



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 434/2022

Vitória, 30 de março de 2022.

Processo Nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cariacica – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **consulta em psiquiatria.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com o termo de reclamação, o Requerente, de 63 anos, informa que desde 2019 estava tendo acompanhamento psiquiátrico, porém houve descontinuidade. Posteriormente procurou a Unidade de Saúde e conseguiu um encaminhamento para a psiquiatria. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 12948812 (pág. 1) consta laudo médico, datado de 2019, informando que o Requerente apresenta quadro clínico de alucinações audioverbais, delírios persecutórios e alucinações. Assinado pelo médico psiquiatra, Dr. André Santos Baeta, CRM ES 11785.
3. Às fls. 12948812 (pág. 2) consta laudo ambulatorial individualizado – BPAI, sem data, encaminhando o Requerente ao psiquiatra, informando que ele apresenta quadro de psicose não orgânica e não especificada, e alucinação auditiva. Assinado pela médica, Dra. Isadora Gomes de Souza Schafascheck, CRM ES 17621.
4. Às fls. 12948812 (pág. 5 e 6) consta cópia de prontuários referente aos períodos



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

22/09/2008 a 03/04/2009, corroborando o quando clínico do Requerente descrito no item 2 e 3.

5. Às fls. 12948813 (pág. 1 a 8) consta prescrições médicas de medicamentos de controle especial, com datas de 2020 e 2022.

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 – NAT

DA PATOLOGIA

1. Historicamente, o termo psicótico tem recebido diversas definições. Em classificações diagnósticas mais antigas, a definição de psicótico era demasiado abrangente, focalizando a gravidade do prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de psicótico se resultasse em prejuízo com interferência ampla na capacidade do indivíduo de atender às exigências da vida cotidiana. Entre as classificações diagnósticas atuais a definição do termo psicótico se restringe, basicamente, à presença proeminente de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento desorganizado (incluindo catatônico), com ausência de insight do paciente para a natureza desses sintomas, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade.
2. O ciclo evolutivo do episódio psicótico é caracterizado por três fases: prodrômica, aguda e de recuperação. A fase prodrômica é caracterizada por alterações observadas ou relatadas no estado mental ou no comportamento que antecedem o início dos sintomas psicóticos francos descritos acima, como alterações inespecíficas de humor, pensamento, comportamento, percepção e funcionamento global. Para que tais sintomas prodrômicos possam ser considerados parte de um episódio psicótico, não deve ocorrer sua remissão completa, com retorno ao funcionamento pré-mórbido antes do aparecimento dos sintomas psicóticos.
3. No CID.10, os Transtornos Psicóticos são classificados como (F20-F29) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.
4. A definição atual de esquizofrenia indica uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. A esquizofrenia é de origem multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença.



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

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.

5. 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.
6. A Esquizofrenia pode ser classificada em:
 - a) Esquizofrenia paranoide
 - b) Esquizofrenia hebefrênica



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

- c) Esquizofrenia catatônica
 - d) Esquizofrenia indiferenciada
 - e) Depressão pós-esquizofrênica
 - f) Esquizofrenia residual
 - g) Esquizofrenia simples.
7. A esquizofrenia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas “negativos”, particularmente um embotamento do afeto e perda da volição.

DO TRATAMENTO

1. Os primeiros passos no manejo clínico do primeiro episódio de **psicose** são a avaliação inicial e o diagnóstico diferencial da psicose. No diagnóstico diferencial devem ser considerados os transtornos psicóticos de base orgânica, incluindo as psicoses relacionadas às condições médicas gerais e às psicoses por drogas, os quadros psicóticos afetivos (mania ou depressão psicóticas), as psicoses agudas transitórias e outros. A avaliação inicial inclui, além dos exames físico e neurológico completos, exames laboratoriais e radiológicos para excluir possíveis causas orgânicas
2. O tratamento da **Esquizofrenia** deve incluir uma abordagem de multimodalidade. A terapia envolve não apenas a medicação, mas também abordagens individuais, familiares, e educacionais. Através da interdisciplinaridade pode-se observar a eficiência da terapêutica, bem como a possibilidade de atenção integrada, e a reinserção social do paciente. Pode-se concluir que a abordagem utilizada visa



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

contribuir para a melhoria na qualidade de vida e dos processos psíquicos e sociais dos indivíduos.

3. 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 em monoterapia ou em associação, na dependência da avaliação médica do caso, sabendo-se que há efeitos colaterais, de forma que o acompanhamento deve ser periódico e por tempo indeterminado.

DO PLEITO

1. **Consulta em psiquiatria.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente, de 63 anos, com quadro de psicose e alucinação auditiva sendo encaminhado ao psiquiatra.
2. Consta nos documentos enviados ao NAT, solicitação da consulta em psiquiatria (BPAI), sem data, que comprova que a consulta foi solicitada administrativamente. No referido documento, é possível verificar a informação, escrita manualmente, de que a solicitação do pleito foi inserida no sistema de regulação MV, da Secretaria de Estado da Saúde, porém não constatamos o espelho do documento. Não há evidências de negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado). É importante informar que apenas o encaminhamento não é suficiente para que o Requerente tenha acesso à consulta pleiteada, é necessário que ele se dirija ao setor de regulação do Município e solicite o cadastramento no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, sistema que organiza e controla o fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimiza a utilização dos recursos assistenciais, visando a



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

humanização no atendimento, caso contrário o sistema não o identifica e não o coloca na fila. E cabe ao Município fazê-lo, independente se existe ou não profissional/serviço regulado.

3. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), apesar de não ser possível confirmar quando a consulta foi solicitada, mas há que considerar que o acompanhamento do paciente com transtorno mental pelo médico psiquiatra é imprescindível para o sucesso do tratamento, o que concede brevidade ao pleito.
4. Vale lembrar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, 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**”. (grifo nosso)
5. **Em conclusão**, este Núcleo entende que a consulta em psiquiatria é padronizada pelo SUS e está indicada para o caso em tela. Com os documentos enviados ao NAT, não é possível afirmar quando foi a última consulta do Requerente com médico especialista (psiquiatra). Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizá-la, com brevidade.
6. Lembrar que nos casos de surto, o tratamento imediato seria referenciar para uma unidade hospitalar de referência em psiquiatria, como o HEAC (Hospital Estadual de Atenção Clínica), para que a paciente receba os cuidados necessários para controlar o surto e posteriormente retornar para acompanhamento ambulatorial





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>

Anna Maria Nicolai Costa; Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados; *Rev. Psiq. Clín* 35 (3); 104-110, 2008; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n3/03.pdf>

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>

NETO, M.R.L. Manejo clínico do primeiro episódio. *Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. Rev Bras Psiquiatr* 2000;22 (Supl I):45-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a15v22s1.pdf>

ARAÚJO, L.M.C. et al. Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 69 (2): 138-152. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n2/10.pdf>

SILVA, L.R.F. et al. INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE: DE ESTRATÉGIA CLÍNICA A POSSÍVEL CATEGORIA DIAGNÓSTICA. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 4 p. 729-739, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00729.pdf>

SCHMIDT, D.R. et al. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicología*, V. 7, N 2. pp.27-43. Julho-Dezembro 2014. Disponível em: scielo.org.co/pdf/cesp/v7n2/v7n2a04.pdf



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

TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde*, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702016005000018.pdf>