



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1.344/2020

Vitória, 19 de novembro de 2020.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED] em favor de [REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da Vara Única Presidente Kennedy – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Priscilla Bazzarella de Oliveira, sobre o procedimento: **avaliação neuropsicológica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a genitora do Requerido, de 11 anos, informa que ele é autista e precisa da consulta especializada, com neuropsicólogo, e que não possui condições de arcar com os custos da referida consulta. A genitora do Requerente recorreu ao órgão público, porém foi informada que o atendimento com Neuropsicólogo não é fornecido pelo SUS. A Secretaria Municipal de Saúde informou que a consulta não é disponibilizada pelo Município por se tratar de procedimento de alta complexidade. Recorre então à via judicial para obter a avaliação com neuropsicólogo.
2. Às fls. 11 consta guia de referência, datada 04/09/2019, encaminhando o Requerente ao neuropsicólogo, informando que ele apresenta hipótese diagnóstica de TEA (Transtorno do espectro do autismo) e deficiência intelectual. Informa ainda que o Requerente de parto prematuro, ficou 32 dias na UTIN, evoluiu com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, atraso na fala, dificuldade na interação facial com seus pares e comportamentais repetitivos, evoluindo com baixo rendimento escolar, e dependente do auxílio nas atividades de vida diária, assinado pelo médico



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

neuropediatra, Dr. Carlos Henrique S. dos Santos, CRM ES 4729.

3. Às fls. 09 consta mensagem eletrônica da Equipe do Núcleo de Regulação e Acesso NRA/SRSC, datado de 10/09/2019, informando que no momento não possuem prestador público regulado para realizar consulta neuropsicológica.
4. Às fls. 16 consta OFÍCIO/SEMUS/Nº 232/2019, da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, informando que a neuropsicológica não é disponibilizada pelo Município, por se tratar de alta Complexidade. Informa ainda que a União cabe os procedimentos de alta complexidade/alto custo; aos Estados, as de alta e media complexidade; aos Municípios as ações básicas e as de baixa complexidade.

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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

3. 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.

DA PATOLOGIA

1. O **autismo** é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica. Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo (anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas constitucionais inatos, predeterminados biologicamente). Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes, mas as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes.

2. O conceito do Autismo Infantil (AI), portanto, se modificou desde sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou Invasivos) do Desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o Autismo; a Síndrome de Asperger; e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação. A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. Há uma necessidade crescente de possibilitar a identificação precoce desse quadro clínico para que crianças com Transtorno do espectro autista (TEA) possam ter acesso a ações e programas de intervenção o quanto antes. Sabe-se que manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os três anos de idade da criança, fator que favorece o diagnóstico precoce.
3. O diagnóstico do TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores, o que torna o uso de escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados uma necessidade. Nesse sentido, não deve prescindir da participação do médico especialista (psiquiatra e/ou neurologista), acompanhado de equipe interdisciplinar capacitada para reconhecer clinicamente tais transtornos. A equipe deverá contar com, no mínimo: médico **psiquiatra ou neurologista, psicólogo e fonoaudiólogo**. Cada profissional, dentro de sua área, fará sua observação clínica.
4. Embora os primeiros sinais de transtornos do espectro do autismo se manifestem antes dos 3 anos, é a partir dessa idade que um diagnóstico seguro e preciso pode ser feito, pois os riscos de uma identificação equivocada (o chamado “falso-positivo”) são menores. Na 10^a edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde (CID-10/OMS), e na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – APA), o grupo dos “Transtornos Invasivos (ou Globais) do Desenvolvimento” incluem as seguintes categorias diagnósticas:

a) Autismo infantil: é mais prevalente em meninos (quatro meninos/uma menina) e sempre se instala antes dos 3 anos de idade. Os critérios diagnósticos atuais incluem prejuízos persistentes em três áreas, apresentadas a seguir:

