



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 129/2022

Vitória, 01 de fevereiro de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Piúma – ES, requerida pelo MM. Juiz de Direito Dr. Diego Ramirez Grigio Silva, sobre o procedimento: **TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial e documentos anexados aos autos, a Requerente [REDACTED] foi diagnosticada com Transtorno misto de ansiedade e depressão (CID F412), sendo solicitado testagem neuropsicológica por apresentar quadro de Transtorno Bipolar Avançado e TDAH. A Secretaria Municipal de Saúde solicitou no dia 24/11/2021 a autorização/contratação de clínica ou profissional especializado para a realização da avaliação, porém, sem sucesso. Diante do exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 08 consta requisição de exames, em papel timbrado do SUS, preenchida no dia 10/11/2021 (carimbo ilegível), com a solicitação de Testagem neuropsicológica.
3. Às fls. 09 consta receita médica, emitido pelo Dr. Luiz Alberto Rocha, psiquiatra, datado em 01/12/2021, com a prescrição de antidepressivo, estabilizador de humor e antiepilético.
4. Às fls. 14 consta Laudo Médico, emitido no dia 01/12/2021, informando que a paciente [REDACTED] apresenta critérios segundo DSM 5 para TAB tipo 2



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

com características mistas (transtorno afetivo bipolar), com quadro predominantemente depressivo.

5. Às fls. 16 consta Protocolo da solicitação de contratação de profissional especializado para atendimento neuropsicológico, emitido em 24/11/2021.

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.

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:

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 novas Portas de Entrada às



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

ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

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.

3. De acordo com a **definição de urgência e emergência pelo CFM** (Conselho federal de Medicina), há que considerar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:
4. “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)

DA PATOLOGIA

1. O **Transtorno Bipolar (TB)**, também conhecido como “transtorno afetivo bipolar” e originalmente chamado de “insanidade maníaco-depressiva”, é uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos de



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

- humor elevado e de depressão (polos opostos da experiência afetiva) intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos.
2. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), o transtorno se diferencia em dois tipos principais: o Tipo I, em que a elevação do humor é grave e persiste (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania). A utilização do especificador “com características mistas” se aplica aos estados em que há a ocorrência concomitante de sintomas maníacos e depressivos, embora estes sejam vistos como polos opostos do humor. Já o quadro de Transtorno Ciclotímico se caracteriza pela alternância entre períodos hipomaniacos e depressivos ao longo de, pelo menos, dois anos em adultos (ou um ano em crianças) sem, entretanto, atender os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.
 3. O DSM 5 inclui ainda a categoria “outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado” para classificar quadros atípicos, marcados pela ocorrência de sintomas que não preenchem os critérios de duração e frequência mínimos para caracterizar sequer um episódio de hipomania. Quadros semelhantes a esses, além de outros que não se encaixariam adequadamente nas categorias de classificação previstas no DSM, poderiam encontrar lugar dentro da ideia de um espectro bipolar representado por um continuum de condições que interligariam a depressão à esquizofrenia.
 4. O recente conceito de espectro bipolar compreende pessoas com depressão recorrente grave, tal como na depressão unipolar clássica, porém com histórico familiar de TB ou mania induzida por antidepressivos e uma série de outras características de bipolaridade relacionadas aos sintomas depressivos, incluindo o curso ou resposta a tratamentos, como: características mistas ou melancólicas, início precoce, múltiplos episódios, baixa tolerância ou pouca resposta a antidepressivos. A proposta do espectro bipolar pode ser melhor compreendida como princípio de organização para a tarefa de categorizar as diferentes formas do TB ao longo de um mesmo espectro. Cabe notar



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

que, apesar de vários autores considerarem a validade de “constructo” do espectro bipolar, essa nomenclatura não consta nas versões atuais dos principais manuais diagnósticos psiquiátricos (i.e., “Classificação Internacional de Doenças – CID” e “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM”).

