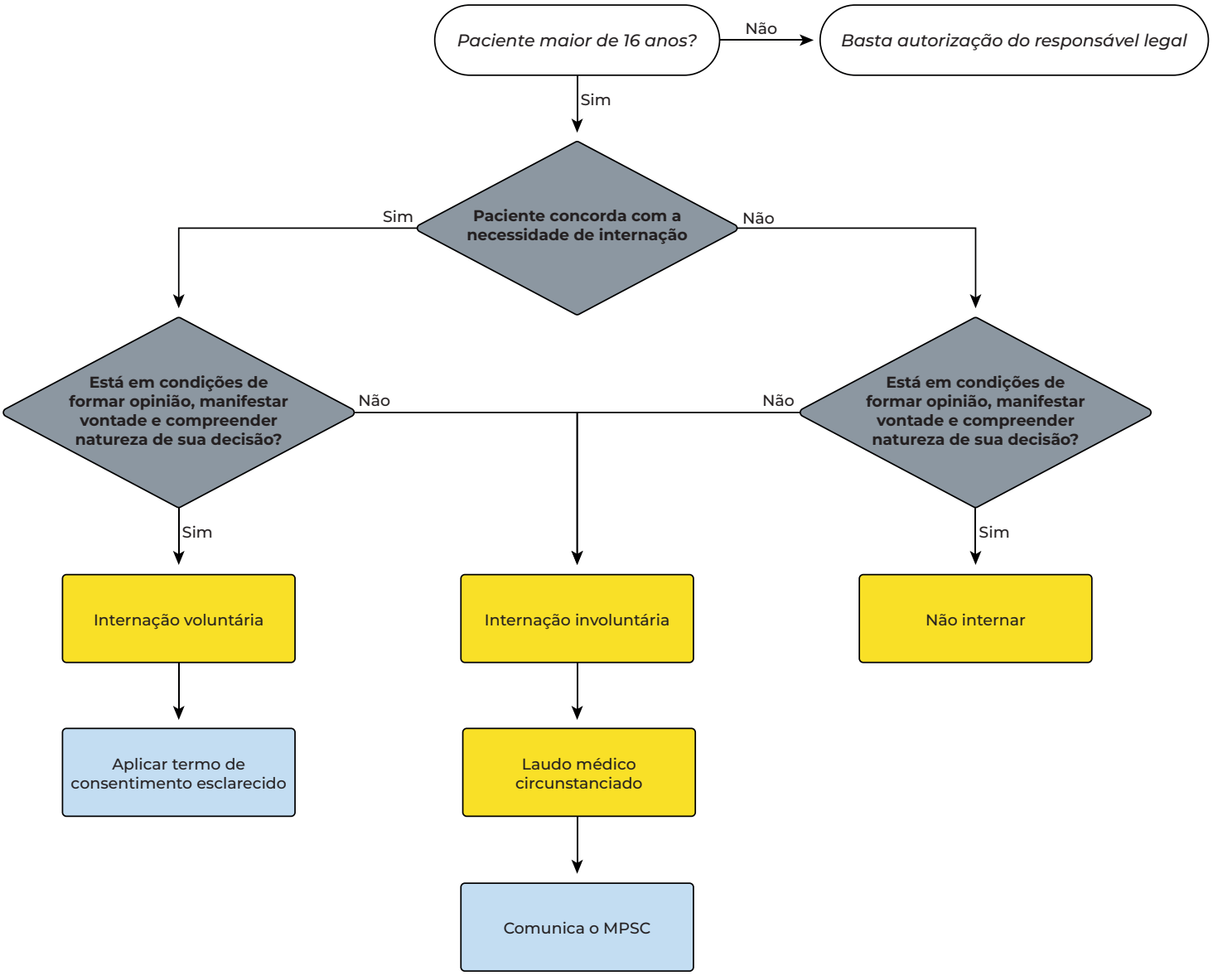
c) descendentes aptos, sendo que filhos precedem os netos**.**

Diante desse entendimento, sugere-se o fluxo 1 para decisão sobre as internações psiquiátricas, conforme disposto a seguir (Figura 1):



Taborda menciona que os procedimentos, como os descritos por **Barros & Serafim,** aplicam-se aos pacientes com 18 anos ou mais, porque, em princípio, são absolutamente capazes de acordo com a lei civil. Nos casos de internação psiquiátrica involuntária de crianças e adolescentes, inclusive menores de 16 anos, a participação, autorização ou concordância do responsável legal não afasta a obrigatoriedade de comunicação ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas, nos termos do art. 8º, §1º, da Lei nº 10.216/2001. A definição da modalidade de internação deve observar, além da capacidade civil, o melhor interesse da criança ou do adolescente, a excepcionalidade da medida e a fundamentação médica circunstanciada. Em relação aos maiores de 16 anos e menores de 18 anos, considerados relativamente capazes pela legislação civil, **Taborda** afirma que mesmo que o responsável legal consinta a hospitalização, se o paciente a ela se opuser, que haja a comunicação ao Ministério Público.

Portanto, de acordo com esses critérios mencionados e para fim de facilitar a compreensão dos diversos passos que devem ser dados na ocasião da hospitalização psiquiátrica de alguém, este manual sugere o exame da árvore de decisão constante, representada na (Figura 2):



Portanto, conforme os critérios para internação psiquiátrica involuntária apresentados no Quadro 1 e dos requisitos de decisão apresentados nos fluxos das Figuras 1 e 2, este manual oferece parâmetros estabelecidos pelas normativas legais e diretrizes médicas, assegurando que a decisão de proceder com uma internação involuntária seja tomada de maneira responsável e alinhada com os princípios da bioética, especialmente no que tange à autonomia, beneficência e não maleficência.

