



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 564/2020

Vitória, 25 de março 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. Eduardo Geraldo de Matos, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória - esquizofrenia.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial e documentos juntados aos autos, a paciente apresenta indícios de esquizofrenia, tendo sido encaminhada pela Dra. Joseane Horst F Cunha ao psiquiatra com hipótese diagnóstica: surto psicótico/esquizofrenia.
2. Consta Ofício n°. 064/2018, proveniente da Delegacia Regional de Ibatiba/ES, acompanhado do boletim unificado n° 40714338, no qual a autoridade policial representou pela internação urgente da paciente, considerando, segundo a autoridade solicitante, o perigo que ela oferece a si própria e a terceiros. Pois bem, verifica-se, primeiramente, através do boletim unificado, que [REDACTED] apresenta sintomas de transtornos mentais, sendo que na data 24/10/2019, provavelmente deu causa ao



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

incêndio de um veículo Chevrolet, Celta, placa MST 4F58, pertence ao seu companheiro [REDACTED], expondo a perigo sua integridade física e a de terceiros.

3. Consta relatório de visita domiciliar, realizada pelos profissionais de saúde do município de Ibatiba (técnica de enfermagem [REDACTED] e médica Dra. Joseane Horst Fernandes Cunha) em 03/09/19, com as seguintes informações: não conseguiram ter contato com [REDACTED] vez que ela se trancou em um quarto, como faz diariamente. Na oportunidade, familiares informaram que ela se isola no referido cômodo e se recusa a sair de lá, não conversa com seus familiares, assim como não faz uso de nenhuma medicação. Relataram ainda, que [REDACTED] fica conversando com ela mesma e quando responde a alguma indagação que lhe é dirigida, se limita a dizer que não é a [REDACTED] quem está respondendo. Diante da situação descrita, a Dra. Joseane solicitou o encaminhamento de [REDACTED] a um médico psiquiatra, tendo em vista os indícios de esquizofrenia.
4. Consta documento do Conselho Tutelar de Ibatiba (13/11/19) contendo as seguintes informações: a família de [REDACTED] filha de [REDACTED] vem sendo acompanhada pela equipe do CRAS fato confirmado pela coordenadora [REDACTED] e também pela equipe da saúde, fato confirmado pelo enfermeiro [REDACTED]. Essas equipes informam dificuldade de contato com a genitora, pois a mesma vive trancada em um quarto escuro, e não quer ser recebida por ninguém. Os conselheiros tutelares realizaram visita à casa de [REDACTED], porém ela não os recebeu, permanecendo trancada no quarto e com xingamentos. Em conversa com a sogra, a senhora [REDACTED], que estava cuidando dos afazeres domésticos e cuidando da criança. Adriana relatou que [REDACTED] só fica trancada no quarto, não aceita ninguém entrar nem para limpar e que o quarto está fedendo, que a mesma de vez em quando levanta a noite para tentar fazer alguma maldade, que já queimou os próprios documentos e da filha, já colocou fogo dentro de casa por duas vezes, e no dia 25 de outubro de 2019 queimou um carro da família. Adriana disse que fizeram um boletim de ocorrência, que moram de aluguel e o dono da casa já pediu a



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

casa. O parecer do conselho é que diante da situação de risco que [REDACTED] está colocando toda a família inclusive a criança, que seja tomada providencias cabíveis para uma internação da genitora para tratamento com profissional especializado.

5. Consta documento da Secretaria Municipal de Ibatiba, emitido em 14/11/19 informando que o agendamento do especialista psiquiatra é realizado na AMA ou no hospital da cidade, foi tentando agendamento, porém a família de [REDACTED] disse que não conseguiria trazer a paciente para avaliação. Em 06/11/2019 a equipe de saúde realizou nova visita domiciliar às 12h35min onde foram recebidos pela sogra e a filha da paciente, tentaram novo contato com a cidadã, porém ela se recusa a todo momento abrir a porta para realizar consulta médica. Diante de relatos da família, essa equipe concluiu que a paciente possivelmente se encontra com quadros de surtos, já que não foi possível avaliação física e psicológica pessoalmente da própria paciente. Diante da recusa da paciente em receber tratamento e de não conseguir atendimento médico presencial, por recusar receber a equipe, e a mesma possuir no Município apenas a sogra e o marido como familiares próximos, sugere-se internação compulsória dessa paciente para dar início ao seu tratamento.

## 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



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

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;

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



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

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 [REDACTED] 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:

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



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

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 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**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

**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 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



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

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.

## **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  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

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.

