



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

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1752/2019**

Vitória, 24 de outubro de 2019

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED] representado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara da Fazenda Pública da Comarca de Marataízes - ES, requeridas pelo MM. Juiz de direito Dr. Jorge Orrevan Vaccari Filho, sobre o procedimento: **Tratamento cirúrgico especializado de distúrbio de comportamento - “NEUROPSICOCIRURGIA, CIRURGIA PSICOGÊNICA, PSICOCIRURGIA COMPORTAMENTAL OU CIRURGIA PSIQUIÁTRICA”;** **tratamento clínico com medicamentos e avaliação médica após cirúrgica e deslocamento, hospedagem e acomodação do Requerente e sua Curadora.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Petição Inicial, emitida em 12 de Setembro de 2019, o Requerente, no dia 16/06/2013, foi vítima de acidente automobilístico, sofrendo lesões de natureza grave consistentes em múltiplas fraturas e traumas graves, que resultaram em distúrbio psiquiátrico de comportamento pós-trauma e na necessidade indeterminada de utilização de uma órtese traqueal, estando traqueostomizado desde então. A convivência com o Requerente se tornou difícil aos familiares, em especial com a sua genitora, principal responsável pelos cuidados de Elves, já que o mesmo não possui qualquer capacidade de realizar tarefas mais básicas inerentes ao ser humano. Elves vive preso em um cômodo gradeado onde recebe os cuidados da genitora, única pessoa aceita por ele para realizar os cuidados básicos diários como: banho, remédios,



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

necessidades fisiológicas, alimentação e limpeza da órtese traqueal. Ao longo do, tempo, os remédios receitados pelos médicos neurologistas e psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento do Requerente, através dos Programas de Saúde Primária da Prefeitura de Marataízes, não surtem mais o efeito de tranquilizar e controlar o comportamento do paciente, que devido o distúrbio psiquiátrico apresenta alterações de comportamento agressivo, recusando permanecer dentro de casa e a presença de determinadas pessoas, inclusive nos últimos tempos sua própria genitora. Assim, a família tem buscado incessantemente tratamento definitiva ao distúrbio psiquiátrico comportamental do Requerente, tendo a indicação dos médicos, Dr. Rogério Santos Pacheco e Dra. Fabiana Polycarpo Hidalgo, de realização da Psicocirurgia comportamental, também conhecida como Cirurgia Psiquiátrica ou Neuropsicocirurgia, como tratamento definitivo. Porém, tal procedimento não está disponível no Sistema de Agendamento de Consultas e Exames Especializados oferecido pelo Estado do Espírito Santo - SISREG - dificultando sua análise e possível concessão pela via administrativa. Desta forma, foi recorrido a via judicial.

2. Às fls. 20 consta o Laudo Médico, emitido no dia 27/08/2013 pelo neurologista (Dr. Rogério Santos Pacheco), informando que o paciente [REDACTED] foi vítima de acidente automobilístico, apresentando lesão axonal difusa e múltiplas fraturas, sendo prescrito risperidona, rivotril, amitriptilina e haloperidol.
3. Às fls. 41 consta o Relatório Médico, emitido pela Dra. Fabiana Polycarpo Hidalgo (neurocirurgiã) em dezembro de 2018, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Itapemirim, informando que o paciente [REDACTED] tem história de traumatismo cranio-encefálico em 2013, com sequela cognitiva grave, impossibilitando o convívio em sociedade, em uso de diazepam, amitriptilina carbamazepina e risperidona. Relata neste laudo que o paciente foi à consulta para realização de cirurgia psicogênica, porém não é realizado tal procedimento neste serviço.
4. Às fls. 48 consta o Laudo Médico, emitido no dia 14/02/2019, pelo Dr. Rogério Santos



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

Pacheco, sendo informado que o paciente [REDACTED] foi vítima de traumatismo crânio encefálico grave, evoluindo com distúrbio do comportamento importante, autoagressão e comportamento agressivo severo, eliminações fisiológicas sem controle, lesão axonal difusa grave mais acentuada fronto-temporal bilateralmente, acompanhamento psiquiátrico frequente com uso de medicamentos sem controle das crises, indicação de tentativa de psicocirurgia comportamental buscando controle de comportamento. Necessita de sedação para transporte e acompanhamento com seguranças.

