



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

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1.180/2019

Vitória, 31 de julho de 2019

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas da 1ª Vara da Infância e Juventude Cariacica - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito, Dra. Morgana Dário Emerick, sobre o procedimento: **Psicólogo**.

## **I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Petição Inicial, o Requerente de 15 anos apresenta dificuldades de aprendizado, e por vezes, se mostra agressivo. Informa que o Requerente apresenta inteligência extremamente baixa, com grave comprometimento das habilidades linguísticas. Foi recomendado pela neuropsicóloga avaliação neurológica, intervenção fonoaudiológica e neuropsicológica. A genitora procurou a APAE (Associação de Pais e amigos dos Excepcionais) do Município para iniciar o tratamento do Requerente. Após avaliação multidisciplinar, a entidade filantrópica opinou que o Requerente não seria elegível para atendimento no local, em razão do quadro psiquiátrico. E o encaminhou para atendimento e acompanhamento com Psiquiatra, Psicólogo, Psicopedagogo e Reforço Escolar, pela rede municipal de saúde. O Município informou que foi iniciado atendimento como fonoaudióloga, mas não dispõe de psicólogos e nem de uma equipe multidisciplinar apta a atendê-lo. A Genitora informou que o Requerente já estava sendo atendido por psiquiatra e neuropediatra. Contudo, foi reiterada a necessidade de



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

---

Iniciar o tratamento com psicólogo, apresentando encaminhamento do psiquiatra que o acompanha. Atualmente, o Requerente está diagnosticado de Transtorno Opositor Desafiador e Deficiência Intelectual Moderada, apresentando comportamento agressivo diante de frustrações, não respeita regras e figuras de autoridade. Não sabe manusear dinheiro nem identificar horas. Até o momento não houve por parte do Poder Público, ações efetivas e resolutivas para promover a realização do acompanhamento e tratamento, principalmente na especialidade de psicologia.

2. Às fls. 12 consta laudo psicológico, datado de 10/08/2005, concluindo que “Os dados aferidos indicam que Requerente possui nível cognitivo extremamente baixo. Deve-se ressaltar que tal resultado indica um estado de funcionamento e não uma condição imutável. Observa-se maior destaque em atividades que envolvem a percepção visual e a utilização de memória operacional de curto prazo. No entanto demonstra dificuldade em armazenar essa memória, assim como em processá-la e resgatá-la em forma de conhecimentos. Denota dificuldade na manutenção do foco atencional e no controle inibitório, que associado a escores baixos na organização perceptual podem prejudicar ainda mais sua capacidade de interpretação e seriação de fatos, facilitando eventuais erros de percepções e distorções. Observa-se ainda um grave comprometimento das habilidades linguísticas, podendo ser resultante de uma baixa compreensão verbal. Recomenda-se avaliação neurológica, intervenção fonoaudiológica e neuropsicológica para superação das dificuldades intelectuais apresentadas. Sugere-se uma nova avaliação em um período de um ano, assinada pela psicóloga, Mônica Cola Carielo Brotas Correa, CRP 448.
3. Às fls. 08 consta laudo médico, datado de 09/01/2018, informando que o Requerente está em acompanhamento com diagnóstico de deficit intelectual. Necessita de aulas de reforço no contra turno e acompanhamento psicológico, assinado pela médica pediátrica, Dra. Karenina Ximenes Rodrigues Goldberg, CRMES 12.310.
4. Às fls. 24 e 25 consta resposta da APAE ao Ministério Público do Espírito Santo, datado de 23/06/2018, informando que em 2016 o Requerente foi atendido pela equipe



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

---

multidisciplinar da APAE. A equipe avaliou o Requerente, ouviram a mãe e analisaram os laudos médicos que falavam de agressividade, nervosismo, surtos psicóticos e TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade). A equipe multidisciplinar decidiu que deveria o teste neuropsicológico para fechar o diagnóstico. Diante do laudo neuropsicológico que o diagnosticou com quadro psiquiátrico, a equipe da APAE, o considerou não elegível para atendimento na instituição.

## 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. Parágrafo Primeiro - 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. Parágrafo Segundo - 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.



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

---

## DA PATOLOGIA

1. Conforme podemos inferir no laudo médico (fls. 18) o Requerente apresenta CID 10 F71 (Retardo mental moderado) e F90.0 (transtorno hipercinético).
  2. O **retardo mental (RM)** é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes. A taxa de prevalência tradicionalmente citada é de 1% da população jovem<sup>1</sup>, porém alguns autores mencionam taxas de 2 a 3%, e há estimativas de até 10%. Há um consenso de que o RM é mais comum no sexo masculino, um achado atribuído às numerosas mutações dos genes encontrados no cromossomo X. A razão entre os sexos masculino e feminino é de 1,3 a 1,9 para 13. As crianças acometidas muitas vezes se apresentam ao pediatra geral com queixa de atraso na fala/linguagem, alteração do comportamento, ou baixo rendimento escolar.
  3. O diagnóstico de RM é definido com base em três critérios: início do quadro clínico antes de 18 anos de idade; função intelectual significativamente abaixo da média, demonstrada por um quociente de inteligência (QI) igual ou menor que 70; e deficiência nas habilidades adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidados, habilidades sociais/interpessoais, auto-orientação, rendimento escolar, trabalho, lazer, saúde e segurança.
1. Os **transtornos hipercinéticos**, ditos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), constituem um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias.
  2. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a



