



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 277/2021

Vitória, 09 de março de 2021.

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
representado por [REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da Vara da Infância e Juventude de Cariacica requeridas pelo MM. Juíza de Direito Dra. Morgana Dario Emerick, sobre os procedimentos: **Consulta com neuropediatra e oftalmologia.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com as informações contidas na Inicial, o Requerente, possui hipótese diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Aprendizado, apresentando ainda dificuldade visual, com necessidade de consultas com neuropediatra e oftalmologista para tratamento adequado. A consulta foi solicitada via administrativa e obteve a informação que para consulta em oftalmologia, há 8.968 usuários na fila sendo (possivelmente) disponibilizado por mês um quantitativo de 41 unidades do procedimento para que seja organizada a demanda espontânea. No caso da solicitação de consulta em neurologia pediátrica, encontra-se 11.540 usuários na mesma fila sendo (possivelmente) disponibilizado por mês um quantitativo de 37 unidades do procedimento para que seja organizada a demanda espontânea. Isto posto, não houve alternativa senão a judicialização da presente demanda.



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

2. Às fls. não numeradas, solicitação de consulta em oftalmologia, parcialmente legível, para avaliar dificuldade visual e transtorno do aprendizado.
3. Às fls. 14, solicitação de procedimento, consulta com neurologista infantil, tendo como hipótese diagnóstica déficit de atenção, interrogando TDAH, e transtorno do aprendizado.
4. Às fls. 15, ofício da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo a Secretaria Estadual de Saúde, requerendo prioridade de atendimento de consulta em neuropediatria e oftalmologia.
5. Às fls. 16, espelho de e-mail de resposta da Secretaria Estadual de Saúde, à Defensoria Pública, relatando que a solicitação do procedimento pleiteado encontra-se pendente na Central Reguladora do Estado – CRE Metropolitano e que toda e qualquer agenda de procedimento ambulatorial deve se dar no ambiente do SISREG, sendo orientado para que o usuário procure o serviço e seja habilitado – mesmo que na lista de espera – para o exame/consulta, processo balizado pelo sistema em questão. Relata ainda que da solicitação em consulta em oftalmologia verificou-se que à época (9 de fevereiro), se encontra entre 8.968 usuários na mesma fila sendo (possivelmente) disponibilizado por mês um quantitativo de 41 unidades do procedimento para que seja organizada a demanda espontânea. No caso da solicitação de consulta em neurologia pediátrica sabe-se que em 9 de fevereiro, 09h01, se encontra entre 11.540 usuários na mesma fila sendo (possivelmente) disponibilizado por mês um quantitativo de 37 unidades do procedimento para que seja organizada, demanda espontânea.
6. Às fls. 17, ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica à Defensoria Pública do Estado, em 10/02/2021, relatando que conforme busca realizada no Sistema de Nacional de Regulação (SISREGIII), as consultas com Neuropediatra e Oftalmologista encontram-se pendentes, aguardando liberação do Médico Regulador Estadual e esclarece que os serviços de saúde de média/alta complexidade, são de responsabilidade do Estado através da Secretaria Estadual de Saúde – SESA,



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

## 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 **Portaria Nº 971, de 13 de setembro de 2012**, adéqua o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS.
3. A **Lei 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação** em seu artigo 59, inciso I diz que “ os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica, para atender às suas necessidades”.
4. A **Resolução CNE/CEB Nº 02 de 11 de fevereiro de 2001** institui as “Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades”.

### DA PATOLOGIA

1. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurodesenvolvimental caracterizado pela presença de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade presentes em um nível mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. O



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

desempenho de indivíduos com TDAH em tarefas neuropsicológicas tem sido amplamente investigado e permitiu que o conhecimento a respeito da neuropsicologia relacionada a esse transtorno tenha avançado muito nos últimos anos.

2. O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, baseado em critérios operacionais claros e bem definidos. O Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV) propõe a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH. Entretanto, tem-se sugerido que esse limiar possa ser rebaixado para, talvez, cinco ou menos sintomas em adolescentes e adultos, visto que estes podem continuar com um grau significativo de prejuízo no seu funcionamento global, mesmo com menos de seis sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade. Apesar de dados recentes no nosso meio não apoiarem esta sugestão, é importante não se restringir tanto ao número de sintomas no diagnóstico de adolescentes, mas sim ao grau de prejuízo dos mesmos. O nível de prejuízo deve ser sempre avaliado a partir das potencialidades do adolescente e do grau de esforço necessário para a manutenção do ajustamento. O DSM-IV inclui um critério de idade de início dos sintomas causando prejuízo (antes dos 7 anos) para o diagnóstico do transtorno. Entretanto, este critério é derivado apenas de opinião de comitê de *experts* no TDAH, sem qualquer evidência científica que sustente sua validade clínica. O padrão sintomatológico e de comorbidade com outros transtornos disruptivos do comportamento, bem como o prejuízo funcional, não é significativamente diferente entre adolescentes com o transtorno que apresentam idade de início dos sintomas causando prejuízo antes e depois dos 7 anos. Ambos os grupos diferem do grupo de adolescentes sem o transtorno em todos os parâmetros mencionados. Sugere-se que o clínico não descarte a possibilidade do diagnóstico em pacientes que apresentem sintomas causando prejuízo apenas após os 7 anos.
3. O DSM-IV subdivide o TDAH em três tipos: a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; c) TDAH combinado. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, por outro lado, são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros dois tipos, e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e de impopularidade. Embora sintomas de conduta, de oposição e de desafio ocorram mais frequentemente em crianças com qualquer um dos tipos de TDAH do que em crianças normais, o tipo combinado está mais fortemente associado a esses comportamentos. Além disso, o tipo combinado apresenta também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos.