5. Às fls. 50 consta o Laudo emitido pelo Dr. Gustavo Carvalho Venturini, em papel timbrado do Hospital Dório Silva, com a data de internação em 05/06/2019, sendo informado que o paciente [REDACTED] de 28 anos, foi vítima de traumatismo crânio encefálico grave em 2013, evoluindo com lesão axonal difusa e múltiplas fraturas,- sequela neurológica grave com distúrbio importante da cognição e do comportamento (descontrole, agressividade, desorganização, delírio), sequela respiratória grave com estenose laringotraqueal complexa, dependente do uso de prótese laringotraqueal tipo tubo T de Montgomery para manutenção da via aérea e tratamento definitivo da doença - realiza troca periódica da prótese em centro cirúrgico sob sedação a cada 6 meses - grande dificuldade de realização dos cuidados básicos da prótese (manter oclusão com tampa, limpeza, curativo e aspiração quando necessário).
6. Às fls. 93 consta a Previsão orçamentária, em papel timbrado do Instituto de Neurologia de Goiânia, para cirurgia psiquiátrica de distúrbio de comportamento, com um valor total estimado de R\$ 72.050,00.

## II – ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006



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

---

– 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 CFM nº 2.057/2013**, publicada no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

RESOLVE: Art. 1º Aprovar as normas, os roteiros de vistoria, os princípios universais de proteção ao ser humano, a defesa do ato médico privativo de psiquiatras e os critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria, anexos a esta resolução. Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga as Resoluções CFM nos 1.598/00, publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2000, Seção I, p. 63, e 1.640/02, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p. 185.

**CAPÍTULO VIII - DA NEUROPSICOCIRURGIA:**

Art. 19. A neuropsicocirurgia e quaisquer tratamentos invasivos e irreversíveis para doenças mentais não devem ser realizados em pacientes que estejam involuntária ou compulsoriamente internados em estabelecimento de assistência psiquiátrica, exceto com prévia autorização judicial, obedecendo ao prerequisite de fundamentação mediante laudo médico.

§ 1º Nos demais casos, segundo os ditames da Lei nº 10.216/01 e do Código de Ética



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

---

Médica, deverão ser precedidos de consentimento esclarecido do paciente ou de seu responsável legal e aprovação pela Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina, homologada por seu plenário.

§ 2º A Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina contará em sua composição, obrigatoriamente, com a presença de conselheiro.

§ 3º Cabe à Câmara Técnica de Psiquiatria elaborar o parecer conclusivo que deverá ser apreciado pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, para só então ser autorizado o procedimento.

§4º Caso necessário, a Câmara Técnica de Psiquiatria poderá requisitar o concurso de profissionais de áreas afins à Medicina, para avaliações complementares.

Art. 20. A indicação de neuropsicocirurgia deverá ser feita pelo médico assistente e respaldada por meio de laudo, por um psiquiatra e um neurocirurgião pertencentes a serviços diversos daquele do médico que a prescreveu.

§ 1º Este laudo deve ser original, destacando em sua conclusão o diagnóstico da doença, bem como duração e refratariedade a toda a medicação disponível indicada àquele caso e a todos os tratamentos coadjuvantes aplicados sem resposta.

§ 2º Neste documento, deverá constar a indicação do melhor método cirúrgico a ser adotado, emitido pelo neurocirurgião.

§ 3º Os casos omissos ou com potenciais conflitos devem ser encaminhados ao Conselho Federal de Medicina, para avaliação e deliberação em parecer conclusivo e conjunto das câmaras técnicas de Psiquiatria e Neurocirurgia.