- **Interação social recíproca:** a criança pode evitar contato visual, recusar contato físico, praticamente não demonstrar iniciativa para se aproximar de outras pessoas e compartilhar com elas os seus interesses, manter-se isolada em situações sociais, não atender quando chamada pelo nome. Não é incomum que a criança apresente vínculo específico e exagerado com uma pessoa (um dos pais, uma babá ou um irmão, por exemplo), tendo dificuldades para se afastar dela. Algumas pessoas um pouco mais velhas com autismo podem demonstrar interesse por contatos, mas não entendem as regras que regem o jogo social, mostrando-se inadequadas e não percebendo as necessidades ou o sofrimento do outro. Outras vezes, a aproximação de outras pessoas é considerada por elas um “instrumental”, que utilizam uma parte do outro (a mão e o braço, geralmente) para conseguir um objeto ou para que possam ser levadas ao lugar que desejam.
- **Comunicação verbal e não verbal:** os usos da linguagem e de expressões faciais ou gestos objetivando a comunicação, assim como as habilidades de imitação, estão ausentes, seriamente prejudicados ou são inadequados e idiossincráticos. O surgimento da fala pode estar atrasado e boa parte das crianças não chega a desenvolver fala funcional, pronunciando ou balbuciando algumas poucas palavras. Quando a fala não aparece até os cinco anos, é menos provável que isso venha a ocorrer mais tarde. Aquelas que falam costumam não usar a primeira pessoa (“eu”), referindo-se a si mesmas na terceira pessoa. A entonação e o ritmo da fala podem ser estranhos ou monótonos. Ecolalia é comum, assim como a repetição estereotipada de frases fora do contexto, como diálogos de desenhos animados ou



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

comerciais de TV. Há dificuldade na generalização de conceitos abstratos, que só serão usados na situação em que foram aprendidos. Da mesma forma, lhes é difícil entender o duplo sentido, o humor ou a ironia e, nos casos mais graves, a simples compreensão de ordens ou solicitações é prejudicada.

- Repertório de interesses e atividades: é restrito e estereotipado. Os jogos de faz-de-conta e as brincadeiras de imitação estão comumente ausentes. O foco de interesse da criança pode estar exageradamente ligado a um objeto ou a uma atividade específica. Pode haver apego e manipulação do objeto selecionado, que nem sempre é um brinquedo e não parece ser usado simbolicamente. Há preocupação com a manutenção de rotinas, rituais e ordenação de brinquedos ou outros objetos, surgindo angústia se algo se modifica. Nas crianças mais graves, podem existir vocalizações e movimentos corporais repetitivos (por exemplo, balançar o tronco ou a cabeça, girar o corpo, bater palmas). Os movimentos de alguns objetos, especialmente os que são contínuos e previsíveis (como o girar de um ventilador ou das rodas de um carrinho ou o fluxo de água de uma torneira), exercem uma grande atração sobre essas crianças, que podem passar longos períodos absorvidas em sua observação.
5. Síndrome de Asperger: é considerada o polo mais leve do espectro do autismo. Esta síndrome – cujo nome homenageia a descrição feita por Hans Asperger em 1944 – engloba crianças com características autistas, exceto quanto à linguagem, que está presente, acompanhada por um bom nível cognitivo. As crianças com a síndrome costumam falar de modo pedante ou com “inflexão de adulto”, podendo usar palavras rebuscadas ou neologismos e perseverar em assuntos específicos e idiossincráticos sem perceber se o interlocutor está interessado em escutá-las. Por não entenderem as sutilezas subentendidas na comunicação, elas têm pouco senso de humor ou interpretação literal do que escutam. São desajeitadas no contato social, faltando-lhes empatia, o que as leva a preferir atividades isoladas. Porém, podem apresentar apego e interesse por algumas figuras (geralmente familiares). Seu repertório limitado de atividades pode fazê-las se tornar “especialistas” em algum tema (como informática,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

história ou astronomia), demonstrar “memória prodigiosa” em relação a assuntos restritos (calendários, listas telefônicas etc.) ou levá-las a colecionar objetos. Estereotípias motoras são menos comuns. A Síndrome de Asperger sempre foi considerada menos comum do que o autismo típico, mas nos últimos anos tem havido popularização desse diagnóstico, com identificação cada vez maior de indivíduos antes considerados apenas “estranhos”, que demonstram evitação social e, às vezes, alguma habilidade específica bem desenvolvida. Esse aumento na visibilidade da síndrome tem provocado efeitos diferentes; entre eles, a organização dos portadores adolescentes ou adultos, que se autodenominam “Aspies”, demandando que não sejam tomados como portadores de uma patologia, mas sim de uma organização mental e cerebral diferente.