DO TRATAMENTO

1. A compreensão da neurobiologia do transtorno bipolar, incluindo a localização de sintomas em circuitos cerebrais específicos e os neurotransmissores que modulam o funcionamento dessas áreas, pode ser o passo inicial para a escolha de tratamentos para cada um dos sintomas de um transtorno de humor, com o objetivo de reduzir todos os sintomas e alcançar a remissão. Estudos de neuroimagem e experimentais permitem associar os sintomas do TB a circuitos neurais hipoteticamente disfuncionais. Nos quadros de humor depressivo, a hipótese monoaminérgica sugere que esse mal funcionamento se deve à diminuição da neurotransmissão de pelo menos um dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos ou noradrenérgicos. Paralelamente, outras hipóteses sugerem que é possível mapear áreas do encéfalo disfuncionais que estariam associadas aos sintomas de mania, por exemplo o córtex Orbitofrontal.
2. Visando a prática clínica, um conjunto de diretrizes para o tratamento do TB foi publicado pela Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT) em parceria com a Sociedade para Transtorno Bipolar a partir da revisão de evidências disponíveis na literatura da área. Com base em meta-análises e ensaios clínicos randomizados, a farmacoterapia de primeira escolha para o manejo de Episódios de Mania agudos é o lítio, divalproato, e antipsicóticos atípicos como a olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina e paliperidona ER. Como tratamento de segunda linha, a carbamazepina e o haloperidol se mostraram significativamente mais eficazes que o placebo. Enquanto isso, a gabapentina, lamotrigina e topiramato não seriam recomendados.



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

3. Em paralelo, as recomendações de primeira linha do CANMAT para o tratamento farmacológico de Episódios Depressivos agudos do TB incluem o lítio, lamotrigina e quetiapina como monoterapia, ou a combinação de inibidores seletivos da receptação de serotonina (SSRI) com olanzapina, lítio ou divalproato, além da combinação desses dois últimos ou os mesmos combinados à bupropiona. A monoterapia com divalproato ou lurasidona foi caracterizada como tratamento de segunda linha, além da combinação de quetiapina com SSRI, modafinil adjunto e lítio ou divalproato com lamotrigina ou lurasidona. Não são recomendados para o tratamento de Episódios Depressivos no TB a gabapentina, o aripiprazol, e a ziprazidona em monoterapia, ou o tratamento adjunto com ziprazidona ou levetiracetam.
4. Apesar de ser o tratamento mais comum para os Episódios Depressivos no TB, o uso de antidepressivos no TB ainda é uma área controversa em psiquiatria. Uma meta-análise que incluiu 15 ensaios clínicos randomizados demonstrou a eficácia de antidepressivos comparados a placebo no tratamento da depressão no TB.²⁶ Além disso, as evidências encontradas não deram suporte à associação do uso de antidepressivos com o aumento do risco de viradas maníacas, contrastando com estudos anteriores. Ao que parece, o risco de viradas de mania/ hipomania não é uma grande preocupação quando os antidepressivos SSRI são usados em combinação com um estabilizador de humor ou um antipsicótico atípico, ao menos em curto prazo. No entanto, uma limitação importante dos estudos é que a definição atual de virada requer um limiar de sintomas de mania para ser caracterizada. Desse modo, alterações mais tênues relacionadas ao estado de Mania não são consideradas ainda que sejam bastante comuns. O mesmo ocorre com a aceleração da ciclagem dos pacientes que não é levada em conta no desenho dos estudos. Considerando isso, o uso de antidepressivos não é recomendado no tratamento de episódios mistos ou de pacientes com história de ciclagem rápida, assim como em monoterapia para depressão bipolar em geral.
5. Enquanto o tratamento agudo do TB visa diminuir os sintomas do episódio atual e



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

reduzir o risco que o paciente possa apresentar para si mesmo ou para outros, o tratamento de manutenção tem por objetivo prevenir recaídas futuras e ajudar o paciente a recuperar o nível de funcionamento pre mórbido, melhorar a saúde física e reduzir o risco de suicídio a longo prazo. Em geral o tratamento de manutenção é uma continuação da intervenção que foi eficaz na fase aguda da doença. A aderência ao tratamento de manutenção no TB é positivamente influenciada pela satisfação do paciente com a medicação, pela monoterapia, o grau de escolarização do paciente e pelo medo de recaídas. Em contraste, tanto fatores relacionados à doença (e.g., o uso de substâncias, hospitalizações prévias, sintomas psicóticos, menor insight sobre a doença) como fatores relacionados à medicação (e.g., efeitos colaterais, não-percepção de melhora diária, dificuldades com as rotinas diárias), além de atitudes dos pacientes (e.g., crenças de que a medicação é desnecessária, atitudes negativas em relação aos medicamentos, percepção de mudanças na aparência ou de interferência nos objetivos de vida) estiveram negativamente associadas à aderência ao tratamento medicamentoso, conforme tem sido demonstrado.

6. As intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento ajunto à farmacoterapia. Tem sido demonstrado que grupos de psicoeducação e psicoterapia nas abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal tem efeitos benéficos no tratamento de episódios agudos de depressão, assim como no tratamento de manutenção do TB. Particularmente, o tratamento do TB na terapia cognitivo-comportamental combina técnicas de psicoeducação, visando informar o paciente sobre o transtorno e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, com estratégias comportamentais para monitorar as oscilações de humor, controlar a estimulação, técnicas de resolução de problemas e redução de estresse, além de estratégias cognitivas de reestruturação de pensamentos disfuncionais. Os efeitos dessas intervenções incluem diminuição do número de recaídas, da flutuação do humor, da necessidade de medicamentos e hospitalizações, além de melhora no funcionamento e na aderência à medicação. Sendo assim, as diretrizes de tratamento de TB recomendam as intervenções psicossociais como um aspecto essencial no manejo de pacientes com TB.



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

Os estudos sobre o tratamento de crianças e adolescentes com TB tem investigado, em sua maioria, o manejo de sintomas agudos de mania ou mistos. Portanto, até que novas evidências estejam disponíveis, o CANMAT recomenda que as diretrizes estabelecidas para o tratamento do TB em adultos sejam cautelosamente aplicadas aos indivíduos mais jovens. Nesses casos, é preciso ter em conta que nem todos os tratamentos eficazes em adultos também o serão em crianças e adolescentes

DO PLEITO

1. **TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA:** A avaliação neuropsicológica ou testagem ou exame neuropsicológico é um exame não invasivo que permite avaliar com maior detalhe o desempenho do funcionamento cerebral e suas funções cognitivas. É uma interação entre psicólogo e paciente onde ocorrerão entrevistas e aplicação de testes, útil para a prática clínica do neurologista, do psiquiatra e do psicólogo pois ela tem como objetivo central identificar e avaliar a gravidade de alterações cognitivas, proporcionando uma análise qualitativa e quantitativa das consequências desses déficits no funcionamento diário de cada indivíduo.
2. A Neuropsicologia é uma ciência interdisciplinar destinada a compreender a expressão comportamental das disfunções cerebrais, investigando tanto a estrutura psicológica da atividade mental como o papel desempenhado por sistemas cerebrais individuais em formas complexas desta atividade. A avaliação neuropsicológica é realizada através de testes específicos que permitem, pela mensuração dos resultados e pela análise qualitativa do desempenho do paciente, associar os prejuízos observados no funcionamento cognitivo com possíveis disfunções cerebrais.