§ 4º A indicação de neuropsicocirurgia deverá observar os seguintes critérios:

a) Diagnóstico psiquiátrico realizado observando-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua versão atualizada (CID-10);



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

---

b) Doença mental com duração mínima de 5 anos, a não ser em casos excepcionais, referendada por junta médica formada por um psiquiatra e um neurocirurgião, designados pelo presidente do Conselho Regional de Medicina para produzir contraprovas, obedecendo ao rito previsto no art. 19 e parágrafos;

c) Refratariedade da doença ou transtorno aos tratamentos psiquiátricos, adequado àquela condição clínica.

§ 5º A câmara técnica, ao se manifestar, deverá estar convencida de que o tratamento proposto é o que melhor atende às necessidades de saúde do paciente.

§ 6º Todo este procedimento será registrado em prontuário, permanecendo, com os devidos resguardos ao sigilo, à disposição das autoridades constituídas.

#### CAPÍTULO - IX DA ELETROCONVULSOTERAPIA

Art. 21. A eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser realizada em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação, conforme o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem.

Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção. Parágrafo único. O uso da ECT em crianças (idade inferior a 16 anos) somente deve ser feito em condições excepcionais.

Art. 24. A avaliação do estado clínico geral do paciente antes da ECT é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Parágrafo único. Obriga-se o médico a observar as contraindicações formais para a aplicação da técnica.

Art. 25. A ECT só pode ser realizada com anestesia.

Art. 26. Os aparelhos de ECT devem ser máquinas modernas, registradas e certificadas pela Anvisa. Parágrafo único.



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

---

CAPÍTULO X - DA ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA

Art. 27. A estimulação magnética transcraniana é método terapêutico válido para depressões, alucinações auditivas e neuronavegação, podendo ser aplicada em consultórios isolados, ambulatoriais e hospitais, devendo, para tanto, obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.986/12.

**DA PATOLOGIA**

1. A **agressividade patológica** é um comportamento complexo conduzido pelo indivíduo contra um alvo e que resulta em dano. Constitui ato determinado que, frequentemente, resulta de doença psíquica e/ou física, podendo ser provocado por danos cerebrais grosseiros e alterações de circuitos neuro-hormonais, entre outros. É comum em pacientes com distúrbios neurológicos graves e pode ser modulada conforme a interação com o meio social em que eles vivem. Relaciona-se ao sistema límbico, em especial ao córtex orbitofrontal, ao hipotálamo e aos corpos amigdalianos.
2. Na edição do DSM-V (2014), os **transtornos psicóticos** são definidos por síndromes clínicas, e não por doenças, e são diferenciados uns dos outros por sua duração, pelo perfil do sintoma, pela relação entre os sintomas psicóticos e os episódios de humor alterado (se os sintomas psicóticos ocorrem durante ou bem depois de uma alteração de humor), ou como sintomas de outras doenças que afetam o cérebro da pessoa examinada. É importante deixar claro que “sintoma psicótico” se refere a uma manifestação de disfunção cognitiva ou de percepção, principalmente delírios e alucinações, enquanto “transtornos psicóticos” se referem a uma condição na qual os sintomas psicóticos preenchem os critérios diagnósticos específicos para uma doença. A característica principal das síndromes psicóticas é a presença de delírios, alucinações, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como falas e risos imotivados.) Não são raros sintomas paranoides, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório e, em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à



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

---

que ocorre nos quadros demenciais, no delirium ou nos quadros de retardo mental grave. O delírio é uma crença falsa, estranha, absurda, em que a convicção se apresenta inabalável e irremovível, não respondendo a argumentações racionais e lógicas. Já a alucinação é uma percepção sensorial falsa. As alucinações podem se manifestar através de qualquer um dos cinco sentidos, porém as mais frequentes são as auditivas e as visuais. As alucinações auditivas podem ser identificadas como aquelas vozes que comentam e/ou comandam as ações do paciente.

