

HOSPITALIZAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: UM ESTUDO COMPARATIVO SOBRE LEIS E ABORDAGENS ENTRE O BRASIL E OUTROS PAÍSES

RESUMO: A dependência química é uma questão complexa, que motiva várias discussões, entre as quais destacam-se as alternativas terapêuticas, notadamente as modalidades contra a vontade do paciente – hospitalização involuntária e compulsória. O objetivo deste estudo foi estudar e comparar abordagens e leis sobre hospitalização involuntária como tratamento para dependentes de drogas em diferentes países do mundo. Foi realizada pesquisa bibliográfica eletrônica nas bases de dados MEDLINE, PubMed, SciELO e LILACS entre os anos de 2008 e 2018. Foram considerados artigos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa que abordavam hospitalização psiquiátrica involuntária ou compulsória, além de terem sido colhidos dados sobre a legislação do país em questão, quando disponíveis. Foram encontrados 76 artigos, dos quais 53 foram selecionados. As regiões abrangidas pela pesquisa incluíram Europa (Itália, Noruega, Inglaterra, Portugal e Grécia), América (Canadá, Estados Unidos da América, Jamaica, Barbados, Chile e Brasil), Ásia (Rússia, China, Índia e Paquistão), Oceania (Austrália e Nova Zelândia) e África (África do Sul). Foi encontrada uma tendência mundial de aprovar leis que resguardem direitos dos pacientes. A decisão sobre a internação involuntária ou compulsória é de um profissional médico na maioria dos países estudados, além de serem necessários dois profissionais dessa categoria na tomada de decisão. O tratamento psiquiátrico involuntário ainda gera muitas discussões, apesar dos avanços nas legislações mais modernas nos diversos países estudados. Há uma tendência jurídica de reforçar a necessidade de avaliar o risco que o indivíduo oferece aos outros ou a si próprio para justificar a hospitalização. O Brasil seguiu essa tendência estabelecendo três modalidades de hospitalização e priorizando o tratamento voluntário em uma interlocução entre os campos da saúde e do direito.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência de drogas, internação involuntária, lei de saúde mental.

INTRODUÇÃO

A internação involuntária do dependente químico, apesar de envolver debates éticos e legais complexos, costuma ser uma forma necessária de proteger a integridade do paciente, de terceiros e da sociedade. O desafio, nessa modalidade de tratamento, concentra-se no equilíbrio entre os direitos do paciente e o direito público¹⁻⁴.

A decisão pela internação involuntária ocorre em situações específicas, como na evidência de risco ou de comportamento violento⁵; contudo, em muitos casos, a indicação pode ser decorrente do fracasso nas várias tentativas de abordagens em regime ambulatorial⁶⁻⁹.

A legislação vigente no Brasil sobre internação – Lei Federal nº 10.216/2001 – preconiza três modalidades de internação: voluntária, na qual há consentimento do paciente; involuntária, sem o consentimento do paciente; e compulsória, realizada por determinação judicial¹⁰. A internação involuntária tem regras específicas, como a comunicação ao Ministério Público em 72 horas. Além disso, familiares e responsáveis legais têm o direito de solicitar a interrupção da internação involuntária¹¹. A internação compulsória é determinada pelo juiz, que geralmente avalia o risco para o indivíduo, familiares ou terceiros, além de comprovado o fracasso de outras medidas terapêuticas^{10,12}. Como o assunto ainda gera muita discussão sobre a sua real necessidade, indicações e aspectos éticos, e a internação involuntária ou compulsória ainda pode ser um recurso necessário em muitos casos, o presente estudo tem o objetivo de comparar os modelos de internação involuntária e compulsória, além das leis no âmbito civil dos diferentes países estudados.

METODOLOGIA

Realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, Bireme, MEDLINE e SciELO, de 2008 a 2018, utilizando as palavras-chave: *drug addiction*, *drug abuse*, *involuntary admission*, *involuntary treatment*, *involuntary hospitalization*, *voluntary hospitalization*, *compulsory hospitalization* e *mental health legislation*. Foram considerados artigos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa que abordavam hospitalização psiquiátrica involuntária ou compulsória.

A pesquisa obteve 76 artigos científicos, sendo selecionados 42 que atendiam aos critérios de inclusão. Foram incluídos artigos sobre internação psiquiátrica involuntária ou compulsória, independentemente do tipo de transtorno psiquiátrico, e excluídos aqueles que não faziam alusão à legislação ou a esse procedimento. As leis sobre saúde mental de diversos países foram pesquisadas, contudo, como a língua é um obstáculo, só foram descritas no estudo quando possível¹³.

