



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1448/2020

Vitória, 15 de dezembro de 2020.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED] em
favor de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Ibatiba-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Akel de Andrade Lima, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória – esquizofrenia/transtorno afetivo bipolar.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial e laudos anexados o Senhor [REDACTED], de 54 anos de idade, apresenta diagnóstico de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, CID10: F20 e F31, encontra-se em tratamento ambulatorial psiquiátrico há 33 anos, recomendando internação psiquiátrica, em crise há oito dias, sem melhora com a medicação de uso contínuo e de emergência. Apresentando extrema agressividade com a equipe e os familiares, delírios, alucinações, e gerando risco para sua própria vida e para outras pessoas, tendo episódios de fuga e tentativas de suicídio. Informa ainda que ficou internado de 18/02/2020 a 20/04/2020 na clínica Nova Perspectiva, localizada em Venda Nova/ES, passando por um período de estabilidade, no entanto, ao sair de lá teve piora do quadro. Foi realizado novo pedido



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- de internação o qual foi negado sob a justificativa que o Requerido não possuía cadastro na Central de Saúde Mental. Diante do exposto, recorre ao poder judiciário para que seja determinada compulsoriamente sua internação em clínica especializada.
2. Às fls. não numeradas se encontra espelho de solicitação em que o PA municipal requer em 02/12/2020 a internação em serviço com saúde mental. Última informação do espelho datada de 02/12/2020 as 22:18 consta status Rejeitado.
 3. Às fls. não numeradas consta resumo de alta da Clínica Nova Perspectiva, datado de 20/04/2020, descrevendo que o Requerido ficou internado compulsoriamente por ofício do Ministério Público Estadual no período de 18/02/2020 a 20/04/2020. Relato que chegou até a clínica com quadro confusional, agitação psicomotora, e que a família relatou que desde os 21 anos de idade apresenta quadros psicóticos já tendo realizado cerca de 14 internações na Clínica Santa Isabel. Recebeu alta melhorado e com prescrição de vários medicamentos.
 4. Às fls. não numeradas se encontra Laudo Médico, emitido em 03/12/2020, pelo Dr. Adilão Lima, relatando que o paciente [REDACTED], encontra-se em tratamento psiquiátrico há 33 anos, devido diagnóstico de esquizofrenia, CID10: F20. E que há 8 dias está sem melhora com uso de medicação contínuo e de emergência. Refere ainda quadro de delírios, alucinações, agressividade com familiares e com a equipe. Podendo ser causa de risco para sua própria vida e para outras pessoas. Recomendando internação compulsória com urgência.
 5. Às fls. não numeradas consta Laudo Médico, emitido em 06/02/2020, do Dr. Ubirajara O. B. Lopes, relatando que ao paciente [REDACTED], encontra-se em tratamento psiquiátrico, devido diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, CID10: F31.2 Recusa o tratamento ambulatorial, sendo prescrito medicamentos (quetiapina/biperideno/haloperidol /risperidona e carbamazepina). Demonstra humor alterado, alteração do ciclo vigília, heteroagressividade, taquilalia, agitação psicomotora, entre outros, e se recusa ao tratamento ambulatorial. Recomendando internação involuntária; informando que já foi internado anteriormente.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

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 **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
3. 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;



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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. 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.

4. 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.
5. **Portaria SESA Nº 90-R DE 13/10/2014**, com destaque para os artigos abaixo:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Art. 2º. A internação para tratamento de transtornos mentais ou de necessidades decorrentes do uso e abuso de álcool, crack e outras drogas só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, de acordo com o disposto no Artigo 4º, caput e parágrafos, da Lei nº 10.216/2001.

Art. 3º. A internação dar-se-á nas modalidades estabelecidas no Artigo 6º da Lei nº 10.216/2001, a saber:

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. 4º. As requisições de internação involuntária e compulsória observarão cumulativamente os seguintes critérios, sem prejuízo dos critérios já estabelecidos na Lei nº 10.216/2001:

I – Ser o paciente portador de transtorno mental grave com quadro desestabilizado, oferecendo risco de vida para si ou para terceiros, ou estar em uso abusivo e prejudicial de álcool, crack ou drogas;

II – Apresentar laudo médico circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica e a indicação da necessidade de internação; e

III – Apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso;

Art. 7º. Caberá ao Gestor de Saúde demandado, municipal ou estadual, regular o acesso do paciente ao serviço de internação devidamente habilitado dentro das normas legais vigentes.