3. A **síndrome psicótica**, comumente conhecida por psicose, pode ser dividida em três grandes grupos: psicoses idiopáticas (por exemplo, as grandes síndromes psiquiátricas), psicoses devido a condições médicas diversas (por exemplo, na vigência de demências, de doenças autoimunes como o LES, secundárias a traumatismo cranioencefálico (TCE), a alterações metabólicas - como diabetes - ou hormonais - como nas doenças endócrinas), e em psicoses tóxicas (devido ao uso abusivo de substâncias, efeitos colaterais de medicações prescritas, outras intoxicações, entre outros. A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum.

## **DO TRATAMENTO**

1. Os medicamentos atualmente disponíveis para o **tratamento dos sintomas psicóticos** são em geral eficazes no controle de tais sintomas, porém sua eficácia depende de seu perfil de segurança, que varia com a farmacologia da droga e com a natureza da causa subjacente da condição psicotizante. As medicações mais antigas, ou de primeira geração, têm uma propensão para causar efeitos colaterais neurológicos extrapiramidais, enquanto os medicamentos atípicos, ou de segunda geração, são mais propensos a induzir ganho de peso ou distúrbios no metabolismo da glicose e dos lipídios. Uma exceção é a clozapina, que produz poucos efeitos extrapiramidais e tem eficácia terapêutica em pacientes com resposta parcial ou ausência de resposta a outros antipsicóticos. Entretanto, a clozapina pode estar associada com efeitos colaterais sérios, incluindo convulsões, miocardite e agranulocitose e, dessa forma, é





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

---

indicada apenas para o tratamento de sintomas psicóticos refratários. A maioria dos pacientes com transtorno psicótico são tratados com medicamentos injetáveis ou orais de curta ação, que requerem administração diária, porém formulações injetáveis e com longa ação (depot) de haloperidol, flufenazina, olanzapina, paliperidona, e aripripazol estão disponíveis e são úteis para facilitar a aderência ao tratamento, embora não haja evidência de maior efetividade clínica. Diversos medicamentos têm sido avaliados como tratamentos adjuvantes às medicações antipsicóticas, porém seus efeitos são pequenos, assim como é limitada a evidência de sua eficácia. O mesmo é verdade para combinações de drogas antipsicóticas convencionais. Quando os sintomas psicóticos se devem a condições médicas, o tratamento deve ser dirigido aos efeitos da doença de base, incluindo febre, infecções, distúrbios hidroeletrólíticos e de cálcio, e doenças endócrinas, antes de se considerar o uso de drogas antipsicóticas. Uma revisão cuidadosa das medicações do paciente, particularmente aquelas com atividade anticolinérgica, vão mostrar as causas de delírios transitórios e de comportamento psicótico, em muitos pacientes.

2. Nos casos em que a resposta não é adequada, devem ser levadas em conta as seguintes recomendações: a) Otimizar o tratamento segundo os protocolos; b) Realizar uma avaliação contínua dos efeitos secundários; c) Mudar o tratamento frente a falta de resposta. Se a resposta não é adequada às doses terapêuticas, dentro de 6-8 semanas, deve-se tentar outro antipsicótico de segunda geração; d) Avaliar outras vias de administração. Se não há uma boa aceitação da medicação antipsicótica por via oral, deve-se considerar o uso de antipsicóticos injetáveis, de longa duração; e) Avaliar as causas da falta de resposta ao tratamento. Se há uma baixa aderência, analisar os motivos, otimizar as doses e oferecer ajuda para melhorar o cumprimento. Também devem ser revisadas outras razões de mau cumprimento, como tensões familiares, abuso de substâncias, etc; f) Pode-se considerar trocar para um agente de primeira geração, quando se está usando antipsicóticos de segunda geração e surgem efeitos adversos; g) Em relação à duração do tratamento, seguir as diretrizes internacionais. A maioria considera que se deve manter a medicação antipsicótica por um a dois anos



