



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

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 523/2022**

Vitória, 20 de abril de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: “**internação compulsória asilar**”

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, o Requerente foi diagnosticado com esquizofrenia em 26/06/1978, quando ficou internado por 15 dias no PSPCI (PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES, conhecido como CAPAAC). Depois disso, apenas consultas ambulatoriais e controle com medicamentos. Conforme laudo médico atual (01/09/2021) do Dr. Dalton Ghiotti de Siqueira, CRM-ES 5935 [REDACTED] apresenta quadro psíquico compatível com F20 (CID10), devendo permanecer em tratamento e forma regular, Ao final, Dr. Dalton diz que “NÃO HÁ IMPEDIMENTO PARA CONVIVÊNCIA EM AMBIENTE ASILAR”. O Requerente faz uso dos medicamentos: Akieton 2MG (biperideno 2MG), haldol 5MG (haloperidol) e ampticil 100MG (clorpromazina). A senhora Laudicéa afirmou ter acolhido seu irmão há aproximadamente 37 (vinte) anos em sua casa, com quem mora até os dias atuais. Declarou, ainda, ser aposentada pelo INSS e não possuir mais



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

---

condições físicas em razão da idade e dos problemas de saúde de continuar cuidando do Senhor [REDACTED]. Além do fato que já não possui mais saúde, completará 72 anos em dezembro. A situação familiar está conflitante. Embora a Lei 10.216 tenha priorizado a desospitalização das pessoas com doenças mentais, é fato que poucas famílias têm condições educacionais e emocionais, psicológicas de trabalhar o dia a dia dessa pessoa dentro de casa, o que resulta em situações conflitivas. O Requerente não gosta de tomar banho, possui incontinência urinária e carrega muito lixo para dentro de casa. Deste modo, procurou por diversas vezes, a Secretaria de Promoção Social. Há 2(dois) anos procurou o CRAS e até hoje a única resposta é que não há vaga disponível. O Requerente muitas vezes foi visitar a irmã Geruza no Lar de idosos, ia nas festas, tocava violão, sempre foi muito ligado a irmã e dizia gostar do local. A curadora acredita que ele só ficará bem neste lar de idosos ao lado da outra irmã, podendo até ficarem juntos no mesmo quarto. Vale acrescentar que o requerente possui um laudo médico que diz que não há impedimento para convivência em ambiente asilar. [REDACTED] possui o benefício do LOAS, NB 21/10.000.425-3, que poderá ser entregue ao LAR DOS IDOSOS ADELSON REBELLO MOREIRA para contribuir com suas despesas. Por fim, a internação asilar é um direito do Requerente como medida de justiça.

2. Às fls. Num. 9859664 - Pág. 1 e Num. 9859671 - Pág. 12 consta laudo médico, elaborado pelo psiquiatra (Dr. Dalton G. de Siqueira), no dia 01/09/2021, informando que o paciente [REDACTED] apresenta quadro psíquico compatível com F20 (CID10), em uso de Akineton 2MG (biperideno 2MG), Haldol 5MG (haloperidol) e Amplictil 100MG (clorpromazina)/noite. Ostenta boa evolução em seu quadro psiquiátrico, devendo permanecer em uso de forma regular. Não há impedimento para convivência em ambiente asilar.
3. Às fls. Num. 13399528 - Pág. 1 a 5 constam cópias de prontuário médico, informando sobre o quadro do Requerente referente a estenose de uretra, diagnosticado em 2018.



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

---

4. Às fls. Num. 9859664 - Pág. 3 a 9 consta cópia de prontuário médico, pouco legível, informando sobre o quadro do Requerente.
5. Anexado ao Processo consta uma página do relatório Multidisciplinar. Foi informado neste relatório que o senhor [REDACTED] teve Paralisia Infantil quando criança, porém deambula, se alimenta sozinho e realiza cuidados pessoais. A irmã do Requerente relatou que o idoso já havia passado por internações ... Não há continuação deste Relatório a partir dessa última informação.

## 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** como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. **EMERGÊNCIA** como 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 **Portaria MPAS/SEAS Nº 73, de 10 de maio de 2001, institui normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil e define os dispositivos para atenção à pessoa idosa**, alguns deles estão descritos a seguir,



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

---

com seus respectivos públicos-alvo.

**Residência Temporária** é um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias. **Público Alvo:** o idoso que recebeu alta hospitalar e não atende aos critérios de elegibilidade para a assistência domiciliaria.