RESULTADOS

Europa

Na Europa, o modelo de tratamento psiquiátrico involuntário varia muito entre os países e não

há padronização⁴. Tal condição é meta da União Europeia: padronizar os cuidados em saúde para os cidadãos¹⁴.

Em 1978, a Itália passou do tratamento manicomial para um modelo comunitário em saúde mental. Com essa mudança, as internações compulsórias diminuíram progressivamente: 20.000 em 1978 para menos de 9.000 em 2015, representando uma queda de 25% para quase 5% do total das internações psiquiátricas no país¹⁵.

Neste país, deve-se priorizar o tratamento voluntário, porém admissões coercivas são permitidas nas emergências, recusa de tratamento e impossibilidade de tratamento comunitário. Essas admissões, que devem ser recomendadas por dois médicos e autorizadas formalmente pela administração pública local, só podem ser realizadas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais e por um período máximo de 7 dias, estendido quando necessário¹⁶.

Na Noruega, a internação involuntária é uma opção quando o médico ou o psicólogo identificam que o indivíduo é incapaz ou oferece riscos. Para os dependentes químicos, existe a internação por até 3 meses quando os esforços voluntários fracassam. O procedimento envolve ainda a aprovação de um juiz. Em 2010, cerca de 1/3 das 8.300 internações involuntárias ocorridas no país envolvia transtornos relacionados às drogas^{3,17,18}.

A lei de saúde mental da França, aprovada em 2013, prevê três tipos de internação psiquiátrica nos casos de ameaça à própria segurança ou à ordem pública. A primeira envolve a aprovação de um diretor hospitalar, recomendação de um psiquiatra e aprovação judicial. Uma segunda modalidade é concebida a pedido do Estado e exige a avaliação de psiquiatra não vinculado ao hospital que receberá o paciente. Na terceira modalidade, existe a possibilidade de tratamento ambulatorial coercitivo, que deve ser planejado pelo psiquiatra responsável pela primeira internação do paciente^{19,20}.

A legislação no Reino Unido, por sua vez, não é uniforme: a forma como se lida com o paciente psiquiátrico na Inglaterra e no País de Gales é diferente da Escócia e da Irlanda do Norte. No caso da Inglaterra, cuja lei de saúde mental vigente data de 1983, a abordagem voluntária do paciente psiquiátrico é sempre priorizada.

As condições para se instituir a internação involuntária envolvem doença mental grave, visando aliviar ou prevenir a deterioração dessa condição. Poderá ser requisitada pelo familiar

ou por profissionais de saúde autorizados pela lei. A duração da internação involuntária não deve exceder 6 meses. Ao final do segundo mês de internação, o paciente deve ser reavaliado pela equipe^{21,22}.

A internação involuntária em Portugal segue uma legislação de 1999, que preconiza três passos antes da sua implementação: requerimento, realizado pela família, médico ou Ministério Público; avaliação psiquiátrica, realizada por dois psiquiatras do serviço público; decisão final, feita por um juiz em uma sessão conjunta com todos os envolvidos. Em situações de urgência, o médico psiquiatra do serviço de saúde faz o requerimento diretamente ao tribunal, o qual é responsável por emitir uma decisão em 48 horas. A lei portuguesa não define uma duração máxima ou mínima dessa internação, porém exige reavaliações a cada 2 meses^{23,24}.

Em relação à Grécia, a frequência de internações compulsórias é alarmante: alguns estudos sugerem que perfazem 60% do total de internações psiquiátricas. Esse dado pode ser explicado pelo fato de o país apresentar um sistema de saúde mental fragmentado e instável^{25,26}.

A decisão de internar um indivíduo contra a sua vontade neste país é regulada por uma lei datada de 1992 que preconiza duas vias, a regular e a de emergência, que se distinguem apenas pela sequência de eventos, não pelo seu conteúdo. Um promotor público, após uma avaliação psiquiátrica, emite um mandado segundo o qual a polícia deve escoltar o indivíduo para internação^{26,27}.

Dentro de 48 horas ele será avaliado por dois psiquiatras quanto à presença de doença mental, incapacidade ou risco. As avaliações dos psiquiatras são então devolvidas ao promotor público, que dará a decisão final em relação à internação, a qual não deve ultrapassar os 6 meses^{26,28}.

