



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 267/2022**

Vitória, 25 de fevereiro de 2022.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas pelo 3º Juizado Especial Criminal e Fazenda Pública de Vila Velha– ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Marcos Antônio Barbosa De Souza, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória - esquizofrenia.**

### **I – RELATÓRIO**

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o paciente de 57 anos, de é portador de Esquizofrenia (CID 10 F20) [Síndrome Psicótica]. Ocorre que o problema de saúde do Sr. [REDACTED] vem colocando a vida dele e de terceiros em perigo. Em razão de sua enfermidade e de sua recusa em tomar os medicamentos necessários, bem como fazer qualquer tipo de tratamento, a condição do paciente teve uma piora expressiva nos últimos meses, apresentado graves distúrbios de conduta, como ameaças a vizinhos e familiares, condutas hostis com as crianças da vizinhança, mania de perseguição, entre outros. Em um episódio recente o paciente saiu correndo atrás de crianças com uma faca, o que gerou enorme comoção na vizinhança, e até mesmo ameaças à vida do paciente e familiares por parte de alguns vizinhos. O Autor e seus



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

familiares tentaram de todas as formas incentivar o paciente a retornar o tratamento psiquiátrico, mas somente mencionar a palavra médico ou remédio já desencadeia condutas agressivas por parte dele. Em outro episódio recente o paciente deixou uma panela no fogão e não o desligou. Quando os vizinhos perceberam a fumaça que estava saindo da residência correram para chamar o Autor, que ao adentrar o recinto, viu seu pai no chão da cozinha deitado. Ao questioná-lo sobre a razão de não ter desligado o fogão, o paciente lhe informou que “eles” (pessoas que ele acredita estar vigiando-o) falaram para que ele não o fizesse. Ressalta ainda que o paciente possui uma moto, e frequentemente sai dirigindo sem destino certo. O paciente não se importa com o apelo e súplicas dos familiares, pondo em risco a sua vida e a de terceiros. Por tais motivos, no intuito de desejar um tratamento digno para seu pai, o Autor compareceu a diversos hospitais psiquiátricos e requereu a internação compulsória para que fosse evitado dano maior à integridade física do paciente e a de terceiros, lhe sendo negado em todos os casos. Em razão da enfermidade que acomete o paciente e da sua recusa em buscar tratamento adequado, a sua internação compulsória foi recomendada pelo relatório psiquiátrico firmado pelo Dr. Aldeniz Leite da Silva Junior, CRM/ES 12.899, conforme laudo anexo. Tal medida, segundo ele, é essencial para que o seu tratamento possa ser devidamente aplicado, já que se recusa a tomar os medicamentos e realizar internamento de forma voluntária, e, simultaneamente, serão protegidos os interesses das pessoas que com ele convivem e da sociedade. Cumpre registrar que, considerando a incapacidade do paciente em tomar medidas que objetivem a sua recuperação e de que a presente ação de internação psiquiátrica compulsória tem natureza de interdição temporária do referido senhor, o filho do paciente, ora Autor, deve intervir em situações como a que aqui se apresenta para proteger os interesses de seu genitor, em razão de dele não apresentar condições físicas e mentais de assim agir. Considerando o perigo atual causado à sociedade pelo comportamento do paciente, o temor que sua família sente em sofrer eventual agressão, ou até mesmo um terceiro possa fazer com o paciente por seus ataques aos vizinhos, e principalmente pelo necessário tratamento médico ao qual deve se submeter, evitando-se danos mais graves a sua saúde, a presente ação é o instrumento jurídico adequado para que seja determinada



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

compulsoriamente a sua internação em hospital psiquiátrico. Ainda, a presente Ação tem como finalidade a plena recuperação do paciente, com o acompanhamento e prestação dos necessários cuidados pelo Estado do Espírito Santo, no que tange a sua situação durante e após a internação, para que possa voltar ao convívio social sem riscos, de forma digna e sadia. Desta forma, verificado que o paciente se recusa a receber voluntariamente a internação, e que a internação compulsória teve seus pressupostos autorizadores preenchidos nos presentes autos, necessária à sua decretação judicial, nos moldes descritos no artigo 6º, parágrafo único, inciso III da Lei Federal nº 10.216/2001, requer judicialmente o pleito.