**Centro Dia** é um programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. Pode funcionar em espaço especificamente construído para esse fim, em espaço adaptado ou como um programa de um Centro de Convivência desde que disponha de pessoal qualificado para o atendimento adequado. **Público Alvo:** Idosos com algum grau de dependência e semi-dependentes que não têm condições de permanecer no seu domicílio e necessitam de cuidados médico-sociais.

**Casa Lar** é uma alternativa de atendimento que proporciona uma melhor convivência do idoso com a comunidade, contribuindo para sua maior participação, interação e autonomia. É uma residência participativa destinado a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência. Trata-se de uma modalidade de atendimento, que vem romper com as práticas tutelares e assistencialistas, visando o fortalecimento da participação, organização e autonomia dos idosos, utilizando sempre que possível a rede de serviços local. **Público Alvo:** Idosos independentes, e/ou semi-dependentes com habilidades para a vida em grupo e integração na comunidade, afastados do convívio familiar sem condições financeiras



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

---

de arcar com o ônus integral de sua subsistência.

**Assistência Domiciliar / Atendimento Domiciliar** é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio às pessoas idosas através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, e interação com a comunidade. Pode ser de natureza permanente ou provisório, diurno e/ou noturno, para atendimento de idosos dependentes ou semi-dependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo familiar. **Público Alvo:** idosos dependentes e semi-dependentes.

**Atendimento Integral Institucional** é aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Trata-se de estabelecimento com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ancianato. Estes estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a especialização de atendimento em

Modalidade I: É a instituição destinada a idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda,



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

---

isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc. Capacidade máxima recomendada: 40 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

Modalidade II: É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. Capacidade máxima recomendada: 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 idosos e 50% para 2 idosos.

Modalidade III: É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. Capacidade máxima recomendada: 20 pessoas, com 70% de quartos para 2 idosos e 30% para 4 idosos. Público Alvo Idosos dependentes e ou independentes em estado de vulnerabilidade social, com e ou sem vínculo familiar que não dispõe de condições de permanecer em sua família ou em seu domicílio.

4. A Portaria N<sup>o</sup> 2.809, de 7 de dezembro de 2012 estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
5. A Portaria de Consolidação n<sup>o</sup> 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim resolve: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e



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

---

integrada às redes de atenção à saúde. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, com propósito de redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 535º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. Art. 536º. A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades: I – Atenção Domiciliar 1 (AD 1); II – Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e III – Atenção Domiciliar 3 (AD 3). § 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. § 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. Art. 544 Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: I – necessidade de monitorização contínua; II – necessidade de assistência contínua de enfermagem; III – necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; IV – necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou V – necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.





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

---

**DA PATOLOGIA**

1. Os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, com graus variados de autismo e de ambivalência, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo imediato da inteligência, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos.
2. É classificada de acordo com CID10: F20.0 Esquizofrenia paranoide (inclusive esquizofrenia parafrênica) Exclui: estado paranóico de involução (F22.8) e paranóia (F22.0) F20.1 Esquizofrenia hebefrênica (esquizofrenia desorganizada e hebefrenia) F20.2 Esquizofrenia catatônica (catalepsia, catatonia, estupor) F20.3 Esquizofrenia indiferenciada F20.4 Depressão pós-esquizofrênica F20.5 Esquizofrenia residual (defeito esquizofrênico [restzustand], esquizofrenia indiferenciada crônica, estado esquizofrênico residual) F20.6 Esquizofrenia simples F20.8 Outras esquizofrenias (ataque esquizofreniformes, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniformes, transtorno esquizofreniforme, sem outra especificação) Exclui: transtornos esquizofreniformes breves (F23.2).
3. Os critérios diagnósticos levam em consideração a história clínica e o exame das funções psíquicas.
4. São sintomas de maior hierarquia: a) Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento; b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante; c) Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e d) Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).





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

---

5. São sintomas de menor hierarquia: a) Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes; b) Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante; c) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor; e d) Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico). e) Alteração da qualidade global de aspectos do comportamento pessoal (perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social).