América

Nos Estados Unidos, os critérios para a hospitalização psiquiátrica variam entre os estados, e há divergências inclusive sobre a definição de transtornos relacionados a substâncias psicoativas. De uma forma geral, os critérios norte-americanos levam em consideração o perigo iminente para o próprio paciente ou para outras pessoas e a completa incapacidade de

exercer o autocuidado²⁹⁻³¹.

Apesar dos esforços em oferecer o tratamento adequado, muitas vezes são encontradas barreiras na intersecção com o sistema judicial. Estima-se que metade da população carcerária do país preencha critérios diagnósticos para a dependência de drogas, porém a maioria (80-85%) daqueles que se beneficiariam do tratamento não o recebe³².

As leis de saúde mental no Canadá variam de acordo com a província, porém a admissão involuntária no país exige, em linhas gerais, que o paciente não esteja apto a receber tratamento de maneira voluntária, tenha um transtorno mental que requer tratamento psiquiátrico, apresente risco para si ou outros e seja incapaz de tomar decisões. As divergências entre as províncias são muitas: algumas delas não consideram a necessidade de tratamento e a incapacidade de tomar decisões como critérios, enquanto outras descrevem o transtorno mental como qualquer doença ou deficiência relativos à mente, sem citar diagnósticos específicos. A interlocução com o sistema judicial ocorre quando a legislação prevê que todas as hospitalizações involuntárias sejam revistas por uma corte local³³.

Na Jamaica, a internação sem concordância do paciente é denominada internação compulsória. Acontece quando há transtorno mental, necessidade de internação e risco para si ou terceiros.

O pedido de internação pode ser feito por familiar ou profissional de saúde mental, como enfermeiro ou assistente social, devidamente credenciado para isso; ter, ainda, indicação de dois médicos certificados, sendo um deles psiquiatra, que não teve contato com o paciente nos dias anteriores à internação. Em casos emergenciais, é permitida a internação compulsória com regras menos rígidas^{34,35}.

Em Barbados, país insular localizado na América Central, tanto o risco para si próprio como para terceiros constituem a base legal para dois tipos de internação involuntária: recomendação médica e ordem hospitalar.

A recomendação médica envolve a avaliação de dois médicos, não necessariamente psiquiatras, que avaliarão a necessidade e o benefício da medida. Por ordem hospitalar, um juiz ordena que alguém seja internado em um hospital psiquiátrico. A duração dessa internação não pode ultrapassar 8 semanas³⁶.

No Chile, existem três modalidades: de urgência, nos casos de crise e risco³⁷; administrativa,

na qual requer aprovação de uma autoridade sanitária; e judicial, na qual um juiz determina a internação para avaliação e tratamento necessários³⁸.

Ásia e Oceania

Na Rússia, a escolha sobre o tratamento e a reabilitação do depende químico se baseia na falsa premissa de que a dependência química não é uma doença, e sim um desvio de comportamento. Violações dos direitos humanos já foram documentadas por organizações russas e internacionais^{39,40}.

A legislação russa data de 1993 e preconiza que a decisão pela internação involuntária deve ser feita por um psiquiatra, visto que é o único profissional autorizado a diagnosticar transtornos mentais no país. Nas 48 horas seguintes da admissão, o indivíduo é avaliado por uma comissão de psiquiatras. Se aprovada, a decisão é transferida ao poder judicial local, que deve julgar o caso⁴¹.

A nova lei de saúde mental na China entrou em vigor em 2013 e trouxe como mudança a exigência de que o tratamento psiquiátrico seja voluntário na maioria das circunstâncias. Anteriormente, as internações psiquiátricas ocorriam à revelia da vontade dos pacientes, por vezes utilizadas como punição, apenas baseadas no consentimento familiar⁴².

O artigo 30 da lei enfatiza que a internação deve ser decidida exclusivamente pelo paciente, a menos que ele apresente um transtorno mental grave e tenha risco para si ou terceiros, avaliado por dois médicos psiquiatras⁴³.

Em 2010, no Paquistão, foi aprovada uma emenda constitucional que transfere a responsabilidade do setor de saúde mental do âmbito federal ao provincial, em detrimento da lei de 2001 que valorizava os direitos dos pacientes. Até 2016, apenas dois estados haviam consolidado uma legislação de saúde mental, Sindh e Punjab.