## **DO PLEITO**

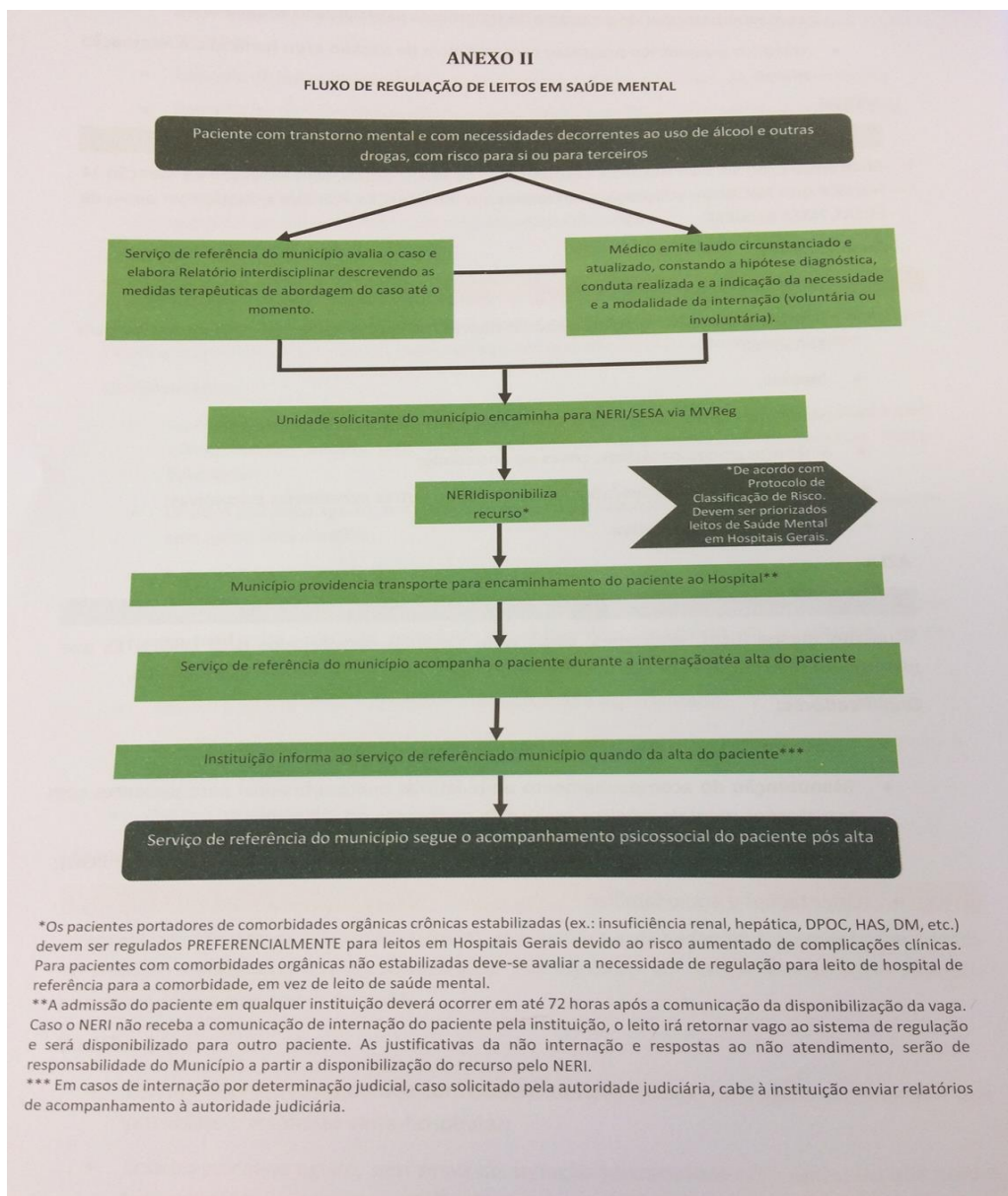
1. **Internação psiquiátrica compulsória.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente com suspeita de surto psicótico/esquizofrenia, agressiva, não toma medicação, não recebe visita (intervenção) domiciliar de profissionais de saúde, apresentando risco aos outros e a si própria.
2. 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.
3. 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  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT



4. Frente aos fatos expostos nos documentos remetidos a este Núcleo, e considerando a gravidade do quadro apresentado pela paciente, entende-se que deveria ter sido conduzida a um Hospital com leito de psiquiatria, como o HEAC, para controle psiquiátrico. **Caberia ao HEAC após estabilização do quadro definir se a paciente poderia**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

**receber alta para acompanhamento ambulatorial ou se necessitaria ser transferida para uma clínica psiquiátrica para dar continuidade ao tratamento até que possa ter condições de tratamento ambulatorial.**

5. Ressaltamos que no caso em tela a solicitação deveria ter sido encaminhada de forma administrativa como internação involuntária ao Município pelo médico assistente e este requerer a vaga juntamente a Secretaria de Estado da Saúde. Caso não fosse disponibilizada a vaga, aí sim caberia a solicitação da internação compulsória.
6. Em caso de internação, 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 a paciente em tela, devendo haver planejamento terapêutico e empreendimento para a aderência ao tratamento ambulatorial, lembrando que nos casos de recusa de medicamentos orais tem-se a opção de medicamentos injetáveis.
7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT

**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>. Acesso em 25 março 2020.

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). Acesso em 25 março 2020.