



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO TJES/NAT Nº 1814/2019

Vitória, 04 de novembro de 2019.

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED] em
face de [REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Ibatiba-ES, requeridas pelo MM. Juiz de direito Dr. Akel de Andrade Lima, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a autora é genitora do Sr. [REDACTED], que se encontra em tratamento psiquiátrico com diagnóstico de esquizofrenia paranoide (CID10 F20.0), apresentando alucinações auditivas e delírios persecutórios, sendo recomendada a internação psiquiátrica, conforme laudo médico. A autora relata que o Sr. Joel se recusa a tomar os medicamentos e a realizar internamento de forma voluntária, por isso recorre ao poder judiciário para que seja determinada compulsoriamente a sua internação em Hospital Psiquiátrico.
2. Às fls. 39, consta Relatório Médico, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Ibatiba, datado de 30/09/2019, emitido pelo médico psiquiatra Dr. Ubirajara Oliveira Borges Gueba Lopes CRMES 13151: “Paciente [REDACTED], 45 anos, portador de Esquizofrenia Paranoide F20.0, caracterizada por alucinações auditivas, comportamento desorganizado e discurso desorganizado. No momento, morando na rua, dificuldade de autocuidado, demonstra heteroagressividade, está se alimentando no lixo. Histórico de diversas internações anteriores. Não aceita ingestão



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

dos remédios prescritos. Visto isto indico internação involuntária para salvaguardar a vida do mesmo. Obs.: medicações em anexo.” O documento não deixa claro se o paciente estava presente na consulta.

3. Às fls. 41, consta Receituário de Controle Especial, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Espera Feliz-MG, emitido pelo médico Dr. Geraldo Rocha Couzi Barbosa Viana, CRMES15513, contendo prescrição de carbamazepina 400 mg/dia e risperidona 4mg/dia, expedida pela farmácia de Minas em 04/07/2019.

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.
§ 1º – 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.
§ 2º – Define-se por *EMERGÊNCIA* a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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 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.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.
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 Paranoide é caracterizada pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. São pacientes tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer atos de violência. Pensamento desorganizado, discurso incoerente, afeto embotado, negligência com higiene pessoal e indiferença aos demais são características usuais nesta doença.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.
3. A psicoterapia e outras formas de terapia podem exercer efeito coadjuvante benéfico.
4. 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.
5. De acordo com Abdalla (2005-2006), existem vários tipos de internação na saúde mental que são:
 - 5.1. Internação voluntária: o paciente solicita voluntariamente sua internação. O psiquiatra deve colher dele uma declaração de sua opção por esse regime de tratamento. Quando da alta, se esta for a pedido do paciente, este também deve assinar uma solicitação por escrito.
 - 5.2. Internação compulsória e involuntária: o juiz determina o procedimento, mas o paciente se recusa a ser internado. Nesse caso, o psiquiatra procede à internação, não precisando comunicar a sua execução ao judiciário.
 - 5.3. Internação compulsória, mas voluntária: o juiz determina o procedimento e o



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

paciente também deseja a internação. O psiquiatra procede normalmente à internação.

5.4. Internação involuntária, mas não compulsória: o psiquiatra indica, realiza a internação e comunica ao Ministério Público em um prazo de 72 horas.