Em Punjab, estado mais populoso do Paquistão, as condições para se instituir medidas coercivas incluem a presença de transtorno mental, perigo para si ou fracasso ambulatorial. A admissão pode ser de urgência, para avaliação ou para tratamento, com períodos máximos permitidos variando de 24 horas em urgências até 6 meses⁴⁴.

A internação compulsória na Índia não costuma envolver o poder judicial, exceto quando familiares são ausentes ou negligentes. A admissão é por um responsável legal com duas

recomendações, de um psiquiatra e um profissional da saúde mental. As indicações são o risco para si ou terceiros e quando o autocuidado está prejudicado. Qualquer internação involuntária deve ser comunicada ao juiz local em 7 dias, ou em 3 dias para menores de idade e mulheres. Se ultrapassar 30 dias, deve ser embasada em recomendações de dois médicos psiquiatras. As admissões em situações de emergência têm regras mais flexíveis, mas não podem ultrapassar 72 horas⁴⁵.

As semelhanças entre Canadá e Austrália vão além dos aspectos sociodemográficos: na Austrália, as leis também variam em cada estado do país⁴⁶. A internação involuntária exige alguns critérios em comum: presença de transtorno mental; risco para si ou terceiros; deterioração clínica; e incapacidade de decidir pelo tratamento. Uma vez internado, as leis permitem que o tratamento do paciente se inicie sem o seu consentimento⁴⁷.

Nenhum paciente pode ser submetido à internação involuntária na Nova Zelândia com base apenas em seu transtorno mental. Precisa apresentar riscos para si ou terceiros ou incapacidade de exercer o autocuidado. A legislação prevê a avaliação de dois psiquiatras e a aprovação de um juiz para internações de até 6 meses⁴⁸.

África

Nos últimos anos, foi possível implementar importantes avanços no sistema de saúde mental da África do Sul, principalmente com a aprovação em 2002 de uma nova legislação. Decisões clínicas passaram do judiciário para os médicos, e é necessária uma avaliação 72 horas antes do início do tratamento involuntário⁴⁹.

Para a admissão involuntária ocorrer no país, o paciente deve ter um transtorno mental, apresentar risco para si ou terceiros, ser incapaz de tomar decisão, ter seus interesses financeiros e sua reputação afetados, ou apresentar recusa ao tratamento. O procedimento exige, ainda, o requerimento da família e a avaliação de dois profissionais de saúde mental⁵⁰.

Tabela 1 - Características da legislação sobre internação involuntária de acordo com o país.

País	Ano da última legislação	Número de médicos que recomendam	Autoridade responsável pela decisão	Duração máxima inicial
------	--------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

Europa	Itália	1978	2	Não médica	7 dias
	Noruega	2001	1	Não médica	3 meses
	França	2013	2	Não médica	Não definido
	Inglaterra	1983	2	Médica	6 meses
	Portugal	1999	2	Não médica	Não definido
	Grécia	1992	2	Não médica	6 meses
América	EUA*	Variável	2	Médica	3 meses
	Canadá*	Variável	2	Médica	30 dias
	Jamaica	?	2	Médica	?
	Barbados	1985	2	Médica	12 meses
	Brasil	2001	1	Médica	Não definido
	Chile	1998	1	Não médica	30 dias
Ásia	Rússia	1993	1	Não médica	6 meses
	China	2013	2	Médica	Não definido
	Paquistão*	2001	1	Médica	6 meses
	Índia	1987	2	Médica	30 dias
Oceania	Austrália*	Variável	2	Médica	3 meses
	Nova Zelândia	1992	2	Não médica	6 meses
África	África do Sul	2002	1	Médica	6 meses

Países em que as leis de saúde mental variam de acordo com o estado, região ou território.

DISCUSSÃO

Considerando os resultados encontrados, apesar dos esforços da OMS para padronização dos cuidados na saúde mental, as legislações para admissão involuntária ainda diferem acentuadamente entre os países. A diversidade cultural, econômica, de recursos e legislações parece ser a possível justificativa para o fato⁵¹.

Foi possível avaliar que são diversos os modos de se abordar o tratamento involuntário ou compulsório, mas, no geral, uma desordem mental diagnosticada, riscos para si ou terceiros e a recusa ao tratamento são os determinantes que mais constam nos requisitos legais.

Foi observada uma interdependência entre saúde mental, poder judicial e poder administrativo, com grau variado entre os países. Na Europa, a saúde mental parece ser mais

dependente do poder judicial ou pode até depender da aprovação do poder administrativo, como é o caso da Itália, a qual depende da administração pública local.

Já na América, essa dependência de setores diferentes aparece em menor grau. No Brasil, por exemplo, a modalidade de internação compulsória pode ser pedida pelo poder judicial sem indicação médica. Quando a internação involuntária é feita por um médico, precisa ser comunicada ao Ministério Público Estadual, contudo não depende da aprovação prévia do mesmo para ser realizada¹⁰⁻¹².

Com exceção da Grécia e da Noruega, as taxas de internação involuntária na Europa têm apresentado um declínio, sobretudo em países desenvolvidos^{17,18,25,26}. Uma possível explicação para o fato seria a presença de critérios, regras e justificativas mais rígidas para a instituição da internação à revelia da vontade dos pacientes. A Inglaterra é um exemplo, cuja lei de saúde mental vigente apresenta regras bem definidas e rígidas para o tratamento involuntário^{21,22}.

Nota-se uma tendência, na maioria dos países, de substituir critérios mais subjetivos, como necessidade de tratamento, por outros mais objetivos, como o risco para si próprio ou terceiros. Essa tendência reflete o esforço desses países para minimizar os potenciais efeitos colaterais de tratamentos involuntários.

A França ilustra bem essa questão em sua lei vigente de saúde mental, a qual traz uma opção ambulatorial entre as alternativas de tratamento involuntário^{19,20}.

O Brasil acompanha essa tendência, com uma lei baseada no respeito aos direitos individuais e preocupação com a reabilitação dos pacientes após a internação, por meio de uma maior fiscalização das indicações de internações realizadas contra a vontade. Devem obedecer a regras específicas, como avaliação por profissional especialista e comunicação ao Ministério Público Estadual.

CONCLUSÃO

As leis de saúde mental são marcadamente influenciadas pela história e cultura de cada país. Nota-se uma tendência mundial de modernização das leis, priorizando os direitos e a autonomia dos pacientes⁵²; contudo, ainda são necessários avanços, se considerarmos que ambiguidades e falta de padronização podem criar dificuldades práticas, fazendo com que muitas nações ainda tenham um longo caminho a percorrer.

O Brasil também segue a mesma tendência ao estabelecer três modalidades de internação, priorizando a abordagem voluntária e estabelecendo uma interlocução com o sistema judicial nos casos coercivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. World Health Organization (WHO). ICD-11 Classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 11]. <https://icd.who.int/en>
3. Opsal A, Kristensen Ø, Larsen TK, Syversen G, Rudshaug BE, Gerdner A, et al. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. *BMC Health Services Res.* 2013;13:57.
4. Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull.* 2015;31:99-112.
5. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). II Lenad - Levantamento nacional de álcool e drogas [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 11]. <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf>
6. Teixeira EH, Dalgalarondo P. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37:225-31.
7. Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian national alcohol and drugs survey. *Braz J Psychiatry.* 2016;38:98-105.
8. Mullen PE. Forensic mental health. *Br J Psychiatry.* 2000;176:307-11.
9. Nestor PG, Woodhull A, Newell D, O'Donovan K, Forte M, Harding S, et al. Clinical, social and neuropsychological dimensions of the intersection of addiction and criminality. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2018;46:179-86.
10. Brasil, Código Civil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

11. de Barros DM, Serafim AP. Legal criteria for involuntary hospitalization in Brazil. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009;36:175-7.
12. Novaes PS. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2014;17:342-56.
13. McKenzie K, Patel V, Araya R. Learning from low income countries: mental health. *BMJ.* 2004;329:1138-40.
14. Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv.* 2010;61:1012-7.
15. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12:43.
16. Balducci PM, Bernardini F, Pauselli L, Tortorella A, Compton MT. Correlates of involuntary admission: findings from an Italian inpatient psychiatric unit. *Psychiatr Danub.* 2017;29:490-6.
17. Diseth RR, Høglend PA. Compulsory mental health care in Norway: the treatment criterion. *Int J Law Psychiatry.* 2014;37:168-73.
18. Wynn R. Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12:10.
19. Senon JL, Jonas C, Botbol M. The new French mental health law regarding psychiatric involuntary treatment. *BJPsych Int.* 2016;13:13-5.
20. Gourevitch R, Brichant-Petitjean C, Crocq MA, Petitjean F. Law & psychiatry: the evolution of laws regulating psychiatric commitment in France. *Psychiatr Serv.* 2013;64:609-12.
21. Kelly BD. Mental health legislation and human rights in England, Wales and the Republic of Ireland. *Int J Law Psychiatry.* 2011;34:439-54.
22. Shah A. The relationship between the use of mental health act and general population suicide rates in England and Wales. *J Inj Violence Res.* 2012;4:26-9.
23. Ação de Saúde Sobre Gênero, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV). Violência interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Aug 11]. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-34-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx

24. Azenha SSD. O internamento compulsivo e a representação da doença mental- percurso histórico. *Arq Med.* 2014;28:54-60.
25. Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos E, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *Int J Soc Psychiatry.* 2012;58:172-7.
26. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, et al. Mental health care in Athens: are compulsory admissions in Greece a one-way road? *Int J Law Psychiatry.* 2017;52:28-34.
27. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Iatropoulou G, Nikolaidi S, Tsikou K, et al. Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study. *Int J Cult Ment Health.* 2017;11:425-36.
28. Douzenis A, Tsopelas C, Lykouras L. Mental health law in Greece. *Int Psychiatry.* 2014;11:11-2.
29. Williams AR, Cohen S, Ford EB. Statutory definitions of mental illness for involuntary hospitalization as related to substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2014;65:634-40.
30. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:981-8.
31. Westmoreland P, Johnson C, Stafford M, Martinez R, Mehler PS. Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2017;45:419-25.
32. Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA.* 2009;301:183-90.
33. Gray JE, Hastings TJ, Love S, O'Reilly RL. Clinically significant differences among Canadian mental health acts: 2016. *Can J Psychiatry.* 2016;61:222-6.
34. de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv.* 2010;61:218-21.
35. World Health Organization, Assessment Instruments for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Mental Health System in Jamaica [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 12]. www.who.int/mental_health/Jamaica_who_aims_report.pdf?ua=1

36. Emmanuel M, Campbell M. Commentary: a comparative review of involuntary admission of people with mental illness in China and Barbados. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2015;43:45-7.
37. Bustamante-Donoso JA, Cavieres-Fernández A. [Involuntary psychiatric hospital admissions]. *Rev Med Chil*. 2018;146:511-7.
38. Santander JT, Huerta FD, Aceituno FD, Fuentes MX. Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2011;49:157-64.
39. Mendelevich VD. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation. *Harm Reduct J*. 2011;8:15.
40. Golichenko M, Chu SK. Human rights in patient care: drug treatment and punishment in Russia. *Public Health Rev*. 2018;39:12.
41. Neznanov NG, Vasileva V. Legal regulation of mental healthcare provision in Russia. *BJPsych Int*. 2015;12:17-8.
42. Phillips MR, Chen H, Diesfeld K, Xie B, Cheng HG, Mellsop G, et al. China's new mental health law: reframing involuntary treatment. *Am J Psychiatry*. 2013;170:588-91.
43. Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Liang W, Li H, Yi J, et al. Voluntary and Involuntary psychiatric admissions in China. *Psychiatr Serv*. 2015;66:1341-6.
44. Tareen A, Tareen KI. Mental health law in Pakistan. *BJPsych Int*. 2016;13:67-9.
45. KalaA, KalaK. Involuntary admission and treatment. *Indian J Soc Psychiatry* 2015;31:130-3.
46. Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24:181-9.
47. Gray JE, McSherry BM, O'Reilly RL, Weller PJ. Australian and Canadian mental health acts compared. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:1126-31.
48. Soosay I, Kydd R. Mental health law in New Zealand. *BJPsych Int*. 2016;13:43-5.
49. Lund C, Kleintjes S, Cooper S, Petersen I, Bhana A, Flisher AJ, et al. Challenges facing South Africa's mental health care system: stakeholders' perceptions of causes and potential solutions. *Int J Cult Ment Health*. 2011;4:23-38.
50. Moosa MY, Jeenah FY. Involuntary treatment of psychiatric patients in South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2008;11:109-12.

51. Fistein EC, Holland AJ, Clare IC, Gunn MJ. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:147-55.
52. World Health Organization (WHO). Regional Office for the Americas/Pan-American Health Organization Emergency Programmes [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 12]. https://www.who.int/hac/network/who/ro_paho/en/