



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO TJES/NAT Nº 1865/2019

Vitória, 12 de novembro de 2019.

Processo Nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

em face de [REDACTED]

[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Santa Teresa -ES, requeridas pelo MM. Juiz de direito Dr. Alcemir dos Santos Pimentel, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória**.

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o autor é genitor do Sr. [REDACTED], que apresenta diagnóstico de Esquizofrenia e Transtorno Obsessivo Compulsivo, CID10 F20 e F42 respectivamente, caracterizado por delírios autorreferentes, persecutórios, agressividade física e verbal, pensamentos obsessivos com temática de contaminação. Está fazendo acompanhamento psiquiátrico em nível ambulatorial, porém não tem aceitado fazer o tratamento. O Requerente já buscou ajuda, no âmbito do sistema de saúde pública, todavia não há disponibilidade de vaga para internação. Diante da recusa do paciente ao tratamento, do agravamento de seu comportamento violento e, que resultam em situações imprevisíveis e incontroláveis, o autor recorre ao poder judiciário para que seja determinada compulsoriamente a internação de seu filho em regime fechado em clínica de recuperação psiquiátrica.

2. Às fls. 34, consta Relatório Médico, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Teresa, do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, datado de 17/10/2019,



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

emitido pelo médico Dr. José Carlos da Silva, CRMES3136, em nome do paciente [REDACTED]

[REDACTED] No documento consta encaminhamento para internação psiquiátrica: “O paciente [REDACTED] que apresenta quadro psiquiátrico caracterizado por delírios autorreferentes, persecutórios, agressividade física e verbal, pensamentos obsessivos com temática de contaminação. Paciente não adere ao tratamento ambulatorial e vem apresentando exacerbação dos sintomas relatados acima com consequente risco para si e para terceiros. HD: F20? (esquizofrenia?), F42 (transtorno obsessivo-compulsivo).”

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 portanto, tratamento médico imediato.

3. **A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**, afirma que são direitos da pessoa portadora



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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:

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DA PATOLOGIA

1. O **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)** é caracterizado pela presença de obsessões e/ou de compulsões. As obsessões podem ser definidas como eventos mentais, tais como pensamentos, ideias, impulsos e imagens, vivenciados como intrusivos e incômodos. As compulsões são definidas como comportamentos repetitivos, realizados para diminuir o incômodo ou a ansiedade causados pelas obsessões ou para evitar que uma situação temida venha a ocorrer. Não existem limites para a variedade possível das obsessões e das compulsões.
2. Para o diagnóstico do TOC é necessário que as obsessões e/ou as compulsões causem limitação, sofrimento ou incômodo ao paciente ou a seus familiares. O diagnóstico do TOC é clínico, não existindo nenhum exame laboratorial ou radiológico patognomônico da doença.
3. 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.
4. 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 catatonía é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

involuntariedade. Os fenômenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, automatismo, maneirismos, estereotipias, 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.

5. A Esquizofrenia pode ser classificada em: • Esquizofrenia paranoide • Esquizofrenia hebefrênica • Esquizofrenia catatônica • Esquizofrenia indiferenciada • Depressão pós-esquizofrênica • Esquizofrenia residual • Esquizofrenia simples.
6. 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.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento medicamentoso do **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)** é feito usualmente com medicamentos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) ou a clomipramina que é um tipo de antidepressivo tricíclico. Pode-se associar antipsicóticos. A Terapia de Exposição e de Prevenção de Rituais (EPR) e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) costumam ser eficazes no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. Muitos especialistas supõem que uma associação entre psicoterapia e a farmacoterapia seja o melhor tratamento.
2. Alguns pacientes não respondem a clomipramina ou ISRS, mesmo com o acréscimo de agentes antipsicóticos como potencializadores e associação de tratamento psicoterápico. Uma



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

das razões mais comuns para o tratamento não funcionar é a presença de comorbidades. Pacientes com uma ou mais comorbidades piora o prognóstico, exigindo intervenções psicoterápicas e farmacológicas complexas.

3. Pациентes com TOC com sintomas muito graves e incapacitantes infelizmente são comuns, constituindo um quadro tão ou mais grave que a esquizofrenia. As alternativas de abordagem desses pacientes, com algumas evidências de eficácia são: 1) terapia intensiva assistida a nível domiciliar associada à farmacoterapia; 2) terapia intensiva assistida a nível hospitalar associada à farmacoterapia; 3) A DBS (Deep Brain Stimulation), estimulação cerebral profunda e 4) neurocirurgia convencional ou neurocirurgia através da faca de raios gama.
4. Quando o paciente apresenta sintomas graves e incapacitantes, uma das primeiras opções é a terapia intensiva ambulatorial e domiciliar utilizando TCC associada a medicamentos antiobsessivos. A internação em uma unidade psiquiátrica (idealmente em hospital geral) pode ser uma opção em pacientes com sintomas graves, que apresentem risco para si ou para os outros, risco de exposição moral ou incapacidade para terem autocuidados. A internação tem por objetivos revisar o esquema medicamentoso em uso e possibilitar a terapia de EPR de forma intensiva assistida pelo terapeuta e pela equipe médica.
5. 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.
6. 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.
7. A internação psiquiátrica voluntária ou involuntária somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

8. De acordo com Abdalla (2005-2006), existem vários tipos de internação na saúde mental que são:

- 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.
- 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.
- Internação compulsória, mas voluntária: o juiz determina o procedimento e o paciente também deseja a internação. O psiquiatra procede normalmente à internação.
- 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] apresenta hipóteses diagnósticas de Esquizofrenia e Transtorno Obsessivo Compulsivo, CID10 F20 e F42, respectivamente, com delírios autorreferentes, persecutórios, agressividade física e verbal, pensamentos obsessivos com temática de contaminação, com indicação de internação psiquiátrica, conforme relato do médico assistente.

