



## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 518/2019

Vitória, 02 de abril de 2019

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Fazenda Pública Cachoeiro de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: **consultas frequentes com psiquiatra.**

### I - RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, de 44 anos de idade, é portador de Transtorno Afetivo Bipolar, diagnosticado há 10 anos, apresentando humor instável, insônia, impulsividade, agressividade, podendo ocorrer ideações suicidas. Foi informado que consultou com psiquiatra há 05 anos e desde então faz uso da mesma medicação, que hoje não surte mais o efeito desejado. Ao buscar agendar a consulta com especialista junto a Secretaria de Saúde foi informado que não há médicos psiquiatras em Cachoeiro de Itapemirim que atendam pelo sistema Único de Saúde. Diante do exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 18 consta o Encaminhamento para o Psiquiatra, emitido no dia 21/05/2018 pelo Dr. Daniel Salgado, sendo justificado [REDACTED] é portador de Transtorno Afetivo Bipolar, diagnosticado pelo especialista, com quadro de oscilação de humor, impulsividade e agressividade.
3. Às fls. 19 consta o Formulário para Pedido Judicial em Saúde, emitido no dia 09/11/2018 pelo Dr. Thiago M. T. (médico psiquiatra), sendo justificado [REDACTED] [REDACTED] é portador de Transtorno Afetivo Bipolar, com quadro de oscilação de



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

humor e afeto, insônia, impulsividade e agressividade, podendo ocorrer ideações suicidas, delírios e/ou alucinações, necessitando de consultas ambulatoriais frequentes para acompanhamento regular com o uso de medicações.

## **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.

### **DA PATOLOGIA**

1. O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado pela alternância de episódios de depressão, mania ou hipomania. É uma doença crônica



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

que acarreta grande sofrimento, afetando negativamente a vida dos doentes em diversas áreas, em especial no trabalho, no lazer e nos relacionamentos interpessoais.

2. O TAB resulta em prejuízo significativo e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. Indivíduos com TAB também demonstram aumentos significativos na utilização de serviços de saúde ao longo da vida se comparados a pessoas sem outras doenças psiquiátricas.
3. A identificação precoce do transtorno e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à atenção básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.
4. O diagnóstico do TAB é clínico e baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Essa classificação descreve critérios gerais para caracterizar os dois principais episódios de humor do TAB.
5. O diagnóstico de episódio maníaco é realizado quando são atendidos todos os critérios de A a D citados a seguir:
  - A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da energia ou da atividade dirigida a objetivos, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).
  - B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou da atividade, pelo menos três dos seguintes sintomas (quatro, se o humor for apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável no comportamento habitual:
    1. Autoestima inflada ou grandiosidade;
    2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono);
    3. Loquacidade maior que o habitual ou pressão para continuar falando;



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

4. Fuga de ideias ou percepção subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado;
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou da agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos);
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou quando existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou a outra condição clínica.

Nota 1: Um episódio maníaco que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento ou eletroconvulsoterapia) mas que persiste com um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para o diagnóstico de TAB do tipo I.

Nota 2: Os critérios A a D caracterizam um episódio maníaco. A ocorrência de pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de TAB do tipo I.

6. O diagnóstico de episódio depressivo maior é realizado quando são atendidos todos os critérios de A a C citados a seguir:
  - A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior. Além disso, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente



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

atribuíveis a outra condição clínica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso);
  2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);
  3. Perda ou ganho significativo de peso sem fazer dieta (p. ex., variação maior que 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
  4. Insônia ou hipersonia quase diária;
  5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não podem ser sensações meramente subjetivas de inquietação ou lentidão);
  6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
  7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não pode ser meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
  8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);
  9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição clínica.
- Os critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no TAB do tipo I, embora sua ocorrência não seja necessária para o



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

diagnóstico desse transtorno.

7. Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença grave ou incapacidade) podem incluir sentimento intenso de tristeza, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso, sintomas observados no critério A e que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento quando de uma perda.

8. Transtorno Bipolar do Tipo I :

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (critérios A-D) em associação ou não a um episódio depressivo maior

B. A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, transtorno do espectro da esquizofrenia ou outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.

Observação: Não há necessidade do diagnóstico de um episódio depressivo maior para o diagnóstico de TAB do tipo I.