4. O diagnóstico deve ser baseado na história e avaliação completas da criança e não apenas na presença de uma ou mais características da doença, representando assim um grave problema na caracterização de TDAH, levando a diagnósticos incorretos, e conseqüentemente, excessos na prescrição de medicamentos, particularmente o metilfenidato.
5. Critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - 2003, adaptado = Ou 1 ou 2:

**1)** seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau maladaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

### **Desatenção**

- (a) deixar de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) ter dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) não seguir instruções e não terminar os deveres da escola, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não em razão do comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) ter dificuldade para organizar tarefas e atividades;



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

- (f) evitar, antipatizar ou relutar a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) perder coisas necessárias às tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) facilmente distrair-se por estímulos alheios à tarefa;
- (i) apresentar esquecimento em atividades diárias.

**(2)** seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade/impulsividade persistirem por pelo menos seis meses, em grau maladaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Hiperatividade:**

- (a) agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- (b) abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) correr ou escalar em demasia, em situações inapropriadas (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- (d) ter dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) estar a mil ou muitas vezes agir como se estivesse a todo vapor;
- (f) falar em demasia.

**Impulsividade:**

- (g) dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) ter dificuldade para aguardar a própria vez;
- (i) interromper ou se meter em assuntos de outros (por ex., intrometer-se em conversas ou brincadeiras).



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

**DO TRATAMENTO**

1. O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Dentre as intervenções psicossociais, o mais importante seria a informação aos pais de como manejar e lidar com os sintomas dos filhos e o conhecimento das melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades. Intervenções escolares como colocar o aluno na primeira fileira, próximo ao professor, manter as salas de aula silenciosas e com poucos alunos, por exemplo, podem auxiliar na concentração e diminuir possíveis distrações. Rotinas diárias consistentes e um ambiente escolar previsível também são importantes e ajudam essas crianças a manterem o controle emocional. A psicoterapia individual, principalmente a Terapia Cognitivo Comportamental, é indicada na abordagem das comorbidades (principalmente transtornos depressivos e de ansiedade); na abordagem de sintomas que comumente acompanham o TDAH (baixa autoestima, dificuldade de controle de impulsos e capacidades sociais pobres) e para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia). A Associação Brasileira de Déficit de Atenção também sugere como alternativa o tratamento com fonoaudiólogo, que está recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos.
2. Alguns autores indicam a psicomotricidade como um meio para melhorar o controle motor das crianças com TDAH, visto que neste distúrbio há uma associação de comorbidades importantes que vão desde perturbações no desempenho escolar até problemas de ordens psicossociais na vida do indivíduo, destacando-se as alterações na coordenação motora, que são percebidas na coordenação global, na orientação espaçotemporal e na motricidade fina.
3. O tratamento farmacológico do TDAH envolve principalmente os agentes estimulantes do SNC. Dentre eles o mais utilizado é o metilfenidato, conhecido como o padrão ouro



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

para o tratamento do TDAH na infância. Está disponível em formulações de ação curta e de ação prolongada e melhora os sintomas centrais e o desempenho escolar de crianças quando usado isoladamente ou associado a tratamento psicológico ou comportamental. A dose terapêutica normalmente se situa entre 20 mg/dia e 60 mg/dia (0,3 mg/kg/dia a 1 mg/ kg/dia). Outro psicoestimulante que pode ser utilizado é a dexanfetamina, medicamento disponível na forma de cápsulas de liberação prolongada. A atomoxetina é um medicamento não estimulante que, em estudos, demonstrou diminuição de escores tanto relacionados com a desatenção/ hiperatividade quanto com a depressão em crianças com TDAH em comorbidade com transtornos depressivos.

4. Outros medicamentos que podem ser utilizados para o tratamento do TDAH são a imipramina, nortriptilina, bupropiona e clonidina, estes mais utilizados para tratar as comorbidades associadas ao TDAH como ansiedade, tiques nervosos, depressão e agressividade.

## **DO PLEITO**

1. **Consulta com neuropediatra (neurologia pediátrica) e oftalmologia.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os documentos enviados ao NAT, o Requerente apresenta hipótese diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH), e dificuldade visual e de aprendizado, sendo encaminhado para avaliação com neurologista infantil e oftalmologia.
2. Sabe-se que o TDAH leva a prejuízo no aprendizado e convívio social, tendo este paciente indicação de ser avaliado pelo especialista para que possa ser diagnosticado (ou confirmado o diagnóstico) e posteriormente possa ser iniciado seu tratamento, assim como orientar corretamente seus genitores e educadores sobre como lidar com





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

esta situação. Portanto, cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar tal procedimento, com prioridade, considerando o tempo de espera do paciente e as repercussões que a patologia acarreta.

3. A neuropediatria não é uma especialidade médica, mas sim uma área de atuação, e tanto os médicos especialistas em Neurologia quanto os especialistas em Pediatria podem se habilitar para atendimento em Neurologia Pediátrica (Vide Portal CFM, disponível em [http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1022:&catid=3](http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1022:&catid=3)). Assim, entende-se que na ausência de neuropediatras o neurologista ou pediatra habilitado pode avaliar o Requerente.
4. Em relação a consulta com o oftalmologista, considerando que o Requerente apresenta alteração da acuidade visual, a consulta com oftalmologista está indicada e deve ser agendada também com prioridade, visto que pode comprometer o desempenho escolar do Requerente.

## **REFERÊNCIAS**

Wagner F. et al, Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n3/2175-3563-pusf-21-03-00573.pdf>

Rohde L. A. et al, Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4446200000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600003)



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: TDAH, disponível em:  
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2894867/Boletim+GPUIM+n%C2%BA+02+%28maio+de+2012%29+-+TDAH/026c098c-ca88-4c2a-ac88-820d22bb2f33>