## **DO TRATAMENTO**

1. O uso contínuo de neurolépticos é um dos fatores mais proeminente, relatados na literatura, para reduzir o risco de recidiva de surtos esquizofrênicos, pelos seus efeitos tranquilizantes, deliriolíticos e antialucinatórios. Deve, portanto, ser uma prioridade no trabalho cotidiano dos psiquiatras e dos médicos que têm contato com esquizofrênicos.
2. Antipsicóticos típicos, como o haloperidol e a clorpromazina são os paradigmas desde a década de 1950, e constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O haloperidol têm efeitos terapêuticos equivalentes aos dos medicamentos mais novos e mais caros (não é nem superior nem inferior a eles). Têm alguns efeitos colaterais pronunciados, aos quais o médico pode prestar atenção e prevenir ou tratar. Entre estes ressalta-se as síndromes de liberação extrapiramidal (acatisia, discinesia e distonia), por haloperidol, capaz de resolução e de prevenção



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

---

pelo biperideno. A clorpromazina ainda é tida como um tratamento efetivo, não ameaçado pelos estudos dos novos neurolépticos. Apesar dos efeitos adversos, ela se mantém como o tratamento padrão e como a droga-controle no estudo da esquizofrenia. Ressaltam-se a hipotonia, as alterações da prolactina (com ou sem galactorréia), a sedação e as eventuais reações cutâneas. A levomepromazina, apesar de causar sonolência, também é eficaz, em alguns casos excepcionais. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones, quando administrada à noite, para esquizofrênicos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem.

3. Os neurolépticos disponíveis para tratamento de esquizofrenia no SUS são os seguintes: Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/ml ; Clorpromazina: solução injetável 25/ ampola de 5 ml (para uso em urgências e emergências); Haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/ml; Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/ ampola de 1 ml (de liberação lenta e efeito prolongado a quase um mês, para pessoas que não tomam comprimidos); Haloperidol: solução injetável de 5 mg/ml para uso em urgências e emergências; Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg; Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg; Quetiapina: comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg; Ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg; Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg (para uso excepcional).

## **DO PLEITO**

1. **“Internação compulsória asilar”**

## **III- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, o Requerente foi diagnosticado com esquizofrenia em 26/06/1978, sendo informado pelo psiquiatra em setembro de 2021 que o paciente [REDACTED]



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

---

█ apresenta quadro psíquico compatível com F20 (CID10), em uso de Akineton 2MG (biperideno 2MG), Haldol 5MG (haloperidol) e Amplictil 100MG (clorpromazina), estando em boa evolução de seu quadro psiquiátrico, devendo permanecer em uso de forma regular, sem impedimento para convivência em ambiente asilar. Foi anexado o relatório Multidisciplinar ao Processo, porém apenas uma página, não obtendo a continuação deste relatório para análise. Foi informado na Decisão Judicial que “O relatório multidisciplinar informa que o paciente é acompanhado pelo CREAS e no que se refere aos cuidados direcionados a ele, não foi observado até o momento violação de direitos e ou situação de risco”. Foi informado que o paciente em tela apresentou o diagnóstico de estenose de uretra sendo encaminhado para o urologista em 2018, porém esta informação não foi citada na Inicial do Processo e também não foi informado o tratamento e o quadro atual referente a esta enfermidade (paciente foi tratado?).

2. Assim, este NAT pode informar:

- Em relação ao transtorno psiquiátrico informado que o Requerente se encontra estável, de acordo com o laudo psiquiátrico, devendo permanecer em uso de medicações de controle especial prescritas. Informamos também que embora o tratamento da esquizofrenia exija conhecimentos específicos da área da Psiquiatria, os profissionais médicos de atenção primária também podem abordar e acompanhar os pacientes estáveis, encaminhando para o especialista conforme alteração clínica.
- Em relação ao transtorno urológico diagnosticado em 2018, este Núcleo não tem a possibilidade de se manifestar, visto que não há informações atualizadas sobre o caso, assim como não foi informado sobre o tratamento à época.

3. A Resolução RDC N° 502 de 27 de maio de 2021 dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.

- O item VI do artigo 3º dessa RDC diz: **Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): instituições governamentais ou não governamentais, de**



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

---

**caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.**

4. Desta forma este Núcleo conclui que a solicitação de disponibilização de casa de repouso para o Requerente não cabe à saúde.
5. Assim, este NAT entende que o problema que está posto é de ordem social, isto é, o Requerente necessita de cuidados de terceiros para suas atividades diárias, e o familiar responsável por ele, por ter 72 nos, alega não ter condições de dar esse suporte. Desta forma, sugerimos que seja realizada uma visita domiciliar pela equipe da Secretaria de Ação Social do Município e do Estado, que deverá apresentar um relatório social da situação, e caso se confirme que a família não possui condições de manter o cuidado do Requerente, nem por meio de cuidador, cabe ao poder público identificar uma casa de repouso para o paciente.

**REFERÊNCIAS**

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o tratamento de problemas de saúde vinculados a condições esquizofrênicas - Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015, disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9208-esquizofrenias/file>