## **DO TRATAMENTO**

1. O TAB é uma doença crônica caracterizada por episódios de agudização e períodos de remissão. De forma geral, seu tratamento requer um planejamento de longo prazo. No entanto, antes de se estabelecer uma conduta de longo prazo, o primeiro passo é o tratamento medicamentoso de um episódio agudo (maníaco ou depressivo), com o objetivo de se atingir a remissão dos sintomas de humor. O segundo passo envolve o tratamento de manutenção, com a finalidade de prevenir a recorrência de novos



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

episódios.

2. A farmacoterapia ainda é a principal modalidade terapêutica. Porém, uma boa aliança terapêutica, com a formação do vínculo equipe de saúde-paciente, é essencial para manter o paciente engajado no tratamento, evitando um dos principais fatores de deterioração, que é o abandono do tratamento.
3. De forma geral, abordagens psicológicas são baseadas na evidência de que estressores psicossociais estão associados com recorrência e piora sintomática. Existe evidência clínica significativa de eficácia e segurança para o uso da eletroconvulsoterapia (ECT) no tratamento do TAB, porém sem base em estudos comparativos.
4. **O tratamento de manutenção** deve ser feito após a melhora dos sintomas dos episódios agudos e é uma continuação direta do tratamento desses episódios. O tempo específico para que o tratamento passe a ser chamado de manutenção varia consideravelmente de paciente para paciente.
5. O objetivo do tratamento de manutenção é a prevenção de novos episódios de humor com o uso de medicamentos em longo prazo. Nessa fase, medicamentos antidepressivos devem ser gradativamente suspensos sempre que possível. Idealmente, o tratamento com monoterapia deve ser buscado na manutenção, mas dificilmente é atingido na prática, pois muitos pacientes necessitam de tratamento combinado.
6. O tempo de tratamento de manutenção do TAB não pode ser previamente determinado, devendo em princípio ser mantido de forma contínua. De forma a minimizar efeitos adversos e facilitar a adesão ao tratamento, é prudente reduzir o número de medicamentos sempre que possível na fase de manutenção. No entanto, é importante reconhecer que a monoterapia pode ser insuficiente para a prevenção de novos episódios em muitos pacientes. A história prévia de estabilidade com o uso de monoterapia com carbonato de lítio ou ácido valproico deve servir como referência na hora de suspender outros medicamentos.
7. Considerando as diretrizes nacionais e internacionais para organização da atenção à



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

saúde mental, as desigualdades regionais em termos de disponibilidade de profissionais especializados em saúde mental no Brasil, as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a complexidade do acompanhamento terapêutico das pessoas com diagnóstico de TAB, é imprescindível a articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado integral a esses usuários do SUS. Nesse sentido, a responsabilidade pelo acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental), principalmente devido à necessidade de promover aderência ao tratamento e de acompanhamento clínico e psicossocial contínuo, por equipe multiprofissional, às pessoas que sofrem desse transtorno.

## **DO PLEITO**

### **1. Consultas frequentes com psiquiatra:**

- As consultas com psiquiatra são consideradas de média complexidade, a serem disponibilizadas pelas esferas municipais que estejam sob regime de gestão plena e saúde, ou pelas estaduais, nos casos dos municípios sob regime de gestão somente da atenção básica.

## **III – CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o Requerente, de 44 anos de idade, é portador de Transtorno Afetivo Bipolar, diagnosticado há 10 anos, apresentando humor instável, insônia, impulsividade, agressividade, podendo ocorrer ideações suicidas, tendo a última consulta com psiquiatra há 05 anos e desde então faz uso da mesma medicação, que hoje não surte mais o efeito desejado.



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

2. Sabe-se que é imprescindível a articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado integral a esses usuários do SUS. Nesse sentido, **a responsabilidade pelo acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental)**, principalmente devido à necessidade de promover aderência ao tratamento e de acompanhamento clínico e psicossocial contínuo, por equipe multiprofissional, às pessoas que sofrem desse transtorno.
3. Sabe-se que, a princípio, o paciente necessita de tratamento medicamentoso, com o objetivo de se atingir a remissão dos sintomas de humor, com ajuste ou associação de medicação, o que deve ser feito por um médico psiquiatra, cabendo a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar tal consulta e a Secretaria Municipal de Saúde o seu agendamento.
4. Em relação às consultas subsequentes, cabe ao psiquiatra assistente definir a periodicidade de consultas de retorno de acordo com a resposta clínica do paciente.

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

## REFERÊNCIAS

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÉUTICAS TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR DO TIPO I, disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>