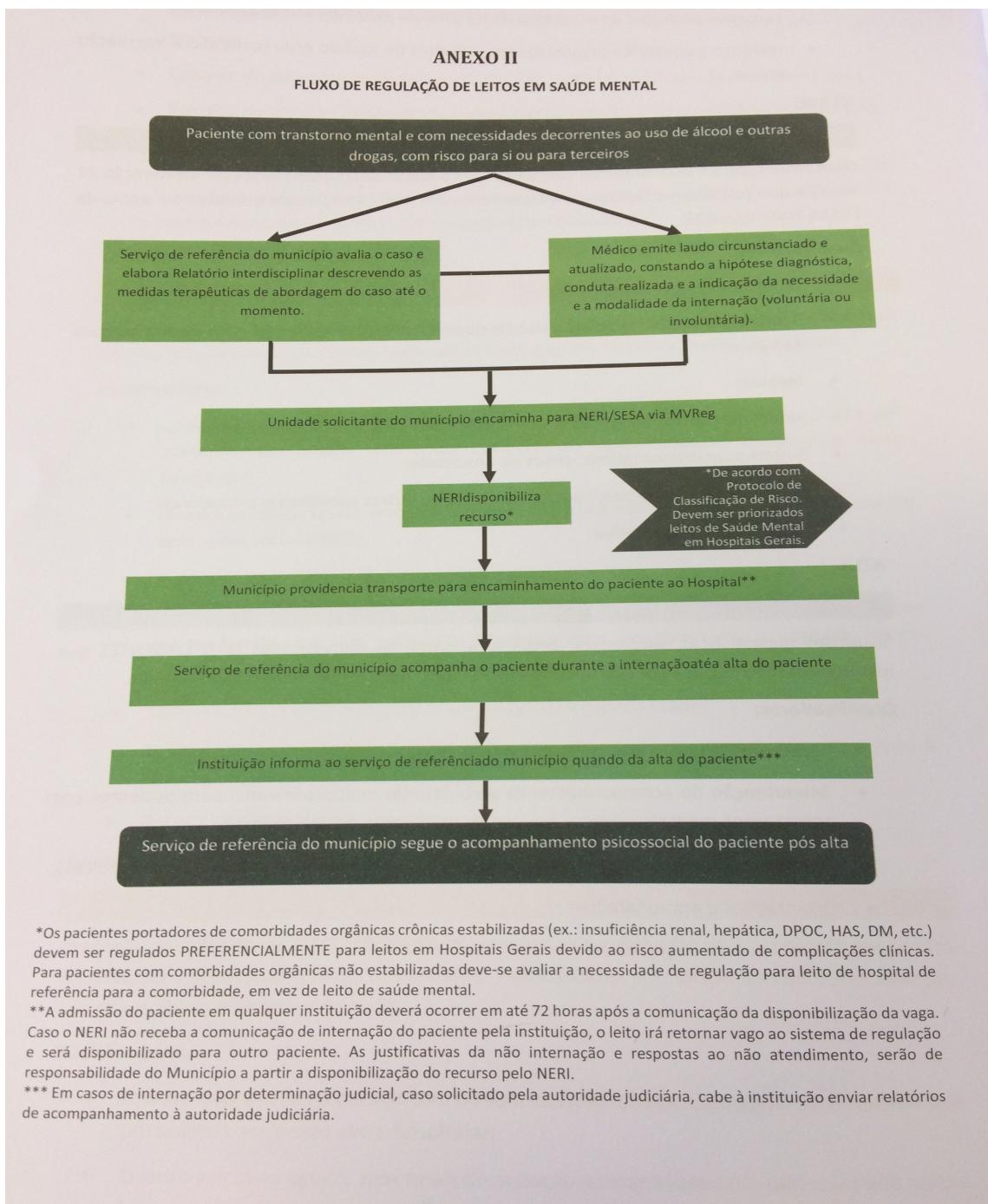
2. De acordo com as referências bibliográficas, pacientes em surtos e com agressividade,



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

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 abaixo:





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

4. Não constam nos documentos encaminhados laudo interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento.
5. Não constam nos documentos encaminhados evidência de cadastro do paciente via MVReg ou solicitação da internação à Secretaria de Estado da Saúde. De acordo com o **fluxo estadual** para internação em saúde mental, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, o Serviço de Referência do Município, após avaliação e emissão de relatório interdisciplinar e do Laudo Médico com a indicação da necessidade e da modalidade da internação (voluntária ou involuntária), deve encaminhar para o NERI/SESA, via MVReg, a solicitação para que a SESA disponibilize o recurso.
6. Este Núcleo conclui que de acordo com o laudo médico **há indicação para internação psiquiátrica involuntária**. Entretanto, é importante que Unidade solicitante do Município encaminhe para o NERI/SESA, via MVReg, a referida solicitação de internação, acompanhada dos documentos necessários, para que seja providenciada a internação.
7. 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.

DR^a.

DR^a.



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>
- Brazilian Journal of Psychiatry – Transtorno obsessivo-compulsivo Rev. Bras. Psiquiatr. Vol.22 s.2. São Paulo. Dec.2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600005&script=sci_arttext&tlang=pt
- SOUSA. M.B. TOC, Artmed, 2014. Disponível em: http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Quando%20o%20tratamento%20não%20funciona.pdf