2. Às fls. 12250531 - pág. 1 a 4, consta laudo médico, emitido em 15/02/2012 pelo Dr. Aldeniz Leite da Silva Junior, psiquiatra, CRM ES 12899, que em visita domiciliar informa que trata-se de paciente que evoluiu bem até 2015 quando, segundo informação de familiares, iniciou mudança de comportamento com maior frequência de agressividade, hostilidade com os mais próximos, falando em tom alto e ameaçador, mantendo-se reservado e desconfiado quando se via em companhia deles. Em seguida, de forma quase simultânea, desenvolveu delírios de caráter persecutório, percebendo-se vigiado por estranhos, seguido pela rua por pessoas intimidadoras que o abordavam para machucá-lo. Também havia delírios referenciais nos quais o paciente ao perceber duas ou mais pessoas conversando interpretava como atitude suspeita direcionada a ele. Essa mesma manifestação delirante ocorria relacionada a membros da família. Outros sintomas importantes na mesma época se configuraram como alucinações auditivas de conteúdo pejorativo em relação a ele, vozes nítidas que diziam algo como "você não presta"; "é melhor você morrer, dentre outros conteúdos. A fala se comportava desorganizada na época do aparecimento da doença com incoerência no conteúdo, conversava com a TV e dizia que ela lhe fornecia instruções. O comportamento era desorganizado com risos imotivados, maneirismos, movimentos estranhos com os membros. Houve alguns episódios de impulsividade nos quais saiu correndo pela rua atrás de pessoas com objetos nas mãos que poderiam machucá-las. Iniciou tratamento psiquiátrico com Risperidona 1 mg, Carbamazepina 200 mg e Diazepam 10 mg. Ocorreu melhora clínica com cessação das manifestações delirante-



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

alucinatórias com retomo parcial ao funcionamento global. Entretanto a aderência à medicação instituída era pobre e pouco tempo depois os sintomas reapareciam, sendo levado ao Pronto-Socorro para atendimento de emergência a fim de minimizar a agitação. Em maio de 2021 abandonou o tratamento farmacológico e desde então exprime sintomas produtivos como delírios persecutórios e referenciais acreditando ser seguido e monitorado por satélite; alucinações auditivas de cunho agressivo contra ele; discurso e comportamento desorganizados, frequentemente falando tom baixo rumorejando e gesticulando a esmo; iniciativas hostis contra familiares e estranhos, recusando-se a estar na presença das pessoas mais próximas, exceto raras vezes. Expõe-se a comportamentos de risco como dirigir motocicleta de sua propriedade. Não há história de tentativa de suicídio. Antecedentes pessoais-Hanseníase há 15 anos com tratamento completado. Não há história de Hipertensão ou Diabetes Mellitus Sem outras doenças de base. Antecedentes Familiares: Há relato de dois irmãos portadores de psicose. Um sobrinho com histórico de atendimento psiquiátrico. Medicação prescrita Risperidona 1 mg Carbamazepina 200 mg. "Sem aderência atualmente. Exame Psíquico: Aparência e Atitude Paciente pouco cooperativo, recusando-se a comparecer para entrevista: apresenta-se de longe, falando em tom hostil e acusador, usando trajes simples e mal posicionados no corpo. Consciência Encontra-se desperto no momento de entrevista sendo capaz de permutar informações, embora não cooperante Orientação: Prejudicado o exame pela falta de cooperação do paciente. Atenção: Hipervigilante e Hipertenaz. Sensopercepção: Espontaneamente não apresenta alucinações. Pesquisa prejudicada pela não cooperante. Pensamento Conteúdo delirante persecutório em alguns momentos, ora hostil, direcionado ao entrevistador. Sem fuga de ideias ou descarrilamento. Linguagem: Articulada, porém repetitiva em tom hostil e ameaçador. Humor: Irritável Psicomotricidade: Inquieto, movimenta-se de um lado para outro da casa, comumente fazendo ruídos com os pés no chão, insight: Prejudicado. Não compreende a necessidade de tratamento e internação. Hipótese Diagnóstica: Síndrome Psicótica Esquizofrenia (CID 10 F20). Impressão: Paciente portador de Síndrome Psicótica (Esquizofrenia) sem aderência ao tratamento farmacológico, atualmente com sintomas produtivos. com



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

comportamentos de risco a si e aos outros, requerendo internação psiquiátrica para fornecimento de intervenções apropriadas ao caso.

### **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;



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

- 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 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.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

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:

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 –



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

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 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





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

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 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

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 • 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.



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

## **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. 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 - esquizofrenia**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente de 57 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, que segundo o laudo médico iniciou o tratamento psiquiátrico em 2015. Em maio de 2021, abandonou o tratamento farmacológico e que atualmente está em situação de risco para si e para terceiros, necessitando de internação em clínica especializada, para fornecimento das intervenções necessárias.
2. Sabe-se que conforme as referências bibliográficas, pacientes esquizofrênicos em