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

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, a Requerente [REDACTED] [REDACTED] de 18 anos de idade, foi diagnosticada com Transtorno misto de ansiedade e depressão (CID F412), prescrito medicação com antidepressivo, estabilizador de humor e antiepiléptico para seu tratamento e solicitado testagem neuropsicológica por apresentar quadro de Transtorno Bipolar Avançado.
2. A consulta com profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, inscrito sob o código 03.01.01.004-8 considerada de média complexidade segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), estando a consulta com neuropsicólogo contemplada sob o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 221545 e o psicólogo clínico com o código 221510.
3. No presente caso o médico assistente requereu uma avaliação neuropsicológica para complementação diagnóstica. Sabe-se que tanto episódios depressivos como maníacos interferem de forma significativa na adaptação psicossocial, o que mobiliza o interesse dos pesquisadores em tentar definir um perfil neuropsicológico típico nestas duas fases da doença, procurando associar os resultados encontrados à existência de alterações em circuitos neuroanatômicos específicos.
4. A importância em se delinear prejuízos cognitivos nos transtornos do humor é que, além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia, pode-se oferecer ao paciente uma forma de acompanhamento adicional ao tratamento médico, cuja finalidade seria minimizar as interferências que as dificuldades nestes processos causam nas áreas social e ocupacional. A reabilitação neuropsicológica visa esta forma de auxílio e é bem descrita em pacientes esquizofrênicos, quadros demenciais ou em transtornos neurológicos.
5. Assim, este NAT conclui que uma avaliação neuropsicológica pode contribuir na análise mais detalhada do comprometimento neurológico da Requerente, consistindo



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

assim em uma opção para caso em tela, devendo ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde, por se tratar de procedimento de média complexidade, caso a condição de gestão do Município de Piúma não inclua a média complexidade.

6. Entendemos que as intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento em tela juntamente à farmacoterapia. Tem sido demonstrado que em grupos de psicoeducação e psicoterapia nas abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal há efeitos benéficos no tratamento de episódios agudos de depressão, assim como no tratamento de manutenção do transtorno bipolar. Particularmente, o tratamento de transtornos bipolares na terapia cognitivo-comportamental combina técnicas de psicoeducação, visando informar o paciente sobre o transtorno e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, com estratégias comportamentais para monitorar as oscilações de humor, controlar a estimulação, técnicas de resolução e problemas e redução de estresse, além de estratégias cognitivas de reestruturação de pensamentos disfuncionais. Porém, de acordo com as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental, faz parte do rol de tratamento para estes transtornos a psicoterapia, que pode ser realizada pelo profissional graduado em psicologia, não sendo necessariamente imprescindível para todos os casos a avaliação ou acompanhamento neuropsicológico de um modo generalizado para seu tratamento.
7. Sugere-se que, enquanto não é disponibilizada a avaliação neuropsicológica, a Requerente mantenha acompanhamento com um psicólogo clínico pelo SUS, cabendo ao Município, nesse caso, a disponibilização da consulta.
8. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





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

REFERÊNCIAS

Diretrizes Clínicas em Saúde Mental, 1ª edição Vitória – ES 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>

Bosaipo N. B. Et al, Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Disponível em: file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/127541-Texto%20do%20artigo-243305-1-10-20170302.pdf

SLee Fu I et al. Transtornos afetivos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, Supl II, p. 24-7, 2000.

Marilda Emmanuel Novaes Lipp. Transtorno de Adaptação. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. Ano XXVII, nº 1/07: 72-82.

BRITISH MEDICAL JOURNAL PUBLISHING GROUP. *Clinical Evidence*. London, 2011. Disponível em: http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/conditions/meh/1014/1014_background.jsp. Acesso em: 26 out. 2020.

APA - American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment of Major Depressive Disorders, second edition, 2000.

RODRIGUES, Maria Josefina Sota Fuentes. O diagnóstico de depressão. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 11, n. 1, p. 155-187, 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=en&nrm=iso. access on 26 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100010>.

Cristiana C A; Rocca Beny Lafe. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Braz. J. Psychiatry* 28 (3). Set 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/rDbvfvfBPQhHtW978wCsbRqF/?lang=pt>