DO PLEITO

1. Internação psiquiátrica compulsória.

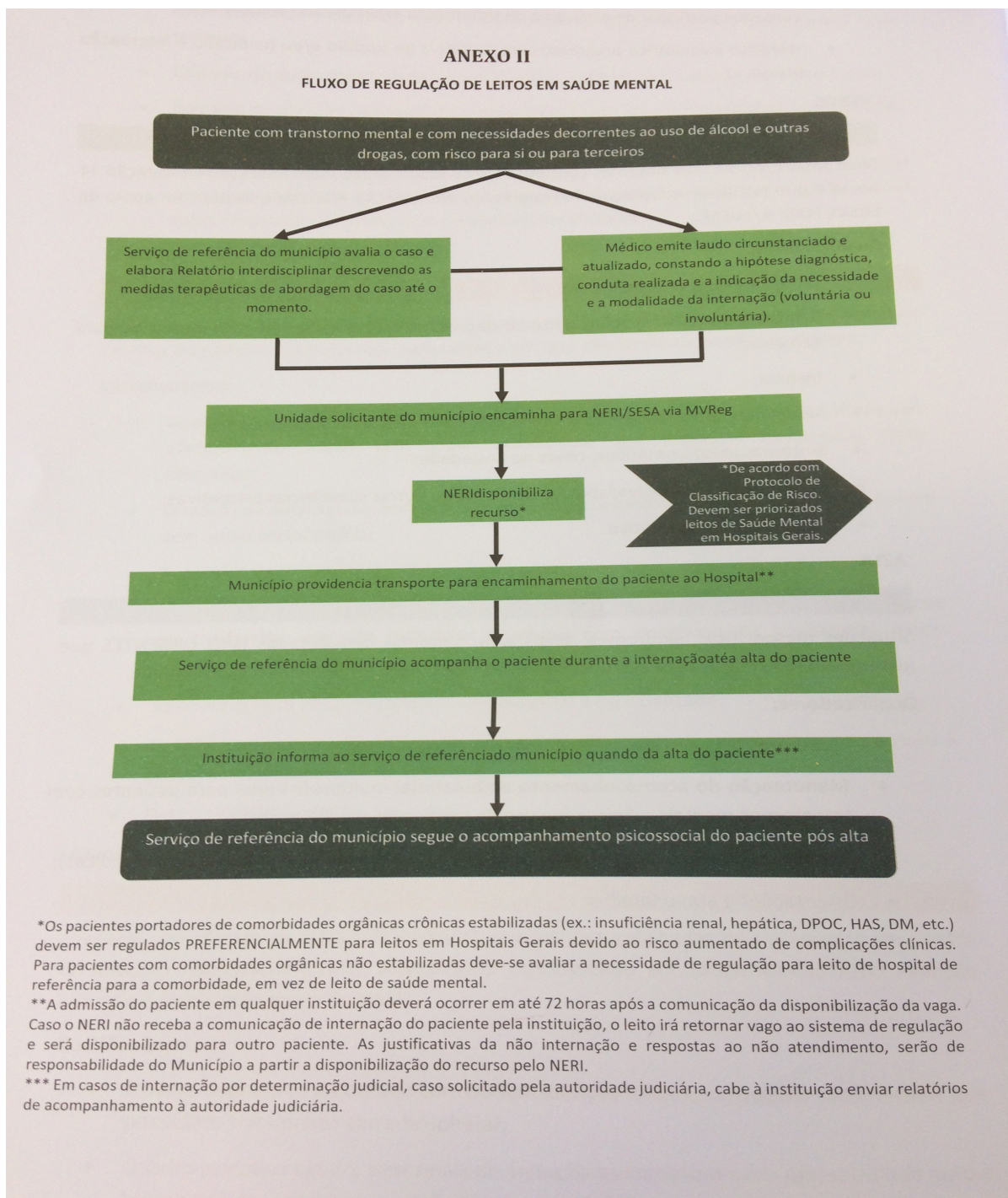
III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, o Sr. [REDACTED], de 47 anos de idade, é portador de Esquizofrenia Paranoide. Conforme laudo psiquiátrico o paciente apresenta alucinações auditivas, comportamento e discurso desorganizados, dificuldade de autocuidado, heteroagressividade. Está morando na rua, se alimentando no lixo, sendo solicitado então internação involuntária para salvaguardar sua vida.
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 a seguir:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. Este NAT conclui que de acordo com o laudo do médico psiquiatra, o paciente tem indicação de tratamento em regime hospitalar. O procedimento administrativo preconizado é a condução do paciente a um Hospital Geral, com leito de psiquiatria, para controle do surto. Após estabilização do quadro, a equipe clínica, define se o paciente pode receber alta para acompanhamento ambulatorial ou se necessita ser internado. Caso haja necessidade de internação, o hospital realiza o cadastro do paciente na Central de Regulação, para que seja disponibilizado o leito solicitado. De acordo com Protocolo de Classificação de Risco devem ser priorizados leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.
5. 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, devendo haver planejamento terapêutico e empreendimentos para a aderência ao tratamento ambulatorial.

DR^a. [REDACTED]

DR^a. [REDACTED]

DR^a. [REDACTED]



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

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 Niccolai Costa; **Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados**; Rev. Psiqu. 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>