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- após o primeiro episódio de psicose; h) World Psychiatric Association: Manter o tratamento 12 meses após alcançar a remissão completa; i) International Early Psychosis Association (IEPA): Realizar revisões periódicas durante o período crítico (cinco anos): 1 – Se a remissão clínica acontece em menos de um mês ou os sintomas são pouco graves: Retirada progressiva a partir de 12 meses desde o início; 2 – Se a remissão clínica demora mais de um mês ou os sintomas são graves: Retirada progressiva a partir de 24 meses desde seu início; 3 – Remissão incompleta/aparecimento de recaídas: Tratamento contínuo e indefinido; 4 – Para aqueles pacientes com psicose do tipo esquizofrênico que recaem rapidamente após o primeiro episódio, a medicação de ser mantida por pelo menos cinco anos; 5 – Para outros transtornos psicóticos não esquizofrênicos, até a recuperação sintomática se recomendam períodos mais curtos de medicação, sempre com monitorização e sem supressão rápida da medicação antipsicótica.
3. Com o intuito de promover melhor adaptação e melhor interação social dos pacientes que apresentam **agressividade patológica** foram desenvolvidos diversos tratamentos, sendo eles medicamentosos, psico-comportamentais e/ou cirúrgicos.
  4. Em relação à Psicocirurgia: é definida como a “implantação de eletrodos, destruição ou estimulação direta do cérebro por qualquer meio”, tendo como propósito primário “controlar, mudar ou afetar qualquer distúrbio emocional ou comportamental”. Nas revistas médicas internacionais contemporâneas, observa-se o crescente número de artigos demonstrando os benefícios da neurocirurgia funcional para o tratamento de alguns casos de transtornos psiquiátricos e que, mundialmente, esse tipo de cirurgia tem se constituído em moderna opção de tratamento para transtornos psiquiátricos graves e refratários ao tratamento farmacológico. Formalmente, a psicocirurgia está indicada para paciente com comportamento agressivo e automutilador que não responde a tratamento com medicamentos. O resultado esperado é que, após a cirurgia, haja redução significativa ou mesmo abolição da agressividade. A doença deve produzir sofrimento substancial, bem como dificultar significativamente a função psicossocial do paciente e sua duração deve, em geral, exceder cinco anos. É muito



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

importante que a refratariedade da doença aos tratamentos farmacológicos fique claramente estabelecida. Depois disso tudo, há necessidade imperiosa do consentimento do paciente e/ou sua família. No caso ora em análise, e levando em conta a extensa descrição do quadro clínico do paciente pelo seu médico neurologista e, também, o parecer de neurocirurgião e psiquiatra, recomendando a cirurgia e considerando os aspectos éticos, bioético e social, este Conselheiro Parecerista opina pela liberação do procedimento cirúrgico. No entanto, considera recomendável que esta cirurgia seja realizada em serviço diverso daquele em que o paciente é, habitualmente, atendido.

5. As neuropsicocirurgias (NPC) surgiram como tentativa de correção de transtornos neuropsiquiátricos e passaram por grande evolução ao longo do tempo. Atualmente, essa técnica cirúrgica é indicada apenas para pacientes refratários ao tratamento clínico e após o cumprimento do protocolo do CFM. Mostram-se como opção viável e com excelentes resultados em casos cuidadosamente selecionados. Desse modo, reitera-se a necessidade de mais estudos, pesquisas e divulgação deste tipo de cirurgia.