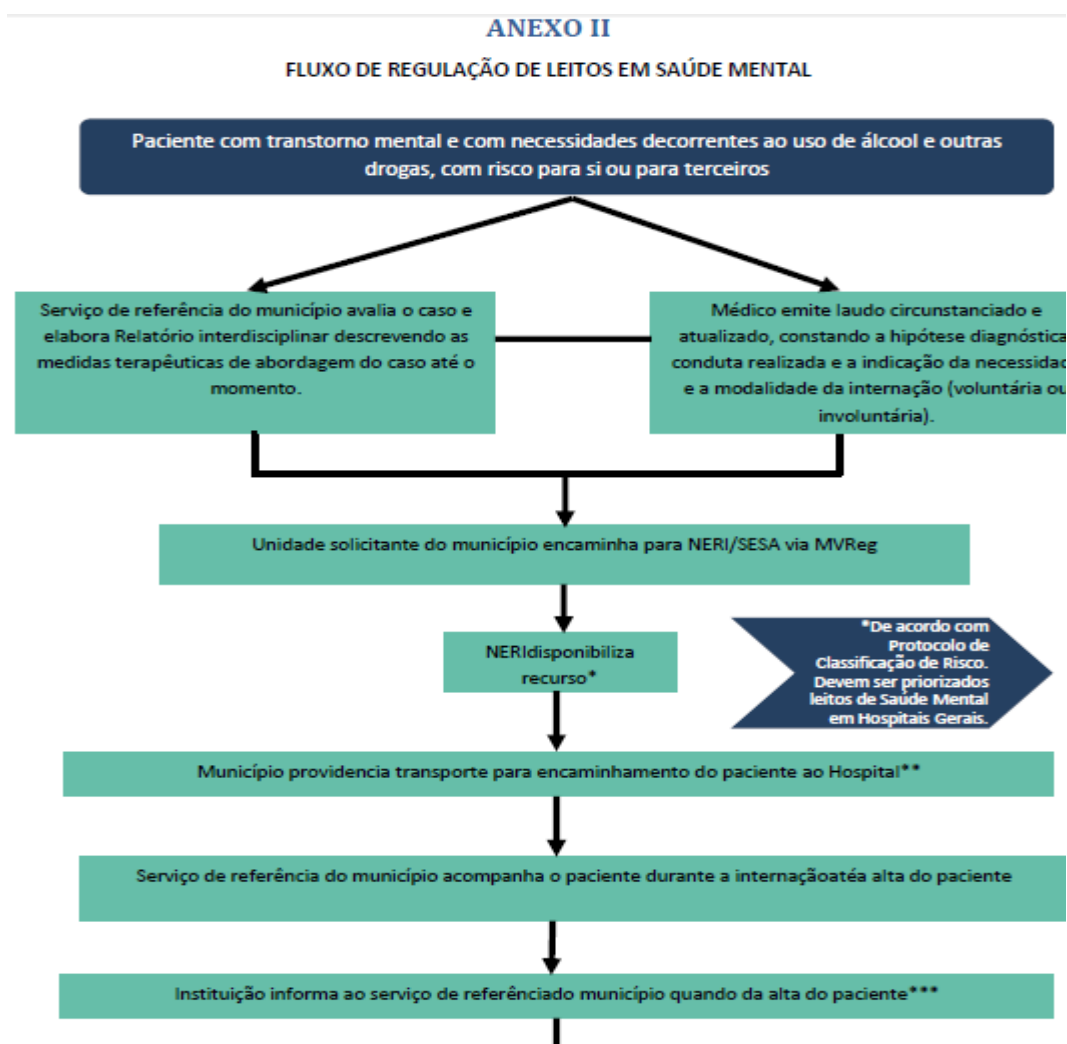
## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

surtos e com agressividade, devem ser encaminhados para atendimento hospitalar, onde serão avaliados por especialistas e definida a sua conduta. Temos relatado no laudo médico que o paciente está em crise atualmente, porém não há relato de ter sido encaminhado para atendimento hospitalar. O relato traz a informação que atualmente não tem aderência à nenhum tipo de terapêutica.

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:



\*Os pacientes portadores de comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex.: insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS, DM, etc.) devem ser regulados PREFERENCIALMENTE para leitos em Hospitais Gerais devido ao risco aumentado de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

\*\*A admissão do paciente em qualquer instituição deverá ocorrer em até 72 horas após a comunicação da disponibilização da vaga. Caso o NERI não receba a comunicação de internação do paciente pela instituição, o leito irá retornar vago ao sistema de regulação e será disponibilizado para outro paciente. As justificativas da não internação e respostas ao não atendimento, serão de responsabilidade do Município a partir da disponibilização do recurso pelo NERI.

\*\*\* Em casos de internação por determinação judicial, caso solicitado pela autoridade judiciária, cabe à instituição enviar relatórios de acompanhamento à autoridade judiciária.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

4. Não foi encontrado solicitação administrativa para a internação, bem como a negativa por parte do município/estado. **Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar a internação e a Secretaria Municipal de Saúde, a solicitação no Sistema de Regulação da SESA.**
5. Nos casos de surto o tratamento imediato seria referenciar para uma unidade hospitalar de referência em psiquiatria, como o HEAC, para que o paciente recebesse os cuidados necessários para controlar o surto e posteriormente retornar para acompanhamento ambulatorial.
6. Neste contexto, este NAT conclui que o paciente em tela tem indicação de internação para tratamento psiquiátrico, sendo que caberia ao Município requerer a vaga de internação involuntária ao Estado, ficando a solicitação compulsória para os casos da não disponibilização de vaga.
7. Em caso de internação, 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 a paciente em tela, devendo haver planejamento terapêutico e empreendimento para a aderência ao tratamento ambulatorial.
8. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





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

**REFERÊNCIA**

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)