Conclui-se assim, que é possível garantir que a internação psiquiátrica involuntária seja adotada de maneira excepcional, justa e eficaz, respeitando os direitos humanos e promovendo o tratamento adequado ao paciente. A adesão rigorosa às normativas e diretrizes apresentadas neste manual é essencial para que esse processo seja conduzido de forma ética, transparente e em conformidade com os princípios de proteção e cuidado da saúde mental.

7.2 - A internação involuntária e os transtornos mentais

Para fim de proceder com uma internação psiquiátrica involuntária, deve-se dar particular atenção às funções cognitivas (atenção, memória, pensamento, inteligência, juízo), bem como a outros aspectos que podem interferir na capacidade de decisão do paciente, como o humor e a sensopercepção. Observar tais manifestações psicopatológicas é indispensável para afirmar que o paciente não tem competência, naquele momento, para decidir sobre o próprio tratamento. De uma forma geral, **Taborda** sugere as seguintes condições para provir com uma internação psiquiátrica involuntária, baseado em aspectos clínicos/psicopatológicos:

a) rebaixamento ou estreitamento da consciência (estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, transtorno dissociativo histérico, intoxicação exógena e outros);

b) preservação da consciência, mas com perda da autonomia por falta de capacidade de discernimento para uma decisão racional (transtornos delirantes e alucinatórios, síndrome psicótica aguda, alto risco de suicídio, entre outros).

Diante disso, é possível afirmar que a análise das Internações Psiquiátricas, a partir de dados diagnósticos, também se constitui em fator importante para identificar a prevalência dos transtornos mentais mais relacionados às internações psiquiátricas involuntárias, bem como para inferir as principais alterações psicopatológicas que cursam com a perda de discernimento.

Ao analisar o Relatório Estatístico do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (2024), que documentou as internações psiquiátricas voluntárias, involuntárias e compulsórias registradas entre janeiro e dezembro de 2024, observa-se que, no maior hospital psiquiátrico em funcionamento no estado (IPq), que também abriga a principal emergência psiquiátrica de Santa Catarina, foram contabilizadas 3.769 internações psiquiátricas. Os dados revelam que os Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas (F10-F19) representaram 37,17% do total de internações, seguidos pelos Transtornos do Humor (afetivos) (F30-F39), com 29,56%, e pela Esquizofrenia, Transtornos Esquizofrênicos e Delirantes (F20-F29), com 27,47%. Estes diagnósticos nosológicos foram os mais prevalentes entre os pacientes internados durante o período analisado, refletindo as condições de saúde mental predominantes na região. (Quadro 2).

Quadro 2: Internações Psiquiátricas por diagnóstico ocorridas no IPq no ano de 2024

Diagnóstico Nosológico	Número de Internações	%
Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos (F00-F09)	45	1,18%
Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	1.378	37,17%
Esquizofrenia, Transtornos esquizofrênicos e delirantes (F20-F29)	1.041	27,47%
Transtornos do Humor (afetivos) (F30-F39)	1.121	29,56%
Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48)	27	0,73%

Diagnóstico Nosológico	Número de Internações	%
Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos (F50-F59)	0	0,0%
Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos (F60-F69)	104	2,56%
Retardo Mental (F70-F79)	40	1,00%
Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-F89)	12	0,29%
Transtornos emocionais e comportamentais com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência (F90-F98)	1	0,0%
Transtorno Mental não especificado (F99)	0	0,0%
Total	3.769	100%

Fonte: Relatório Estatístico do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (2024)

De acordo com o relatório do Ministério Público do Estado de Santa Catarina, entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, os transtornos mentais mais frequentemente associados às internações psiquiátricas involuntárias nos hospitais públicos e privados do Estado, conforme classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10), foram os seguintes: em primeiro lugar, a Esquizofrenia, Transtornos Esquizofrênicos e Delirantes (F20-F29), com 39,29% dos casos; em segundo, os Transtornos do Humor (afetivos) (F30-F39), com 32,53%; e, em terceiro, os Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas (F10-F19), com 25,76%. Estes dados revelam não apenas a prevalência desses transtornos no contexto de internações involuntárias, mas também oferecem uma visão abrangente dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde mental do estado no período analisado. (Quadro 3)

Quadro 3

Diagnóstico Nosológico - segundo o Código Internacional de Doenças (Janeiro 2020-Dezembro 2024)	Número de Internações Involuntárias	%
Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos (F00-F09)	80	0,81%
Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	2.533	25,76%
Esquizofrenia, Transtornos esquizofrênicos e delirantes (F20-F29)	3.863	39,29%
Transtornos do Humor (afetivos) (F30-F39)	3.082	32,53%
Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48)	0	0,0%
Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos (F50-F59)	0	0,0%
Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos (F60-F69)	184	1,87%
Retardo Mental (F70-F79)	32	0,32%
Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-F89)	0	0,0%
Transtornos emocionais e comportamentais com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência (F90-F98)	0	0,0%
Transtorno Mental não especificado (F99)	0	0,0%
Total	9.774	100%

Fonte: Relatório Estatístico Ministério Público de Santa Catarina, 2025

Tais dados são compatíveis com os demonstrados por **Lima**, que estudando 5 mil internações involuntárias realizadas na cidade de São Paulo, entre 2002 e 2006, e comunicadas ao Ministério Público, mostrou que psicoses, transtornos afetivos e por uso de drogas representaram quase 85% das internações. Destas internações, 21,7% tinham diagnóstico de esquizofrenia; 17,8%, de transtornos afetivos e 15,9% de transtornos pelo uso de álcool e outras drogas.

Diante disso, este manual se propõe a apresentar as principais alterações psicopatológicas observadas nos transtornos que mais se relacionam com a involuntariedade da internação, uma vez que as características desses transtornos, como agitação psicomotora, agressividade e risco de suicídio, são fatores determinantes na avaliação clínica e nas decisões sobre a necessidade de intervenção médica urgente, com o objetivo de garantir a segurança do paciente e de terceiros, respeitando os direitos e a dignidade do indivíduo.

8

Os transtornos mentais, as alterações psicopatológicas e os critérios clínicos relacionados às internações psiquiátricas involuntárias

8.1 - Psicoses (esquizofrenias, transtornos esquizofrênicos e delirantes)

A esquizofrenia é uma das condições psiquiátricas mais frequentemente associadas à necessidade de internação involuntária, especialmente em situações de descompensação aguda do quadro. Segundo a *American Psychiatric Association* (2013), a decisão de internação involuntária deve ser baseada em critérios clínicos bem estabelecidos, que envolvem a gravidade dos sintomas psicóticos e a avaliação do risco iminente para o paciente ou para outros. Dentre esses aspectos temos:

A- Impossibilidade de Tomar Decisões Conscientes e Racionais: Pacientes com esquizofrenia frequentemente apresentam um comprometimento do julgamento e da capacidade crítica, especialmente durante episódios psicóticos agudos. Delírios de perseguição, desorganização do pensamento e alucinações auditivas podem impedir o paciente de reconhecer a gravidade de sua condição e tomar decisões adequadas sobre seu tratamento.

B- Risco de Autolesão ou Suicídio: A esquizofrenia está associada a um risco elevado de comportamentos autolesivos e suicidas. Estudos indicam que pacientes com esquizofrenia têm um risco de suicídio de até 10 vezes maior do que a população geral, sendo que esse risco aumenta durante episódios psicóticos agudos, especialmente se o paciente tem pensamentos delirantes de desesperança ou desvalorização.

C- Comportamento Violento ou Perigoso para Outros: Pacientes com esquizofrenia podem exibir comportamentos agressivos ou violentos, especialmente quando estão desorganizados ou influenciados por delírios persecutórios ou alucinações. Tais comportamentos podem ser prejudiciais ao paciente ou a terceiros e tornam necessária a internação involuntária para controle do comportamento e prevenção de danos.

D- Prejuízo Substancial no Funcionamento Social e Ocupacional: Durante episódios agudos de esquizofrenia, os pacientes frequentemente experimentam um comprometimento significativo de suas funções cognitivas e sociais. Isso pode levar a uma incapacidade de manter cuidados básicos com a própria saúde, como alimentação, higiene pessoal e cuidados médicos. A internação involuntária pode ser necessária quando o paciente está completamente incapaz de cuidar de si mesmo e quando os riscos à saúde física, como desnutrição ou desidratação, tornam-se iminentes.

8.2 - Transtornos do humor (transtorno afetivo bipolar)

A decisão de realizar a internação involuntária em pacientes com transtorno afetivo bipolar é fundamentada em uma avaliação clínica rigorosa que leva em consideração a gravidade do quadro, os riscos envolvidos e a capacidade do paciente de tomar decisões sobre seu tratamento. Diversos fatores podem justificar a necessidade dessa internação, especialmente durante episódios agudos de mania ou depressão grave.

A- Episódios Maníacos e Comprometimento da Capacidade de Julgamento: durante um episódio maníaco, a capacidade de julgamento do paciente está frequentemente comprometida, o que pode resultar em decisões impulsivas e comportamentos potencialmente perigosos, como gastos excessivos, comportamento sexual de risco, e descontrole emocional (American Psychiatric Association, 2013). Em casos mais graves, o paciente pode apresentar agressividade, comportamentos violentos ou colocar-se em situações perigosas devido à falta de percepção dos riscos envolvidos. A internação involuntária pode ser necessária quando o paciente não tem consciência de seu estado ou recusa tratamento, visando a proteção de sua saúde e segurança.

B- Risco de Suicídio durante a Fase Depressiva: durante os episódios depressivos, o risco de suicídio é uma das principais razões para a internação involuntária em pacientes com transtorno afetivo bipolar. A depressão grave no TAB é frequentemente associada a sentimentos de desesperança, inutilidade e suicídio.

C- Comportamento Impulsivo e Perigosidade para Si ou para Outros: durante episódios maníacos, o paciente pode manifestar comportamento altamente impulsivo e perigoso, o que pode colocar sua integridade física em risco ou ameaçar a segurança de outras pessoas. O comportamento agressivo, a irritabilidade extrema e a incapacidade de controlar a raiva são comuns durante a mania, e podem levar a confrontos com outras pessoas ou situações de violência. Além disso, a falta de capacidade para reconhecer os limites do comportamento pode resultar em ações prejudiciais ao próprio paciente, como acidentes ou outros danos físicos.

D- Falta de Adesão ao Tratamento e Impossibilidade de Controle Ambulatorial: a adesão ao tratamento é um desafio contínuo, dado que a mania pode levar à percepção de grandiosidade e uma falta de insight sobre a gravidade da doença. Essa resistência ao tratamento pode resultar em descompensação clínica e um aumento nos riscos à saúde mental e física do paciente. Quando o tratamento ambulatorial falha em controlar o quadro, a internação involuntária pode ser necessária para garantir o acompanhamento intensivo, a administração adequada de medicamentos e a estabilização do estado clínico.

8.3 - Transtornos do humor (episódio e transtorno depressivo)/suicídio

A decisão de realizar a internação involuntária em pacientes com transtorno depressivo maior é fundamentada principalmente em dois aspectos críticos: a gravidade dos sintomas e o risco iminente para a segurança do paciente. A internação é frequentemente necessária quando o paciente está em um estado em que não consegue tomar decisões conscientes sobre seu tratamento ou está em risco de danos físicos. A seguir, são destacados os critérios clínicos mais relevantes para essa decisão.

A- Risco de Suicídio: o suicídio é uma das maiores preocupações no manejo do transtorno depressivo maior, uma vez que a ideação suicida é prevalente e pode evoluir rapidamente para tentativas de suicídio. Pacientes com depressão grave podem experimentar sentimentos de desesperança, inutilidade e angústia extrema, condições que frequentemente conduzem a pensamentos suicidas. Estudos demonstram que o risco de suicídio em indivíduos com transtorno depressivo maior é significativamente elevado, com taxas de suicídio mais altas do que na população geral (Cipriani et al., 2013). A presença de ideação suicida persistente ou a tentativa de suicídio é uma indicação clara para a internação involuntária, especialmente quando o paciente não consegue tomar decisões racionais sobre seu tratamento e segurança.

Nessas situações, alguns elementos clínicos são úteis para decidir ou não pela internação psiquiátrica involuntária, segundo o quadro abaixo (Quadro 4):

Quadro 4

Elementos para decisão de Internação Psiquiátrica Involuntária em casos de Tentativa de Suicídio

a) se o paciente usou método violento;
b) tomou precaução para não ser descoberto ou não receber ajuda;
c) manifestou arrependimento por ter sobrevivido;
d) se o paciente está psicótico durante a entrevista;
e) se ainda mantém ideação suicida, principalmente se acompanhada de planejamento com alta letalidade;
f) se tiver comportamento impulsivo e/ou agitação psicomotora;
g) se recusa a receber ajuda.

B- Falta de Capacidade para Cuidar de Si Mesmo: durante episódios graves de depressão, os pacientes frequentemente experimentam uma lentificação psicomotora, fadiga extrema e uma incapacidade significativa de realizar tarefas cotidianas, incluindo o cuidado pessoal. Eles podem negligenciar aspectos básicos de sua saúde, como alimentação, higiene pessoal e administração de medicamentos. Quando essa incapacidade de cuidar de si mesmo coloca o paciente em risco físico, como desnutrição, desidratação ou infecções, a internação involuntária pode ser necessária para fornecer cuidados médicos e apoio psicoterapêutico adequados.

C- Prejuízo Cognitivo e Psicossocial Grave: em episódios depressivos graves, os pacientes frequentemente apresentam comprometimento significativo em funções cognitivas, como tomada de decisão, memória e concentração. Esse prejuízo pode dificultar a avaliação da própria condição e a adesão ao tratamento. Pacientes com depressão grave podem ficar tão desmotivados que se tornam incapazes de buscar ajuda ou reconhecer a necessidade de tratamento. Isso ocorre porque a capacidade de julgamento e a percepção da gravidade do quadro estão comprometidas. Além disso, a depressão pode levar a uma diminuição extrema da motivação e do interesse nas atividades diárias, resultando em um isolamento social severo (American Psychiatric Association, 2013).

D- Risco de Dano Físico ou Comportamento Autolesivo: pacientes com transtorno depressivo maior, especialmente aqueles com depressão psicótica, podem apresentar sintomas como alucinações auditivas e delírios persecutórios ou de culpa. Esses sintomas podem fazer com que o paciente se perceba como uma pessoa sem valor ou como um ser que merece castigo, aumentando a probabilidade de comportamento autolesivo. Em casos graves, o paciente pode se machucar intencionalmente ou se colocar em situações de risco físico (Steeg et al., 2017). A internação involuntária é uma medida para garantir que esses comportamentos sejam contidos e que o paciente receba os cuidados necessários em um ambiente controlado.

Outro aspecto fundamental para decidir ou não pela internação é o suporte social e familiar do paciente.

8.4 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Em se tratando de dependente químico, Kessler et al**.** asseveram que antes de iniciar um tratamento para abuso de substâncias psicoativas (SPA), é primordial avaliar os prejuízos que estas acarretam na vida dos usuários. Considerando a complexidade dessa avaliação, uma vez que a apresentação do paciente pode variar de acordo com o momento em que ele é abordado pelo profissional de saúde (intoxicação, síndrome de abstinência ou abstinente), pode-se entender que esses casos configuram-se como uma situação especial de vulnerabilidade, pelo menos em um determinado momento de seu quadro, quando tem a sua autonomia reduzida, o que sustenta o objetivo fundamental de proteger o bem maior que é sua própria vida. Diante dessa condição, o profissional da área de saúde mental torna-se, quase sempre, o único intérprete de seus pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro destas pessoas. Portanto, nos casos de Transtornos Mentais por Uso de Substâncias, consideram-se como critérios para internação involuntária (Quadro 5):

Quadro 5:

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA NOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

a) intoxicação intensa ou grave síndrome de abstinência marcada por rebaixamento ou estreitamento do nível de consciência, com risco à vida ou à saúde;
b) usuários, abusadores e dependentes quando apresentando preservação da sua consciência, mas com incapacidade para uma decisão racional (perda da autonomia e falta de discernimento);
c) usuários, abusadores e dependentes com risco de suicídio e/ou heteroagressão e/ou prejuízo moral ou patrimonial e/ou risco de agressão à ordem pública e/ou incapacidade grave de autocuidados;
d) usuários, abusadores e dependentes com necessidade de desintoxicação monitorada e/ou comorbidade de difícil tratamento ambulatorial e/ou refratariedade ao tratamento ambulatorial.

Sendo assim, fica evidente que existem casos graves em que a dúvida não surge. Na zona intermediária, contudo, há muita margem para dúvida, uma vez que avaliar o grau de preservação do autocontrole pode ser bastante complicado. Portanto, cada caso deve ser avaliado individualmente, pesando os prós de preservar a saúde do sujeito versus os contras de ferir a sua autonomia. Contudo, para se efetivar uma internação psiquiátrica involuntária é necessário haver, sempre: transtorno mental e a presença de riscos de danos imediatos ou iminentes à pessoa ou a outros. Quando houver dúvida sobre a presença desses dois critérios deve-se, como sempre, lembrar da importância de respeitar a autonomia do paciente.

8.5 - Demências

A internação involuntária em quadros demenciais e de delirium é justificada pela incapacidade do paciente em reconhecer a própria condição e pela grave ameaça à sua segurança e bem-estar. No caso da demência, o comprometimento progressivo das funções cognitivas, somado à perda de capacidade crítica, faz com que o paciente muitas vezes se recuse a seguir o tratamento ou tenha dificuldade em compreender as orientações médicas. A internação involuntária visa assegurar que o paciente receba o cuidado adequado, além de proteger o indivíduo de danos relacionados à desorientação, à impulsividade ou à agressividade.

8.6 - Delirium

No contexto do delirium, a internação involuntária é ainda mais urgente, pois o rebaixamento da consciência e o distúrbio cognitivo são abruptos e potencialmente perigosos. O tratamento da causa subjacente do delirium e a estabilização do quadro exigem monitoramento constante, sendo o ambiente hospitalar a única opção viável para garantir uma recuperação segura e eficaz. Nesse sentido, a internação involuntária não é apenas necessária para a proteção do paciente, mas também para a administração adequada do tratamento e a prevenção de complicações adicionais.

8.7 - Transtornos alimentares

As principais indicações para internação involuntária de pacientes com transtornos alimentares envolvem condições médicas graves que representam risco à vida do paciente. A decisão sobre a necessidade de internação é geralmente baseada nas orientações de instituições renomadas, como a American Psychiatric Association (APA), a National Institute for Health and Care Excellence (NICE), e as Diretrizes Clínicas para Transtornos Alimentares do National Eating Disorders Association (NEDA). Essas diretrizes fornecem um quadro para a avaliação e decisão de internar pacientes com transtornos alimentares, com foco na avaliação médica, psicológica e psiquiátrica detalhada e consideram a perda rápida e significativa de peso, com o Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 14 kg/m^2 uma das principais indicações para internação, visto que essa condição pode resultar em uma série de complicações físicas severas.

No quadro abaixo, encontram-se as condições avaliadas para indicar uma internação psiquiátrica involuntária nos Transtornos Alimentares (Quadro 6):

Quadro 6:

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A- Comprometimento nutricional grave (Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 14 kg/m²)
B- Risco de suicídio e comportamento autolesivo
C- Comprometimento cardiovascular ou complicações clínicas (arritmias cardíacas, bradicardia -frequência cardíaca abaixo de 40 bpm-, hipotensão ortostática grave, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos -como hipo e hiperpotassemia- e insuficiência renal)
D- Falha no tratamento ambulatorial
E- Instabilidade psiquiátrica grave (psicoses e transtornos afetivos)
F- Comprometimento do autocuidado e funções básicas

8.8 - Transtornos de personalidade (TP)

Entre os transtornos de personalidade, merece atenção especial o borderline, pois é o transtorno de personalidade mais comumente relacionado às internações involuntárias na atualidade, segundo a APA (American Psychiatric Association).

Uma das questões cruciais no tratamento de pacientes com transtorno de personalidade borderline é a avaliação da competência do paciente para tomar decisões sobre seu tratamento. Embora a cognição em si esteja preservada em muitos casos, o comprometimento do julgamento e a distorção da percepção da realidade podem prejudicar a capacidade do paciente de tomar decisões adequadas, especialmente em momentos de crise emocional intensa (Fonagy et al., 2003). Dessa forma, a avaliação da competência para consentir ou recusar tratamento deve ser realizada com cautela, considerando tanto o estado de saúde mental do paciente quanto o risco imediato para sua segurança.

A escolha entre internação voluntária (IPV) e involuntária (IPI) deve ser feita com base em uma análise cuidadosa da situação clínica. Quando o paciente se recusa ao tratamento, e há risco significativo de autolesão ou suicídio, a internação involuntária pode ser justificada, independentemente da resistência do paciente. Em contraste, a internação voluntária pode ser uma opção quando o paciente reconhece a gravidade de seu estado e concorda em buscar ajuda, o que é mais comum em momentos de maior estabilidade emocional.

A seguir, demonstramos, com exemplos, situações em que a internação psiquiátrica involuntária pode ser necessária nos casos de Transtornos de Personalidade do tipo Borderline:

Situação	Justificativa para IPI
Paciente com comportamentos suicidas ou autolesivos graves	Risco iminente de morte e necessidade de intervenção para garantir a segurança do paciente
Crises emocionais agudas com incapacidade de controlar raiva ou impulsos	Risco para o paciente ou para outros, necessidade de controle de impulsos e suporte emocional intensivo.
Comportamento agressivo para com os outros	Potencial para danos a terceiros e necessidade de contenção segura.
Recusa ao tratamento e resistência à internação	Impedimento do paciente de tomar decisões adequadas devido à distorção perceptual ou à gravidade do quadro.

8.9 - Conclusão sobre as alterações psicopatológicas e os critérios clínicos relacionados às internações psiquiátricas involuntárias

Percebe-se que a internação involuntária levanta questões legais e éticas relacionadas ao direito do paciente à autodeterminação e à sua capacidade de tomar decisões informadas sobre o tratamento. Em muitos casos, especialmente quando o paciente apresenta comprometimento cognitivo ou emocional grave, a decisão de internar involuntariamente pode ser necessária para preservar a vida e a saúde do paciente. No entanto, os profissionais de saúde devem tomar cuidado para garantir que a internação seja usada apenas como último recurso e que o processo de decisão envolva sempre uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios.

Portanto, para fim de facilitar a conduta nos casos de definição do procedimento, quanto a discernir entre internação psiquiátrica voluntária (IPV) e internação psiquiátrica involuntária (IPI), de acordo com as alterações comportamentais/psicopatológicas presentes nas entidades nosológicas/diagnósticos sindrômicos acima descritos, apresentamos a tabela 1 e tabela 2:

Tabela 1:

Condições que podem justificar internação involuntária nos transtornos que ocorrem mais frequentemente:

Sintoma / Diagnóstico	Transtorno Psicótico	Mania	Depressão Grave	Transtornos Alimentares (Anorexia)	Demência	Dependência Química	Síndrome de Abstinência
Agressividade	X	X			X	X	X
Risco Suicida	X		X	X			X
Promiscuidade Sexual/ Exposição Moral		X					
Gastos Excessivos		X					
Intoxicação com risco de morte							X
Recusa Alimentar			X	X	X		
Não adesão ao tratamento	X	X		X	X	X	

Adaptado: Barros e Serafim; 2009

Tabela 2:

Alterações Psicopatológicas presentes nos transtornos mentais mais comumente relacionados à internação involuntária:

Sintoma / Diagnóstico	Transtorno Psicótico	Mania	Depressão Grave	Demência	"Dependência por álcool Intoxicação / Abstinência"
Aparência	Descuidada	Bizarra	Descuidada	Descuidada	Descuidada
Atitude	Suspicaz	"Expansiva/ Desinibida/ Arrogante/ Hostil"	"Indiferente/ Lamurioso"	Indiferente	"Jocosa/ Manipulador / Vitimista"
Atenção	Globalmente diminuída	Hipermobilidade com hipotenacidade da atenção	Hipoprosexia	"Hipotenacidade e hipomobilidade"	Globalmente diminuída
"Senso-percepção"	Alucinações	Hiperestesia	Hipoestesia	Agnosia	Alucinose alcoólica
Linguagem	Mussitação/ Solilóquios/ Neologismos/ Mutismo/ Estereotipia verbal	Logorreia/ taquilalia/ hiperprosódia/ Coprolalia	Oligolalia/ Mutismo/ Bradilalia/ Hipofonia	Afasia (com parafasias)/ ecolalia/ logoclonia/ aprosódia	Latência de resposta
Conteúdo do Pensamento	Delírio (persecutórios, de prejuízo, de influência, fantástico, Capgras e Fregoli)	Delírio de grandeza, místico	Delírios (niilista, ruína, culpa)	As demências podem evoluir com intensa atividade delirante	Intensa atividade delirante
Curso/ Forma do Pensamento	"Interrupção do curso/ desagregado"	Acelerado/Fuga de Ideias	Alentecido/ Perseverante	Prolixo, perseverante e concreto	Alentecido, desagregado
"Psicomotricidade"	Agitação Psicomotora; Estados estuporosos; Estereotipias; maneirismos	Agitação Psicomotora	Hipocinesia; Estupor	Apraxia ou agitação ou estupor ou perseveração motora	Hipocinesia; acinesia ou hipercinesia

Tabela 2 - continuação

Sintoma / Diagnóstico	Transtorno Psicótico	Mania	Depressão Grave	Demência	"Dependência por álcool Intoxicação / Abstinência"
Afetividade	Rigidez afetiva; paratimias; ambitimias e neotimias	Euforia ou irritabilidade (exaltação afetiva); labilidade ou incontinência afetiva	Tristeza vital; rigidez afetiva (pouca/ nenhuma variação)	Labilidade ou incontinência afetiva. Ansiedade, irritabilidade. Embotamento em estágios avançados.	Embotamento afetivo; exaltação afetiva; labilidade afetiva
Consciência de Morbidade	Ausente ou prejudicado	Ausente ou prejudicado	Ausente ou prejudicado	Ausente ou prejudicado	Ausente ou prejudicado
Memória	Alomnésia e paramnésia	Hipermnésia de evocação e hipomnésia de fixação	"Hipomnésia de evocação Hipermnésia seletiva/ alomnésias"	Hipomnésia de evocação/ paramnésias (fabulações)	Hipomnésia lacunar

Fonte: Cheniaux Junior, Elie. Manual de Psicopatologia.