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

---

acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

3. O diagnóstico é clínico, feito pela anamnese e pelo exame das funções psíquicas. Não há exames laboratoriais, de imagens cerebrais ou testes psicológicos que possam definir se uma pessoa se enquadra ou não nos critérios da CID-10 ou do DSM-5 para os transtornos hipercinéticos e de atenção. Existem dois principais conjuntos de critérios diagnósticos de uso corrente para os transtornos infantis hipercinéticos, com hipoprosexia 1 ou com pseudoprosexia: um com base na 10<sup>a</sup> revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, e outro nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Psiquiátrica Norte-Americana. O ideal, neste tipo de quadro, é trabalhar com as duas classificações, simultaneamente.
4. De modo simplificado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do DSM é composto por três características básicas: a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. O transtorno inclui, pois, três subtipos:
  - a) um subtipo combinado em que todos os três sinais indispensáveis ao diagnóstico estão presentes (hiperatividade, desatenção e impulsividade);
  - b) um subtipo com predominância de desatenção, com pouca hiperatividade ou impulsividade;
  - c) um subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo no qual a hiperatividade e a



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

---

impulsividade existem, mas não a desatenção.

## **DO TRATAMENTO**

1. **Retardo Mental:** A grande maioria das causas de **retardo mental** não tem cura disponível, porém a definição da causa frequentemente ajuda a família a compreender o prognóstico e a estimar o risco de recorrência. A este respeito, um diagnóstico preciso é inestimável para o aconselhamento genético do paciente e da sua família, pois às vezes é possível antecipar futuros problemas médicos. Por exemplo, 21% das mulheres portadoras da pré-mutação da síndrome do X-frágil apresentarão insuficiência ovariana prematura. O fato de uma determinada etiologia do RM não ter cura não impede o pediatra de fazer um grande trabalho, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida das crianças acometidas, indicando programas de estimulação precoce, tratando os distúrbios associados e atuando como defensor dos direitos dos pacientes na comunidade. Por exemplo, quando o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade está associado ao RM, o uso de metilfenidato pode melhorar a atenção e o comportamento das crianças, embora não melhore o aprendizado.
2. Outro distúrbio comumente associado ao RM é a epilepsia, e aqui se deve dar atenção especial aos efeitos adversos cognitivos e comportamentais em potencial na escolha das drogas antiepiléticas. O pediatra também deve ter em mente que as crianças e os adolescentes com RM constituem um grupo de alto risco para maus-tratos infantis.
3. **Transtornos hipercinéticos:** Os medicamentos de primeira escolha para os transtornos hipercinéticos são os estimulantes do sistema nervoso central. Paradoxalmente eles estimulam áreas depressoras, melhorando o comportamento. O tratamento clássico, desde os anos de 1960, é feito com tricíclicos, como a imipramina, a nortriptilina, a clomipramina, a desipramina e a amitriptilina. Mais de 155 estudos entre 1986 e 1996 apontam a eficácia de estimulantes no TDAH, dos quais 25 referem-se detalhadamente aos psicoanalépticos tricíclicos, em especial à imipramina. A maioria dos estudos restringe-se a crianças em idade escolar.



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

---

4. A bupropiona, um inibidor da recaptação da dopamina e da noradrenalina, tem também bons efeitos. A clonidina demonstrou, da mesma forma, efeitos positivos. É prudente, no uso de imipramina, fazer um eletrocardiograma no início e outro seis meses depois. A imipramina pode ser prescrita em dosagem diária, inicial, para crianças com idade entre 7-8 anos: 2-3 drágeas de 10 mg. Para crianças entre 9-12 anos: 1-2 drágeas de 25 mg. Em crianças com mais de 12 anos de idade: 1-3 drágeas de 25 mg.
5. Casos que não respondem bem a estas medicações devem ser reavaliadas por médico com experiência em psiquiatria da infância e da juventude (preferentemente por psiquiatra com registro de especialista nesta área de atuação). O metilfenidato pode ser uma boa indicação para tais casos.

## **DO PLEITO**

1. **Psicólogo:** A psicologia é a ciência que estuda o comportamento e os processos mentais dos indivíduos (psiquismo). O acompanhamento com psicólogo se dá na rede básica de atenção à saúde, sendo do Município a responsabilidade por disponibilizar o tratamento.

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, o Requerente de 15 anos é portador de deficit intelectual e necessita de acompanhamento com psicólogo.
2. Não consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia para acompanhamento com psicólogo junto ao Município de Cariacica, nem documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado).



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

---

3. Não resta dúvida que o tratamento do paciente deva ser multidisciplinar. Um ponto de consenso na literatura é a importância da identificação e intervenção precoce e seu relacionamento com o desenvolvimento subsequente. E a necessidade de focar-se em toda a família e não somente no indivíduo, é outra questão a ser refletida.
4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Regional de Medicina).
5. Vale ressaltar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente **por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**”.

6. Em conclusão, este NAT entende que o acompanhamento com psicólogo é padronizado pelo SUS e está indicado para o caso em tela. A responsabilidade pela disponibilização é do Município, que deverá disponibilizá-la em prazo que respeite o princípio da razoabilidade.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

---

**REFERÊNCIAS**

VASCONCELOS, Márcio M.. Retardo mental. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 71-82, Apr. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300010>.

Sistema Único de Saúde, Estado de Santa Catarina, 2015. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, para o acolhimento, o tratamento e o encaminhamento intersetorial de crianças e adolescentes com transtornos hipercinéticos. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9188-transtornos-hipercineticos/file>