



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO TJES/NAT Nº 2125/2019

Vitória, 17 de dezembro de 2019.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 1ª Vara de Família, Órfãos e Sucessões de Aracruz -ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Luiz Massariol, sobre o procedimento: **Internação psiquiátrica compulsória.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a autora é genitora do Sr. [REDACTED], de 27 anos de idade, que apresenta diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (CID10 F20.0), caracterizado por delírios persecutórios, alucinações, agressividade física e verbal. Não tem aceitado fazer tratamento psiquiátrico em nível ambulatorial. Conforme laudo da psiquiatra, Dr.^a Thais Pereira Martins, CRM/ES 13250, o tratamento deverá ser feito por meio de internação, uma vez que o requerido não estabelece crítica e condições mentais suficientes para conter sua agressividade. Diante do exposto, recorre ao poder judiciário para que seja determinada compulsoriamente a internação de seu filho em clínica especializada.
2. Às fls. 15, consta Laudo Médico, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

de Aracruz, do Programa Saúde Mental, datado de 02/09/2019, emitido pela médica Dr.^a Emanuella Pretti, CRMES 15491, em nome do paciente [REDACTED] “Genitora [REDACTED] compareceu ao CAPS solicitando auxílio para internação do paciente acima, refere que o paciente se nega a fazer uso correto das medicações, apresentando agressividade, alucinações e delírios. Relata também que o paciente ameaça os familiares de morte. Declaro que o paciente acima não faz tratamento regular no CAPS II/ Programa Saúde Mental de Aracruz-ES desde Janeiro de 2019, mostrando resistência ao tratamento. Há prejuízo nas suas relações interpessoais, convívio familiar. Solicito, com urgência, internação compulsória, devido risco para si. CID 10: F200”. Não está claro se o paciente estava presente à consulta.

3. Às fls. 17-23, consta Laudo Médico Psiquiátrico — Forense nº 302/2019, da Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, da Secretaria de Estado da Justiça, datado de 12/09/2019, emitido pela médica perita psiquiatra, Dr.^a Thais Pereira Martins, CRM/ES 13250, relatando que o “periciando [REDACTED] evidenciou, ao exame pericial, sintomatologia condizente com Esquizofrenia Paranóide bem como história coerente e compatível com o curso dessa doença. (...) No caso em tela, o periciado tem história de sete internações psiquiátricas prévias e de total ausência de adesão ao tratamento ambulatorial. Sua relação com a família e com o mundo é permeada por vivências delirantes. (...) Em conclusão: o periciando [REDACTED] evidencia, em seu exame de insanidade mental, quadro compatível com doença mental, nos termos da Lei. ”
4. Às fls. 28, consta Termo de Atendimento do Ministério Público do Espírito Santo, datado de 20/11/2015, com informações semelhantes ao quadro atual.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- 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: 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. 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 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.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

DA PATOLOGIA

1. A definição 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

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 Paranóide é caracterizada pela perda de contato com a realidade, pela presença de delírios (caracterizados por crenças irremovíveis à argumentação lógica – improváveis ou bizarras), frequentemente persecutórios / autorreferentes e pela



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

presença de alterações de sensopercepção, sendo mais frequentes as alucinações, em geral auditivas, mas que podem acometer outros sentidos. Pode haver desorganização de pensamento e do comportamento desde o fim da adolescência e início da idade adulta, época habitual de aparecimento da doença. Também podem estar presentes discurso incoerente, afeto embotado, negligência com higiene pessoal e indiferença aos demais além de um significativo aumento da impulsividade e da agressividade. Geralmente são pacientes tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer atos de violência.

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. A psicoterapia e outras formas de terapia podem exercer efeito coadjuvante benéfico.
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.**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com 27 anos de idade, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, CID10 F20.0 de acordo com Laudo Médico Psiquiátrico – Forense nº 302/2019, da Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, da Secretaria de Estado da Justiça, datado de 12/09/2019, emitido pela médica perita psiquiatra, Dr.^a Thais Pereira Martins, CRM/ES 13250.
2. No referido laudo consta que o periciando apresenta história de sete internações psiquiátricas prévias e de total ausência de adesão ao tratamento ambulatorial, inteiramente capaz de entender e inteiramente incapaz de autodeterminar-se em relação aos atos praticados. Naquele momento, apresentando delírios persecutórios, agressividade física e verbal. Oferecendo periculosidade social alta, sem condições de tratamento ambulatorial, com indicação de internação em unidade de custódia.
3. Este Núcleo conclui que de acordo com o laudo pericial **há indicação para internação psiquiátrica involuntária em unidade de custódia.**
4. 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>

SOUSA. M.B. TOC, *Artmed*, 2014. Disponível em: http://www.ufrgs.br/toc/images/profissional/material_didatico/Quando%20o%20tratamento%20nao%20funciona.pdf