Conclui-se, dessa forma, que a identificação e a análise das alterações psicopatológicas mais comumente associadas às internações involuntárias são fundamentais para a tomada de decisão clínica adequada. A compreensão dos aspectos comportamentais e emocionais dos transtornos que levam a essas internações, como a agitação psicomotora, agressividade e risco de suicídio, permite que os profissionais de saúde realizem intervenções urgentes e necessárias para garantir a segurança do paciente e de terceiros, sem negligenciar os direitos e a dignidade do indivíduo. Assim, este manual visa proporcionar uma orientação sólida e fundamentada para a avaliação de casos complexos, orientando os médicos na escolha das intervenções mais apropriadas e éticas, sempre com o foco na proteção e no cuidado integral da saúde mental do paciente.

9

Sobre internação de crianças e adolescentes

A modalidade de **internação voluntária** é **inaplicável** aos menores de 16 anos de idade (absolutamente incapazes, art. 3º, I, Código Civil), diante da presunção legal da ausência de discernimento para formar opinião, manifestar sua vontade e compreender a natureza de sua decisão quanto a esta excepcional forma de cuidado em saúde mental em ambiente hospitalar. Assim, menores de 16 anos de idade não poderão (voluntariamente) internar-se para tratamento, por não possuírem capacidade jurídica para manifestarem, por si, a vontade de aderir ao tratamento médico sob o modelo assistencial da internação psiquiátrica, pois esta afeta direitos personalíssimos, como a saúde e a liberdade, os quais são indisponíveis pela vontade de um representante.

Os menores de 18 anos e maiores de 16 anos de idade (relativamente incapazes), podem se internar voluntariamente, desde que se manifestem neste sentido e haja, também, a concordância e a assistência de seu responsável legal, nos termos da lei civil.

Quando houver discordância do menor de 18 e maior de 16 anos (relativamente incapaz), não poderá haver a internação sob a forma de internação **voluntária**, já que, como visto, a vontade dos seus responsáveis não pode ser considerada como substitutiva da sua própria vontade, para fins de anuência ao tratamento.

Ainda, quando o paciente estiver pondo em risco a si ou a terceiro, além de outras situações emergenciais verificadas sob o exclusivo ponto de vista de sua saúde ou vida, circunstâncias essas sempre laudatoriamente justificadas, a **internação involuntária** de pacientes menores de 18 anos de idade é permitida pelo prazo que essa situação anômala perdurar, comunicando-se o fato em 72 horas ao Ministério Público, sem exceção etária expressa.

Na perspectiva de proteção ao nascituro, mediante laudo médico circunstanciado, também é cabível a **internação involuntária de criança ou adolescente**, quando a jovem gestante esteja pondo em risco iminente à vida do feto ou à sua própria, em decorrência do transtorno mental ou dos efeitos causados pelo uso abusivo de drogas.

No caso da internação psiquiátrica involuntária de crianças e adolescentes, esta é recomendável somente em situações emergenciais e sempre em caráter transitório, observando o que preconiza a Lei 10.216/2001 sobre a lógica do cuidado em liberdade, em serviços comunitários e em rede intersetorial.

10

Evolução da internação psiquiátrica involuntária

Segundo a Lei Antimanicomial (L. 10.216/2001), e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, a Internação Involuntária é prevista no art. 6º, inciso II, da Lei 10.216 e art. 66, I, do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, com os seguintes requisitos:

a) concordância do responsável pelo paciente;

b) laudo médico circunstanciado;

c) existência de leito em hospital geral a ser disponibilizado pelo Gestor de Saúde.

Entende-se por laudo psiquiátrico circunstanciado necessário para internação involuntária aquele que descreve:

a) identificação do médico que autorizou a internação;

b) identificação do paciente e do seu responsável e contatos da família;

c) caracterização da internação como involuntária;

d) motivo e justificativa da internação, de forma fundamentada, com detalhamento clínico;

e) descrição dos motivos de discordância do paciente sobre sua internação;

f) CID;

g) capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é curatelado ou não;

h) informações sobre o contexto familiar do paciente;

i) insuficiência dos recursos extra-hospitalares para o tratamento do paciente;

j) previsão estimada do tempo de internação.

Decidindo-se por uma internação psiquiátrica involuntária, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, o Estabelecimento de Saúde deverá comunicar tal procedimento ao Ministério Público Estadual, nos termos do art. 8º, §1º, da Lei nº 10.216/01, bem como da respectiva alta (Anexo V, Título IV da Portaria de Consolidação MS n.º 03/2017). A comunicação ao Ministério Público Estadual deverá observar o padrão previsto no parágrafo único, do artigo 68 do Título IV do Capítulo II, do Anexo V, da Portaria de Consolidação MS nº 03/2017 ou outro ato normativo que venha a substituí-la. Tanto nas internações involuntárias quanto nas voluntárias, a prescrição deverá ser por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado, onde se localize o estabelecimento, nos termos do art. 8º da Lei nº 10.216/01.

Não existe prazo determinado para as internações involuntárias, mas estas devem perdurar o mínimo de tempo possível, buscando a estabilização do paciente, a ser verificada caso a caso.

Conclui-se, portanto, que a Internação Psiquiátrica Involuntária, conforme estabelecido pela Lei 10.216/2001 e pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, deve ser aplicada com rigorosa observância dos requisitos legais e éticos, visando à proteção da saúde e segurança do paciente, bem como de terceiros. A necessidade de um laudo psiquiátrico circunstanciado e a comunicação ao Ministério Público Estadual são medidas essenciais para assegurar a transparência e a legalidade do processo.

