



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1902/2019

Vitória, 18 de novembro de 2019.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Vargem Alta, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Bernardo Fajardo Lima, sobre o procedimento: **tratamento em regime de internação para esquizofrenia e dependência química.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o Autor, que é pai do Requerido Sr. [REDACTED], informa que seu filho é portador de transtorno esquizoafetivo (CID10 F25.9) e é usuário de drogas e álcool, recusando-se a realizar o tratamento médico adequado. O filho não possui condições de continuar em casa, sem tratamento, pois se encontra agressivo, desorientado, agitado e sofre delírios de perseguição. Relata que já foi internado diversas vezes em estabelecimentos hospitalares psiquiátricos para tratamento para desintoxicação, mas não obteve êxito, pois o seu filho resiste em prosseguir o devido tratamento. O requerente alega não possuir condições financeiras para custear o tratamento, razão pela qual requer, via judicial, o tratamento para seu filho em regime de internação.

2. Às fls. 20, consta laudo médico, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Vargem Alta, sem identificação do emitente, datado de 24/07/2019, relatando que o “Paciente [REDACTED] apresenta-se com interrupção do tratamento para seu quadro de transtorno esquizoafetivo, encontrando-se heteroagressivo, agitado, delírios de perseguição e desorientação temporoespacial. No momento encontra-se sem medicamentos e recusando-se a iniciar nova terapia. Necessita de internação em clínica psiquiátrica para compensação do quadro clínico. CID10 F25.9



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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: *URGÊNCIA* é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. *EMERGÊNCIA* é 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;
- 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

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**, que estabelece os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas em Saúde Mental no Estado do Espírito Santo, preconiza, 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 – 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

§ 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. Considera-se o **Transtorno Esquizoafetivo** quando os sintomas de psicose e de humor coexistem. O diagnóstico requer que existam sintomas de humor significativos (depressivos ou maníacos) por > 50% da duração total da enfermidade, simultaneamente com 2 ou mais sintomas de esquizofrenia (delírios, alucinações, desorganização da fala, comportamento catatônico ou excessivamente desorganizado e/ou sintomas negativos).
2. Os **Transtornos de Humor** são distúrbios emocionais que consistem em períodos prolongados de tristeza e/ou felicidade excessiva. Transtorno do humor é diagnosticado quando a tristeza ou a euforia é intensa e persistente e é acompanhada de quantidade determinada de outros sintomas do transtorno de humor e prejudica significativamente a capacidade de funcionamento da pessoa. Em tais casos, a tristeza intensa é chamada depressão e a euforia intensa é chamada mania. Os transtornos depressivos são caracterizados por depressão; transtornos bipolares são caracterizados por combinações variáveis de depressão e mania.
3. A **Esquizofrenia** é 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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. 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.

4. A diferenciação do transtorno esquizoafetivo da esquizofrenia e dos transtornos de humor pode exigir avaliação longitudinal dos sintomas e da progressão dos sintomas.

DO TRATAMENTO

1. No campo medicamentoso, o tratamento do transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco, usa-se antipsicótico de 2ª geração, associado ou não a lítio, carbamazepina ou valproato. Para o tratamento do tipo depressivo, inicia-se com antipsicótico de 2ª geração, e assim que os sintomas psicóticos positivos se estabilizarem, deve-se introduzir um antidepressivo. Os Inibidores de Recaptação da Serotonina (ISRS) são os preferidos pelo seu perfil de segurança.

2. Como o transtorno esquizoafetivo se associa, muitas vezes, à incapacitação de longo prazo, com frequência é necessário tratamento abrangente incluindo fármacos, psicoterapia e apoio comunitário.

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.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente portador de Transtornos Esquizoafetivo que interrompeu o tratamento, encontrando-se agressivo, agitado, delirante e desorientado, recusando-se a iniciar nova terapia.

2. **Pacientes como o supracitado em surtos e com agressividade, que não**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

conseguem obter o controle com o atendimento ambulatorial devem ser encaminhados para atendimento hospitalar.

3. Assim, este Núcleo sugere que a Secretaria Municipal de Saúde de Vargem Alta providencie o encaminhamento do paciente para internação involuntária para controle do quadro agudo. O Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, situado em Cariacica, é o hospital de referência para urgência psiquiátrica.. Cabe ao Hospital, após estabilização do quadro, definir se o paciente pode receber alta para acompanhamento ambulatorial ou se necessita ser transferido para uma clínica psiquiátrica para dar continuidade ao tratamento até que possa ter condições de tratamento ambulatorial.

4. Hoje temos na moderna política de saúde mental antimanicomial, a qual é seguida por este NAT, que a internação do paciente é excepcional, com a menor duração possível, determinada pela equipe médica até a estabilização e adequada impregnação medicamentosa. Após a alta hospitalar, o tratamento é continuado em nível ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com as Equipes de Saúde Mental ou outro programa municipal multidisciplinar. A família é parte inalienável do processo de tratamento externo, devendo ser orientada a acompanhar o caso.

5. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Dr^a [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Dr^a [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

DR^a. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]