## **DO PLEITO**

1. **Tratamento cirúrgico especializado de distúrbio de comportamento - “NEUROPSICOCIRURGIA, CIRURGIA PSICOGÊNICA, PSICOCIRURGIA COMPORTAMENTAL OU CIRURGIA PSIQUIÁTRICA”; tratamento clínico com medicamentos e avaliação médica após cirúrgica e deslocamento, hospedagem e acomodação do Requerente e sua Curadora.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente [REDACTED], de 28 anos, foi vítima de traumatismo crânio encefálico grave em 2013, evoluindo com lesão



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

---

axonal difusa e múltiplas fraturas, com seqüela neurológica grave com distúrbio importante da cognição e do comportamento (descontrole, agressividade, desorganização, delírio), seqüela respiratória grave com estenose laringotraqueal complexa, dependente do uso de prótese laringotraqueal tipo tubo T de Montgomery para manutenção da via aérea (realiza troca periódica da prótese em centro cirúrgico sob sedação a cada 6 meses). Foi avaliado pelo neurocirurgião que indicou cirurgia psicogênica, visto que o mesmo está em uso de medicamentos sem controle das crises.

2. **Não foi encaminhado** para este Núcleo um documento médico informando detalhadamente sobre os tratamentos clínicos realizados e **se a mãe do Requerente consegue instituir as suas medicações antipsicóticas**, visto que foi informado na Inicial que o mesmo apresenta alterações de comportamento agressivo, recusando permanecer dentro de casa e a presença de determinadas pessoas, inclusive nos últimos tempos sua própria genitora; **Não foi anexado neste Processo um Laudo de médico do psiquiatra**, especialista em doença mental, indicando o tratamento cirúrgico pleiteado e sobre informações claras sobre o diagnóstico e tratamentos propostos (enfatizamos que foi anexado a solicitação pelo médico especialista em neurocirurgia e não pelo psiquiatra); **Não foi informado de forma clara qual o Diagnóstico Psiquiátrico** realizado observando-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua versão atualizada (**CID-10**), por exemplo: F23.1 - Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos? F23.0 - Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos?
3. Sabe-se que nos casos em que a resposta terapêutica não é adequada ao tratamento clínico, devem ser levadas em conta as seguintes recomendações: Otimizar o tratamento segundo os protocolos; Realizar uma avaliação contínua dos efeitos secundários; Mudar o tratamento frente a falta de resposta; Avaliar outras vias de administração. Se não há uma boa aceitação da medicação antipsicótica por via oral, deve-se considerar o uso de antipsicóticos injetáveis, de longa duração.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

4. Informamos também que em caso de pacientes **em surtos e com agressividade, devem ser encaminhados para atendimento hospitalar, onde serão avaliados por especialistas e definida a sua conduta.**
5. Portanto, este NAT conclui que, por todos os sintomas e situações relatadas, o Requerente se encontra em surto e com alteração psicótica em que não é possível o controle em nível ambulatorial, **tendo indicação de ser conduzido a um Hospital com leito de psiquiatria, como o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), para controle psiquiátrico.** Após controle, cabe à equipe do hospital definir se o mesmo pode ter alta para acompanhamento ambulatorial ou se necessita ser transferido para uma clínica psiquiátrica para continuidade do tratamento. Ressaltamos que após a alta o Município deve fornecer assistência regular multidisciplinar por meio de equipe multiprofissional de saúde mental, sendo esta assistência de suma importância para o paciente em tela.
6. **Em relação ao tratamento com neuropsicocirurgia,** informamos que este procedimento não é regularmente ofertado pelo SUS e, embora seja reconhecido pelo CFM, reiteramos que ainda há necessidade de mais estudos, pesquisas e divulgação deste tipo de cirurgia. Atualmente, essa técnica cirúrgica é indicada apenas para pacientes refratários ao tratamento clínico e após o cumprimento do protocolo do CFM (informado neste Documento – item II) e se mostram como opção viável e com bons resultados em casos cuidadosamente selecionados.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



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

---

**REFERÊNCIAS**

Santos R. G. Et al, Tratamento Cirúrgico da Agressividade: Relato de Caso, disponível em:  
file:///D:/SW\_Users/PJES/Pictures/Downloads/1259-Texto%20do%20artigo-2211-1-10-  
20180329%20(1).pdf

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO - Diretrizes Clínicas em Saúde  
Mental, 2018, disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes  
%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf)