



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1165/2020

Vitória, 07 de outubro de 2020.

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED] em face de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Cível – Justiça Volante de Vila Velha – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito do referido Juizado, sobre o procedimento: **Internação compulsória em clínica especializada.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerido tem transtorno mental agravado pelo uso de drogas, além de não aceitar ajuda, nem tampouco tratamento voluntário, ambulatorial ou qualquer outro. Ele foi internado uma vez no ano passado, todavia, não aceitou o diagnóstico, nem o tratamento para o seu transtorno mental, nem o acompanhamento realizado pelo CAPS. Por não conseguir levá-lo ao médico psiquiatra, a Requerente, sua genitora, recorre a via judicial para conduzi-lo ao médico, e a internação compulsória do mesmo.
2. Às fls. não numeradas consta laudo médico, emitido em 04/09/2020 pelo Dr. Rafael Aguilar, psiquiatra, CRM ES 11933, descrevendo que o paciente [REDACTED] realizou acompanhamento médico sob hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar. Interrompeu o tratamento por conta própria e segundo relato da mãe



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

está apresentando quadro maniforme fugindo de casa e se colocando em risco. Necessita de avaliação emergencial para internação psiquiátrica

3. Às fls. não numeradas apresenta guia de referência e contra referência, emitido em 14/03/2019 pelo Dr. Daniel Salgado, CRM ES 9623, encaminhando para o HEAC, descrevendo que o paciente [REDACTED] foi admitido no CAPAAC sem encaminhamento médico, trazido pela ambulância de Dores do Rio Preto, no dia 13/03/2019, encontrado em via pública, com higiene precária, falante, humor eufórico, delírios religiosos, mania de grandeza. Apresenta história de tratamento psiquiátrico anterior e uso de drogas (SIC). Feito as seguintes medicações: haldol, brometazina, clompromazina. Está em leito de retaguarda, passou a noite bem, dormindo. Hoje, 14/03/2019, apresentou quadro delirante, eufórico, logorreico, entre outros sintomas.
4. Às fls. não numeradas consta o termo de internação psiquiátrica involuntária, emitido em 16/03/2019 pelo Dr. Watson Helvécio Freitas de Queiroz, psiquiatria, CRM ES 3698, devido surto, quebradeira, delírios religiosos, humor irritável, baixo limiar de frustrações. A ficha de urgência em saúde mental – HEAC apresentando transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos.
5. Às fls. não numeradas consta ficha de internação, em papel timbrado do Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, tendo data de alta 09/05/2019 emitido pelo Dr. Jairo R. Navarro Júnior, psiquiatra, CRM ES 10217, com diagnóstico principal de psicose não orgânica.
6. Documento apresentando encaminhamento ao CAPS II Vila Velha – psicologia, emitido em 29/10/2019 pelo Dr. Rafael Aguilar, psiquiatria, CRM ES 11933, descrevendo quadro compatível com transtorno afetivo bipolar e histórico de internação psiquiátrica recente necessitando de acompanhamento psicoterápico regular.
7. Documento apresentando laudo médico, emitido em 29/10/2019 pelo Dr. Rafael Aguilar, descrevendo que o paciente realiza acompanhamento regular nesta unidade – Cor-pore medicina estética sob hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos, transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica). Com quadro de ideação suicida associado a oscilação de humor, in-



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- sônia, dificuldade de concentração/memória, retraimento social com histórico de sintomas psicóticos e internação psiquiátrica recente. Sintomas ansiosos e somáticos aliados a comportamento evitativo. Significativo prejuízo funcional. Em uso atual de bupropiona 150 mg/dia, lítio 450 mg/dia e quetiapina 50 mg/dia. Sem previsão de alta.
8. Apresenta declaração descrevendo quadro supracitado, emitido em 08/10/2019 pelo Dr. Rafael Aguilar.
 9. Existem vários documentos anexados de evolução de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, além das medicações de uso na internação.
 10. Às fls. sem número consta evolução médica, em papel timbrado do Hospital Aduino Botelho, emitido em 26/04/2019 pelo Dr. Jairo I. R. Navarro Jr., psiquiatra, CRM ES 10217, descrevendo paciente internado por surto psicótico, apresentando melhora parcial do quadro psicopatológico. Ainda com discurso acelerado, com fuga de ideia, mas cooperativo, humor algo eufórico. Ajustado medicação. Em outra evolução, dia 30/04/2019, teve uma melhora importante em seu quadro psicopatológico.
 11. Evoluções da psicóloga Cláudia de Oliveira, descrevem a vida familiar, comportamento do paciente descrito por seus familiares, além das dificuldades e problemas, apresentado por ele.
 12. Documento apresentado de termo de comunicação de cessação de internação psiquiátrica involuntária (alta), emitido em 09/05/2019 pelo Dr. Jairo I. R. Navarro Jr., com alta melhorada.
 13. Também consta transferência para UCP, devido transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos, emitido em 15/03/2019 pelo Dr. Watson Helvécio Freitas de Queiroz.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
 2. A **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**, afirma que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
 - I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- Art. 3º – É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I – internação voluntária:** aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária:** aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória:** aquela determinada pela Justiça.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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

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

3. A **Portaria Nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.
4. A **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**, que prevê, entre outras medidas, a internação involuntária de dependente de drogas, foi publicada no Diário Oficial da União em 06 de junho de 2019, e dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

DA PATOLOGIA

1. **Os Transtornos afetivos bipolares** constituem um grupo de condições mentais caracterizadas fundamentalmente por alterações de humor, com episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. É uma doença crônica, grave e de distribuição universal, acometendo cerca de 1,5% das pessoas em todo o mundo.
2. Na maioria das vezes a fase depressiva da doença bipolar é incapacitante, e predomina na maior parte dos pacientes acometidos por tal patologia. Os episódios depressivos são caracterizados por rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Observa-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas mais leves.
4. Já as fases maníacas caracterizam-se também pela aceleração do pensamento (sensação de que os pensamentos fluem mais rapidamente), distraibilidade e incapacidade em dirigir a atividade para metas definidas (embora haja aumento da atividade, a pessoa não consegue ordenar as ações para alcançar objetivos precisos).
5. Prejudicam ou impedem o desempenho profissional e as atividades sociais, não raramente expondo os pacientes a situações embaraçosas e a riscos variados (dirigir sem cuidado, fazer gastos excessivos, indiscrições sexuais, entre outros riscos). Em casos mais graves, o paciente pode apresentar delírios (de grandeza ou de poder, acompanhando a exaltação do humor, ou delírios de perseguição, entre outros) e também alucinações, embora mais raramente. Nesses casos, muitas vezes, o quadro clínico é confundido com a esquizofrenia.
6. O diagnóstico diferencial deve ser feito com base na história pessoal (na doença bipolar, os quadros são agudos e seguidos por períodos de depressão ou de remissão) e familiar (com certa frequência, podem ser identificados quadros de mania e depressão na família).

DO TRATAMENTO

1. O **Transtorno Bipolar** não tem cura, porém possui tratamento por meio de medicamentos cada vez mais avançados. A medicina tem evoluído muito nessa área e atualmente podem contar com uma série de remédios antidepressivos, estabilizadores do humor (anticonvulsivos) e ansiolíticos, que serão ministrados a cada paciente, de forma personalizada, segundo as características de cada estágio da doença e da resposta a dosagem medicamentosa. Os pacientes podem ainda ter uma vida "quase" normal, sem internações, pois o tratamento dos pacientes crônicos é feito em hospitais dia, onde se fazem terapias ocupacionais durante o dia e, à noite, os voltam ao convívio



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

de suas famílias.

2. A terapêutica da depressão bipolar é um tópico desafiador e crítico e que tem também sido associado a altos índices de casos resistentes ao tratamento. O uso de antidepressivos na depressão bipolar não está claramente estabelecido. A combinação de antidepressivo e estabilizadores de humor é amplamente utilizada, mas não foram claramente definidas a dose apropriada e a duração do tratamento dos diferentes agentes. Ainda que demonstrem uma eficácia considerável na depressão bipolar, os antidepressivos podem provocar a alteração da polaridade e alterações bruscas de humor, aumentando, dessa forma, o risco de ciclagem rápida e de transtornos de humor refratário.

DO PLEITO

1. **Consulta com psiquiatra**
2. **Internação Compulsória.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. O presente caso, trata-se do Requerido [REDAZIDO] que tem transtorno mental agravado pelo uso de drogas, além de não aceitar ajuda, nem tampouco tratamento voluntário, ambulatorial ou qualquer outro. Ele foi internado uma vez no ano passado, todavia, não aceitou o diagnóstico, nem o tratamento para o seu transtorno mental, nem o acompanhamento realizado pelo CAPS. Não aceita ser avaliado pelo psiquiatra.
2. Em 2019 foi publicada a Lei 13.840, que altera a questão de internação por dependência química. Destacamos um artigo e parágrafos da referida lei para melhor analisarmos o caso:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Art. 23-A – O tratamento do usuário ou dependente químico deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social.

§ 2º A internação de dependente químico somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II – internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 5º A internação involuntária:

I – deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II – será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III – perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo



Poder Judiciário

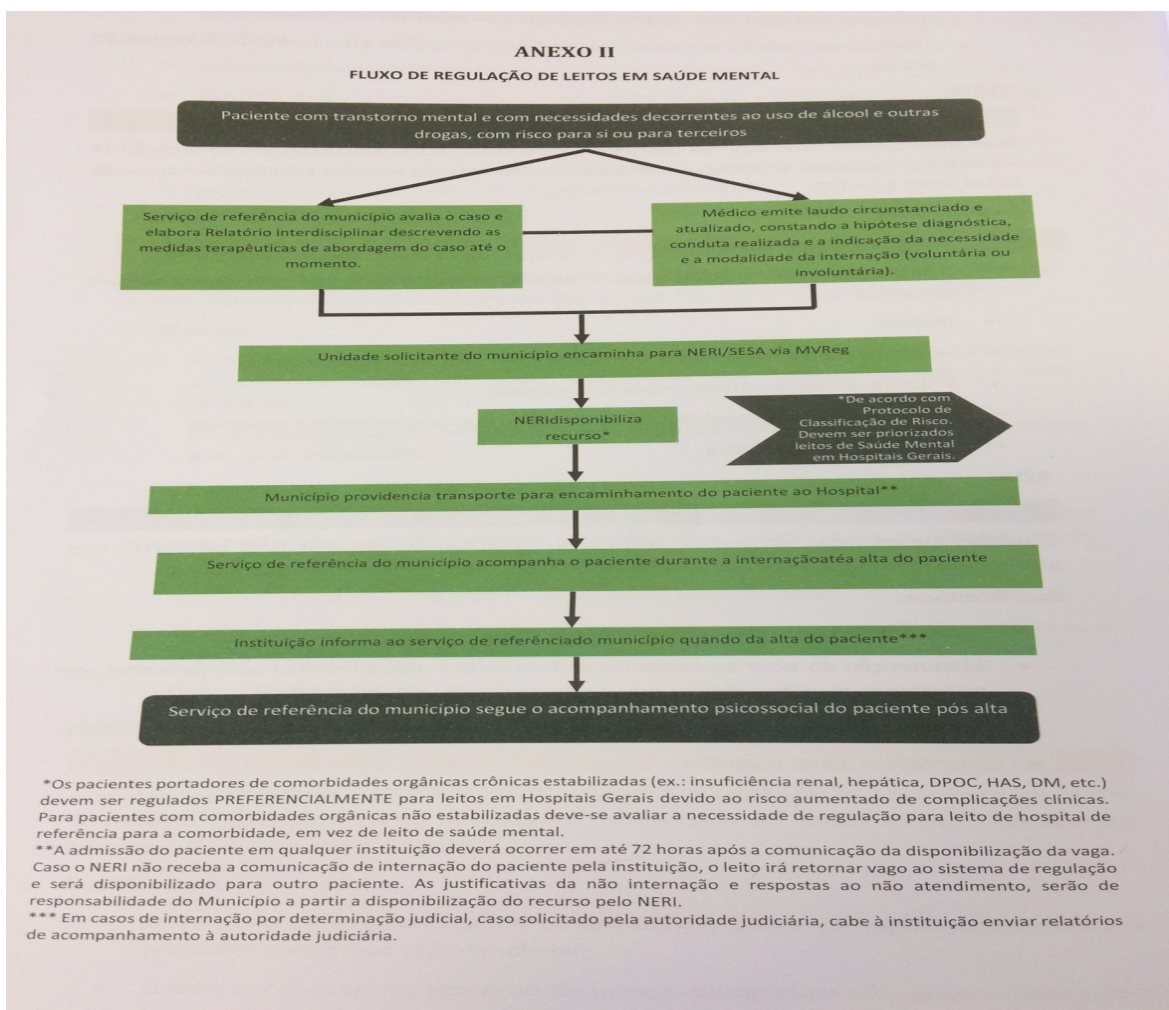
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

médico responsável; IV – a família, ou o representante legal, poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.

O fluxo estadual existente para internação em saúde mental, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, deve ser seguido, conforme fluxograma a seguir:





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Sabe-se que não existe protocolo único para o tratamento de dependência química, os planos terapêuticos devem ser individualizados. A internação hospitalar breve, por no máximo 90 dias, com o fim de desintoxicação e/ou em situações de alto risco para o paciente ou para terceiros, e deve estar inserida dentro de um projeto terapêutico mais amplo. A internação compulsória prolongada de usuários de drogas em Comunidades Terapêuticas não tem evidenciado bons resultados clínicos, com uma relação custo/benefício negativa. A OMS (Organização Mundial da Saúde) não recomenda este procedimento.
4. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, considerando as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02 Atendimento Ambulatorial Intensivo, Semi-intensivo e Não-Intensivo.
5. **No presente caso, não consta a manifestação do CAPS/ Município sobre as propostas de intervenção terapêutica à nível ambulatorial que foram disponibilizadas para o Requerente, bem como relatório informando a refratariedade a essas propostas.**
6. **Assim, este Núcleo sugere que a Secretaria Municipal de Saúde providencie com brevidade a avaliação da equipe multidisciplinar de saúde mental do Sistema Único de Saúde onde se evidencie acompanhamento e refratariedade às propostas estabelecidas, cabendo a essa equipe traçar um plano de intervenção terapêutica para o caso em tela.**
7. **Após avaliação e confecção do laudo multidisciplinar e comprovada a refratariedade às medidas propostas, cabe ao médico Psiquiatra emitir a devida guia de internação psiquiátrica para que o Município requeira, ao gestor estadual – SESA, uma vaga para internação involuntária. Caso essa vaga não seja disponibilizada por falta de vaga na rede estadual, a internação compulsória estaria indicada.**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

8. A solicitação judicial da internação caberia caso a vaga não fosse disponibilizada pelo Estado, o que não se comprova nos documentos enviados ao NAT.
9. Ressaltamos também que internação por si só não resolve a questão e que, após a alta, o Município deverá fornecer assistência regular multidisciplinar por meio do CAPS ou de equipe multiprofissional de saúde mental, sendo esta assistência de suma importância para o paciente em tela, devendo haver planejamento terapêutico e empreendimento para a adesão ao tratamento ambulatorial, fundamental para evitar novas recaídas.
10. Este NAT se encontra à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

BRITISH MEDICAL JOURNAL PUBLISHING GROUP. **Clinical Evidence**. London, 2011. Disponível em: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1014/1014_background.jsp>. Acesso em: 16 março 2020.

TENG, C. T. ; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e Comorbidades Clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 3. p. 149-159. 2005.

SHOE, D.; PICKA.D.; KIRCH, D. G. **Paranóia**. National Institute of Mental Health EUA. Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/tema/paranoia.htm>>. Acesso em: 16 março 2020.

APA – American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment of Major Depressive Disorders, second edition, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2006** / American Psychiatric Association; tradução Adrea Caleffi et al. Porto Alegre: Artmed. 2008. 1088 p.

LAFER B.; SOARES, M.B.M. Tratamento da Depressão Bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, s. 2, São Paulo 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24412.pdf>>. Acesso em: 16 março 2020.

ALDA, M.T. Transtorno Bipolar. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.21 s.2, São Paulo Oct/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1516-4446199900060000>. Acesso em: 16 março 2020.

ABDALLA, E.F. Internação Involuntária em Psiquiatria. **Boletim Científico -Edição 10**. Associação Brasileira de Psiquiatria. 2005-2006. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40>. Acesso em: 16 março 2020.