11

Disposições finais

Este manual foi elaborado com o intuito de consolidar orientações técnicas, éticas e legais que norteiam a atuação da Comissão Estadual Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias de Santa Catarina (CRIIE-SC). Sua aplicação prática requer o compromisso institucional e individual dos profissionais envolvidos com a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, especialmente no que diz respeito à excepcionalidade da hospitalização e à proteção da autonomia dos pacientes.

A CRIIE-SC deve manter-se em constante atualização frente às mudanças normativas, evidências clínicas e diretrizes internacionais de direitos humanos. A revisão periódica deste manual é recomendada para assegurar sua adequação às transformações nas políticas públicas de saúde mental e nos marcos legais pertinentes.

O êxito das ações depende da articulação permanente entre os diferentes entes envolvidos — Ministério Público, Secretaria de Estado da Saúde, unidades hospitalares e demais atores do Sistema de Saúde —, bem como da qualificação contínua das equipes responsáveis pelas avaliações técnicas.

Reafirma-se que a internação involuntária, por seu caráter restritivo, deve ser sempre medida de última instância, sendo imprescindível o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e das alternativas comunitárias de cuidado.

Por fim, este manual constitui instrumento orientador e deverá ser amplamente difundido entre os profissionais da saúde e do sistema de justiça, contribuindo para a consolidação de práticas mais justas, humanas e juridicamente respaldadas no campo da saúde mental.

12

Referências legais

12.1 - Leis Federais

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Reforma Psiquiátrica. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Lei Antidrogas – SISNAD. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Lei do Ato Médico. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, 2015.

12.2 - Decretos Federais

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF, 1940.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF, 2009.

13

Referências normativas

13.1 - Portarias ministeriais

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta internações psiquiátricas involuntárias. Brasília, DF, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo V**. Consolidação das normas sobre redes do SUS. Brasília, DF, 2017.

13.2 - Resoluções de conselhos e Comissões

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.057/2013**. Diretrizes da assistência psiquiátrica. Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.145/2016**. Código de Processo Ético-Profissional. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.217/2018**. Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP). **Resolução nº 05/2004**. Diretrizes para Medidas de Segurança. Brasília, DF, 2004.

13.3 - Documentos institucionais específicos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA; MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. **Termo de Cooperação Técnica SES/MPSC**. Sistema de Acompanhamento das Internações Psiquiátricas de Santa Catarina – SAIP-SC. Florianópolis, SC, 2019.

13.4 - Documentos normativos internacionais

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta de Princípios para a Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência em Saúde Mental (ONU A/46/49)**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991.

14 Referências técnico-científicas

TABORDA, Elias Abdala-Filho; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba. *Psiquiatria forense de Taborda*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (orgs.). *Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

CHENIAUX, Elie. *Manual de psicopatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Tratado de psiquiatria*. 10. ed. Rio de Janeiro: Editora Artmed, 2017.

LARANJEIRA, Ronaldo. *Dependência química: aspectos clínicos e terapêuticos*. 4. ed. São Paulo: Editora Roca, 2018.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GABBARD, Glen O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

YUDOVITCH, Boris. *Tratado de psiquiatria*. São Paulo: Editora Manole, 2005.

GOFFMAN, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2010

MOSELE PH, FIGUEIRA GC, BERTUOL FILHO AA, DE LIMA JA, CALEGARO VC. *Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression*. *Psychiatry Research*. 2018;265:13-18.

CHANG TM, FERREIRA LK, FERREIRA MP, HIRATA ES. *Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(11):2347-2352.

LIMA, MAURO GOMES ARANHA. *Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação.* In: ALVES, Luiz Carlos Aiex (coord.). *Ética e Psiquiatria*. 2. ed. São Paulo: CREMESP, 2007. p. 115–126.

LINDQVIST, P., ÖSBY, U., & LÅNGSTRÖM, N. (2000). Risk of violence in schizophrenia: A population-based study of the impact of acute psychosis. *Archives of General Psychiatry, 57*(5), 509-514.

MUENCH, F. (2003). Psychiatric emergencies and inpatient care. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(7), 918-924.

TSUANG, M. T., SIMPSON, J. A., & FARAONE, S. V. (2000). Suicide in schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(2), 99-106.

ALDA, M. (2004). The genetics of bipolar disorder: The end of the beginning. *Journal of Affective Disorders, 79*(1-3), 1-6.

SWANN, A. C. (2017). The manic episodes of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 174*(7), 603-609.

CIPRIANI, A., et al. (2013). The efficacy of antidepressants in the treatment of major depressive disorder. *JAMA Psychiatry, 70*(1), 53-60.

STEEG, S., et al. (2017). Risk factors for suicide in depression: A systematic review. *Archives of Suicide Research, 21*(2), 235-249.

TURECKI, G., et al. (2019). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry, 6*(7), 513-523.

GIRARD, T. D., JACKSON, J. C., PANDHARIPANDE, P. P., & THOMPSON, J. M. (2010). Delirium in the intensive care unit: The role of the brain. *Critical Care Medicine, 38*(5), 2099-2105.

ARCELUS, J., MITCHELL, A. J., WALES, J., & NIELSEN, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724-731.

FICHTER, M. M., & QUADFLIEG, N. (2016). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Epidemiology, course, and outcome. *Current Psychiatry Reports, 18*(7), 1-10.

STEWART, C. S., TITCHENER, J., & LACEY, H. (2017). Anorexia nervosa and the role of cognitive distortion in treatment adherence. *Eating Disorders, 25*(1), 1-13.