Art. 8º. A permanência do paciente na instituição será pelo menor tempo possível, de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

no máximo 2 (dois) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 1 (um) mês, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da instituição e do CAPS de referência, Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica, que tiver recomendado a internação, conforme Artigo 4º, inciso III.

6. A **Lei 13.840, de 5 de junho de 2019**, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, traz o ordenamento do tratamento do usuário ou dependente de drogas 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. O artigo 23A, parágrafo 5º, incisos I a III e parágrafo 6º que tratam da internação involuntária, prescrevem:

Art. 23A

§ 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 e 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 médico responsável;

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

DA PATOLOGIA

1. A definição de **Esquizofrenia** indica uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. A esquizofrenia tem origem multifatorial onde os componentes genéticos e ambientais



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa. Sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola.

2. Os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos. Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. Desde o começo, o comportamento catatônico foi descrito entre os aspectos característicos da esquizofrenia. A catatonia é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua involuntariedade. Os fenômenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, automatismo, maneirismos, estereotípias, fazer posturas e caretas, negativismo e ecopraxia. Pacientes com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais. As alterações cognitivas seletivas mais proeminentes na esquizofrenia incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas.

3. A Esquizofrenia pode ser classificada em:

Esquizofrenia paranoide • Esquizofrenia hebefrênica • Esquizofrenia catatônica • Esquizofrenia indiferenciada • Depressão pós-esquizofrênica • Esquizofrenia residual •



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Esquizofrenia simples.

4. O **Transtorno Afetivo Bipolar** é uma doença que caracteriza-se por episódios repetidos, nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados. Esta alteração consiste em algumas ocasiões, de uma elevação do humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e em outras de um rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade (depressão).
5. Nos episódios maníacos ocorre euforia, aceleração psíquica, irritação que pode levar a agressividade verbal e/ou física. Aumento de energia e redução da necessidade de sono. O pensamento é acelerado com aumento do fluxo de ideias, não consegue falar tudo que vem a mente ao mesmo tempo, não consegue manter a atenção em um único foco, faz várias coisas ao mesmo tempo e não consegue terminar. Os sentimentos podem ser de alegria exagerada e grande euforia ou agitação. Autoconfiança e otimismo extremos, sentimento de poder, influencia, inteligência e riqueza. Aumento da libido. Pode achar-se imbuído de poderes ou dons especiais.
6. Nos episódios hipomaníacos os sintomas são menos severos. O grau de aceleração é menor, o aumento de energia pode ser produtiva, porém a pessoa se dispersa e perde mais tempo com detalhes. Os episódios depressivos são caracterizados por tristeza, apatia, desânimo e falta de prazer. Lentificação física e psíquica, com dificuldade de concentração levando a um raciocínio lento. O pensamento é pessimista, tem preocupações negativas, sentimento de culpa e inutilidade. O sono pode estar diminuído ou aumentado. Pensamentos de morte podem levar ao suicídio.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da **Esquizofrenia** deve incluir uma abordagem interdisciplinar que visa contribuir para a melhoria na qualidade de vida e dos processos psicossociais dos indivíduos. A terapia envolve não apenas a medicação, mas também abordagens individuais, familiares e educacionais.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. O tratamento da esquizofrenia é guiado pelo subtipo e pela apresentação clínica, estando indicado o uso de medicamentos antipsicóticos. O arsenal farmacológico é amplo, com mecanismos de ação diferentes, podendo ser constituído de monoterapia ou de associação de múltiplos fármacos, na dependência da avaliação médica do caso. O acompanhamento deve ser periódico e por tempo indeterminado. A psicoterapia e outras formas de terapia podem exercer efeito coadjuvante benéfico.
3. A internação psiquiátrica voluntária ou involuntária somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.
4. O tratamento do **Transtorno Afetivo Bipolar** deve ser contínuo, ou seja, para a vida toda. Normalmente são usados estabilizadores de humor, anticonvulsivantes e/ou antipsicóticos. Não há como controlar a bipolaridade sem medicamentos, e eles devem ser usados sempre, não só nas crises. É importante lembrar que mesmo a curto prazo, o efeito dos medicamentos na depressão, na (hipo)mania ou no estado misto leva pelo menos duas a quatro semanas para ser significativo.
5. A melhora completa pode levar alguns meses e depois disso é necessário manter as medicações usadas na fase aguda da doença por mais algumas semanas ou meses, dependendo da gravidade. Depois de melhorar por completo, não apenas parcialmente, o paciente segue para a fase de manutenção. Além disso, fazer acompanhamento terapêutico com um psicólogo pode aumentar as chances de melhora. Essa necessidade, porém, é avaliada caso a caso.
6. A eletroconvulsoterapia deve ser considerada para pacientes graves ou resistentes a tratamento (para prevenir exaustão ou suicídio, pelo rápido tempo de ação) ou quando preferida pelo paciente.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DO PLEITO

1. **Internação psiquiátrica compulsória.**

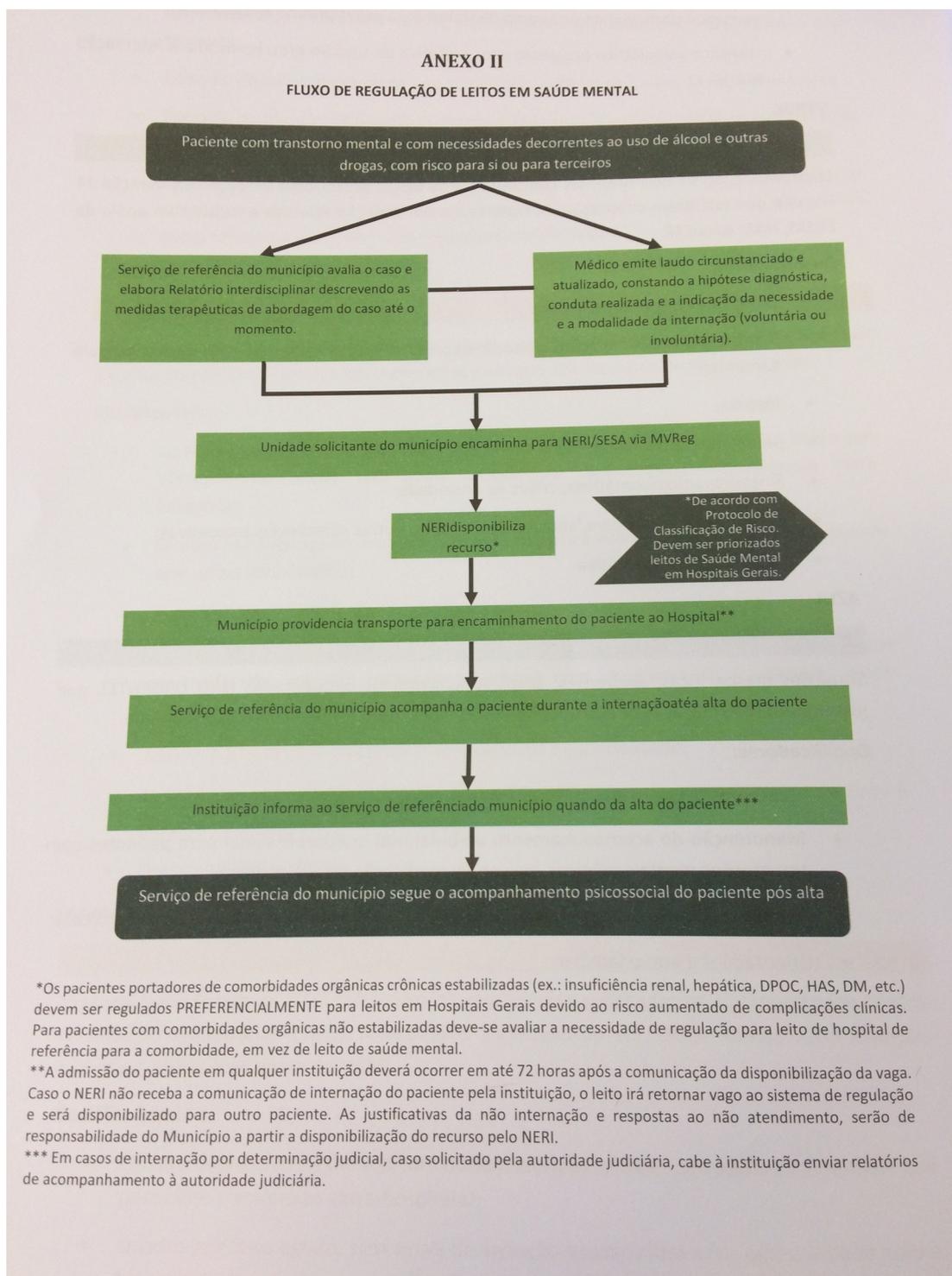
III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com 58 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, CID10 F20 e F31, de acordo com Laudo Médico, que se recusa a fazer o tratamento ambulatorial, não está respondendo as medicações prescritas e de urgência, apresenta sinais e sintomas de descompensação do quadro psiquiátrico, sendo solicitado internação compulsória em clínica psiquiátrica.
2. **Foi encaminhado para este Núcleo um documento médico informando detalhadamente sobre as condições clínicas e sobre o uso das medicações antipsicóticas do paciente.** Há referência no laudo médico que o paciente se recusa a tomar a medicação, neste caso a equipe de saúde mental do Município pode tentar o uso de medicação injetável, mesmo que para isso tenha que conter a paciente.
3. De acordo com referências bibliográficas, pacientes esquizofrênicos em surtos e com agressividade, devem ser encaminhados para atendimento hospitalar, onde serão avaliados por especialistas e definida a sua conduta.
4. Sabe-se que o fluxo estadual existente para internação em saúde mental, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, deve ser seguido, conforme fluxograma abaixo:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

5. Este NAT conclui que, o paciente deve ser avaliado por uma equipe multidisciplinar, que definirá se o mesmo tem possibilidade de acompanhamento ambulatorial ou se necessita ser encaminhado para unidade hospitalar para tratamento do surto ou só o caso é de internação em clínica psiquiátrica. Caso se confirme a necessidade de internação em clínica psiquiátrica a **solicitação deverá ser encaminhada de forma administrativa como internação involuntária ao Município e este requerer a vaga juntamente a Secretaria de Estado da Saúde**. Caso a vaga não seja disponibilizada, aí sim caberia a solicitação da internação compulsória. Outra opção seria o paciente ser encaminhado ao HEAC (Hospital Estadual de Atenção Clínica), local que possui leito de psiquiatria, para que fique no estabelecimento até o controle do surto psicótico. Caberia a equipe de saúde mental do HEAC avaliar se o paciente após o controle do surto pode receber alta para acompanhamento ambulatorial ou se necessita de manter internação por mais um tempo em clínica psiquiátrica.
6. Em qualquer caso, após a alta, o Município deverá fornecer assistência regular multidisciplinar por meio de equipe multiprofissional de saúde mental, sendo esta assistência de suma importância para o paciente em tela, devendo haver planejamento terapêutico e empreendimentos para a aderência ao tratamento ambulatorial, visto que o paciente está utilizando as medicações de forma irregular, o que impossibilita o tratamento adequado da Esquizofrenia e conseqüentemente o surgimento de novos surtos. Lembrando que o tratamento não se resume ao uso de medicamentos, daí a importância da abordagem multiprofissional.
7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 2006, 17(4), 263-285. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>

SOUSA. M.B. TOC, *Artmed*, 2014. Disponível em: http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Quando%20o%20tratamento%20nao%20funciona.pdf