



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 274/2020

Vitória, 10 de fevereiro de 2020

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Serra-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. João Patrício Barroso Neto, sobre o procedimento: **consulta com psiquiatra.**

**I - RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, a Requerente, possui quadro de esquizofrenia paranoide, apresentando dissociação comportamental, alucinação e sofrimento mental crônico, necessitando de nova consulta com psiquiatra, bem como manutenção de acompanhamento regular. Em 02 de fevereiro de 2020 a autora realizou juntamente a Estratégia de Saúde da Família de Campo Grande o pedido administrativo para a referida consulta, não obtendo o agendamento até o momento. Consta informação de que o Dr. Rubens Littig, CRMES 15079, atestou que a Requerente tem risco de automutilação, agressividade e suicídio em razão de seu transtorno. Relato de solicitação no SISREG se encontra pendente. Por conta disso, recorre à via judicial.
2. Às fls. 09 se encontra laudo médico emitido pelo Dr. Rubens Littig, médico clínico, CRMES-15079, em 04/02/2020, descrevendo que a paciente apresenta quadro de esquizofrenia paranoide, com estreitamento de repertório, pensamento algo delirante, alucinações auditivas episódicas, apraxia, necessitando acompanhamento regular com



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

psiquiatra.

3. Às fls. 10 consta Formulário da Defensoria Publica para Pedido em Saúde, datado de 04/02/2020, preenchido pelo Dr. Rubens com o mesmo teor do laudo descrito acima.
4. Às fls. 11 se encontra o espelho de SISREG, com a solicitação da consulta com psiquiatra geral, datado de 02/01/2020, descrevendo que a paciente suspendeu a medicação há cerca de 2 meses, se encontrando com quadro de ansiedade, cefaleia e insônia e está sem acompanhamento psiquiátrico há mais de 01 ano.

## **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:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – 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. Parágrafo Segundo – 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.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

**DA PATOLOGIA**

1. AA 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 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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 • Esquizofrenia simples.

4. A **Esquizofrenia Paranóide** é caracterizada pela perda de contato com a realidade, pela presença de delírios (caracterizados por crenças irremovíveis à argumentação lógica – improváveis ou bizarras), frequentemente persecutórios / autorreferentes e pela presença de alterações de sensopercepção, sendo mais frequentes as alucinações, em geral auditivas, mas que podem acometer outros sentidos. Pode haver desorganização de pensamento e do comportamento desde o fim da adolescência e início da idade adulta, época habitual de aparecimento da doença. Também podem estar presentes discurso incoerente, afeto embotado, negligência com higiene pessoal e indiferença aos demais além de um significativo aumento da impulsividade e da agressividade. Geralmente são pacientes tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer atos de violência.

### **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.
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.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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.

### **DO PLEITO**

1. **Consulta com psiquiatra:** As consultas com psiquiatra são consideradas de média complexidade, a serem disponibilizadas pelas esferas municipais que estejam sob regime de gestão plena e saúde, ou pelas estaduais, nos casos dos municípios sob regime de gestão somente da atenção básica.

### **III – CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, a Requerente apresenta um quadro de esquizofrenia paranoide e se encontra sem acompanhamento com psiquiatra há cerca de 01 ano. Em um dos laudos médicos (fls. 09) o médico assistente descreve um quadro sugestivo de surto psicótico (alucinações auditivas, agressividade, etc..). Nos casos de surto o tratamento imediato seria referenciar para uma unidade hospitalar de referência em psiquiatria, como o HEAC, para que a paciente recebesse os cuidados necessários para controlar o surto e posteriormente retornar para acompanhamento ambulatorial. No documento do SISREG (fls.11) a médica que solicita a consulta com psiquiatra relata que a paciente está sem a medicação que fazia uso há cerca de 2 meses e conseqüentemente está tendo sintomas em decorrência da falta dos medicamentos, como ansiedade, cefaleia e insônia. Não descreve a intensidade dos sintomas que possa caracterizar um surto e sim sintomas decorrentes da falta dos



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

medicamentos, que caso a paciente não seja medicada pode evoluir para um surto. Se for essa a situação a paciente não precisaria ser encaminhada para o HEAC e sim devidamente medicada. Caso a médica que a atendeu não se sinta habilitada para medicá-la enquanto aguarda o agendamento da consulta com psiquiatra uma solução mais rápida e indicada para o caso em tela seria a paciente ser atendida/acolhida no CAPS transtorna da Serra, local em que são acompanhados pacientes com transtornos mentais, aí incluído a esquizofrenia. O CAPS atualmente é considerado porta de entrada no SUS, isto é, a paciente ou quem seja o responsável pela mesma poderá se dirigir ao CAPS (com a paciente) sem necessidade de encaminhamento e solicitar atendimento. Após o atendimento no CAPS a Requerente pode optar por manter seu acompanhamento multidisciplinar no local ou realizar acompanhamento somente com o psiquiatra assim que a consulta solicitada no SISREG for disponibilizada. Este NAT conclui que se paciente não estiver em surto o ideal seria o acompanhamento no CAPS transtorno.

2. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, diz que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos”





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

### **REFERÊNCIAS**

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

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](http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Quando%20o%20tratamento%20nao%20funciona.pdf)