6. Transtorno desintegrativo: este quadro representa uma exceção à regra de que no autismo sempre há alguns sinais antes dos 3 anos de idade, pois aqui há o desenvolvimento normal da criança até 2 ou mesmo 6 anos de idade, seguido de perda definitiva e rápida, no decorrer de alguns meses, das habilidades já adquiridas da fala, da brincadeira, da interação social e da autonomia, associada a maneirismos e estereotípias motoras, podendo haver perda no controle da urina e das fezes. O resultado final é um misto de quadro autista e retardo mental.
7. Autismo atípico: este diagnóstico é reservado para aqueles indivíduos portadores do espectro do autismo nos quais não é possível demonstrar a presença de prejuízos em todas as três áreas destacadas no diagnóstico de autismo (interação social recíproca, comunicação verbal e não verbal e repertório de interesses e atividades) e/ou quando o início do quadro ocorre após os 3 anos de idade. Muitas vezes se refere a pessoas com retardo mental significativo e que também apresentam aspectos autistas. No DSM-IV é nomeado de transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação.
8. Síndrome de Rett: esta síndrome tem causalidade genética definida (mutação no gene MECP2, localizado no cromossomo X) e hoje é estudada de forma melhor como categoria específica, fora do espectro do autismo, embora próxima a ele. Nesse quadro, que praticamente só atinge meninas – e cujo nome homenageia o médico austríaco



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Andreas Rett –, há desenvolvimento normal, que pode ir de 7 a 24 meses, seguido de perda dos movimentos voluntários das mãos, estereotípias manuais (a mais típica é o movimento repetitivo de “lavagem de mãos”, com os braços flexionados e as mãos se esfregando na altura do tórax), risos não provocados, hiperventilação e desaceleração do crescimento do crânio.

9. Vale ressaltar que a tendência atual é a de que essa visão categorial, que enxerga os diversos quadros de autismo como entidades nosológicas mais ou menos independentes entre si, seja substituída pela noção dimensional de espectro do autismo, que entende as variações do transtorno do espectro do autismo como pontos distintos de um mesmo “*continuum psicopatológico*” – com a exceção da síndrome de Rett.

DO TRATAMENTO

1. Após o diagnóstico, um dos objetivos fundamentais do atendimento aos indivíduos com TEA é o de habilitá-lo para participar de modo ativo e independente nas atividades que lhe são apresentadas. Para isso, ganham destaque as ações de habilitação e reabilitação coordenadas por equipe multiprofissional, incluindo intervenções educativas e comportamentais direcionadas aos sintomas nucleares do TEA (ex: dificuldades sociais, de comunicação e de interesses).
2. Todo projeto terapêutico singular para a pessoa com transtorno do espectro do autismo precisa ser construído com a família e a própria pessoa. Deve envolver uma equipe multiprofissional e estar aberto às proposições que venham a melhorar sua qualidade de vida.
3. Em síntese, os objetivos de tratamento do indivíduo com TEA visam ampliar os ganhos funcionais, auxiliar a busca pela independência e melhorar a qualidade de vida. Para tanto, uma equipe multidisciplinar deve arcar com variadas estratégias, sobretudo,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

baseadas em intervenções não farmacológicas.

4. Concomitante, encontra-se a farmacoterapia, como o uso de antipsicóticos, que, apesar de não ser parte do objetivo central do tratamento por não produzirem melhoras nas características centrais do TEA, podem alcançar um balanço favorável sobre o controle de determinados sintomas acessórios do autismo em alguns pacientes (ex: agitação, agressividade e irritabilidade).
5. Nos quadros do espectro do autismo, cabe à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência desenvolver estratégias terapêuticas de modo acolhedor e humanizado, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Tais ações são direcionadas por meio de processos de habilitação e reabilitação focados nas dimensões cognitivas e de linguagem oral, escrita e não verbal, na condição de vetores básicos à circulação e à pertença social dos indivíduos.
6. As ações de habilitação e reabilitação do Centros Especializados de Reabilitação (CER) e dos Serviços Habilitados na Rede SUS (diagnóstico, tratamento e acompanhamento), serão desenvolvidas por equipe multiprofissional, que contará com profissionais das seguintes áreas da Saúde: Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Enfermagem.

DO PLEITO

- 1) **Consulta com neuropsicólogo.**
- 2) Na tabela SIGTAP -SUS, em relação ao tema neuropsicologia são encontrados os seguintes procedimentos:
 - a) Atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor – código 03.01.07.007-5 – descrição: *destina-se à avaliação, estimulação e orientação relacionados ao neurodesenvolvimento do paciente.*



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- b) Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação – código 03.01.07.004-0 - descrição: *destina-se à reeducação das funções cognitivas, sensoriais e executivas do paciente.*
- 3) A **Neuropsicologia** é a ciência que estuda a relação entre o cérebro e o comportamento humano (Luria, 1981). Talvez essa seja a definição mais explorada pela maioria dos autores e possivelmente a que mais represente o que vem a ser esse campo de estudo. Em seu surgimento, os estudos eram focados nas consequências comportamentais causadas pelas lesões cerebrais específicas, atualmente buscando investigar as funções cerebrais superiores inferidas a partir do comportamento cognitivo, sensorial, motor, emocional e social da pessoa. Conclui-se que a Neuropsicologia é por definição interdisciplinar e constitui-se como um campo de trabalho e investigação de várias áreas do conhecimento e de atuação profissional, que se interessam pelas relações entre funções mentais e sistema nervoso central, dentro de um universo mais amplo, denominado Neurociências. Os testes neuropsicológicos são instrumentos fundamentais para a prática clínica e de pesquisa em Neuropsicologia e devem ser entendidos como um dos meios através dos quais é possível traçar inferências sobre as relações entre a atividade cerebral e seus correlatos cognitivos e comportamentais.
- 4) A Neuropsicologia é uma área interdisciplinar de conhecimento e atuação, que integra conhecimentos, instrumentos, métodos e modelos teóricos de várias áreas, como a Psicologia, a Neurologia, a Psiquiatria (e outras áreas da Medicina), a Linguística, a Psicolinguística, a Neurolinguística, a Inteligência Artificial, a Fonoaudiologia, a Farmacologia, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Educação, a Biologia, entre outras. Interdisciplinaridade pode ser definida como um ponto de cruzamento entre atividades (disciplinares e interdisciplinares) com lógicas diferentes.
- 5) Um corpo de conhecimentos interdisciplinares caracteriza a Neuropsicologia e pode ser acessado e utilizado por profissionais formados nas áreas que compõem esse corpo



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

de conhecimentos. Conforme Lezak et al. (2004), os profissionais nesse campo têm formações em **Psiquiatria, Neurologia, Neurocirurgia, Psicologia, Fonoaudiologia, entre outras.**

- 6) A avaliação neuropsicológica é uma ferramenta de apoio. A avaliação neuropsicológica clínica é a aplicação dos conhecimentos da área de neuropsicologia para avaliar e intervir no comportamento humano, relacionando-o ao funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central. É também vista como a análise sistemática dos distúrbios de comportamento (e da cognição) que se seguem a alterações da atividade cerebral normal, causados por doença, lesão, disfunção ou modificações experimentais (Lezak et al., 2004). Assim sendo, um dos objetivos da avaliação neuropsicológica é traçar inferências sobre as características funcionais do cérebro de um indivíduo (Benton, 1971). Esta avaliação deve possibilitar um diagnóstico e a documentação do estado do paciente; verificar a ocorrência de distúrbios cognitivos, comunicativos e/ou emocionais, relacionados à lesão/disfunção cerebral; desvendar a natureza dos sintomas, a etiologia, o prognóstico e a descrição das características de cada caso; determinar a magnitude das sequelas dessa lesão; seguir a evolução do quadro e, por fim, oferecer orientações terapêuticas (bases para a reabilitação). A avaliação neuropsicológica utiliza técnicas especiais de avaliação das funções neuro cognitivas do indivíduo para o estabelecimento de correlações entre seus desvios e as lesões/disfunções cerebrais (Rodrigues, 1993).
- 7) É um processo complexo, que envolve, além da utilização de diversas ferramentas, como entrevistas e questionários (anamnese), escalas, observação em contexto clínico e em situações ecológicas, tarefas experimentais e também a utilização de instrumentos formais para a investigação das funções neuro cognitivas preservadas e das deficitárias.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente, de 11 anos, apresenta quadro sugestivo de TEA (Transtorno do espectro do autismo), deficiência intelectual, comportamentos repetitivos, evoluindo com baixo rendimento escolar. Foi encaminhado para avaliação neuropsicológica.
2. Consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia da avaliação neuropsicológica e há evidências de negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado).
3. **Em conclusão, este Núcleo conclui que o Requerente tem indicação de ser acompanhado por um psicólogo com área de atuação em neurologia infantil. Caso o Município não possua em sua rede psicólogos com essa habilitação, deve buscar solucionar a questão juntamente a Secretaria de Estado da Saúde.**
4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), mas há que considerar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:

“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**”. (grifo nosso)
5. Este Núcleo se coloca à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

Brasília – DF, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, 2014, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E SUAS FAMÍLIAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – Ministério da Saúde, 2015, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

HAASE, Vitor Geraldi et al. Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. *Neuropsicologia Latinoamericana, Calle*, v. 4, n. 4, p. 1-8, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000400001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2012.125>.