

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: Ilmo. Desembargador Dr. Versiani Penna

PROCESSO Nº.: 10000230514440001

CÂMARA/VARA: 19ª Câmara Cível

COMARCA: Capelinha – 2ª Instância

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: GBM

IDADE: 16 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F31.6, F91.3, F90.0

PEDIDO DA AÇÃO: Internação psiquiátrica

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMSP - 197003

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003540

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Elaborar parecer referente ao caso, mormente em relação à enfermidade do menor Agravado, à necessidade e urgência da internação vindicada, bem como no tocante ao pedido de custeio de todas as despesas para a manutenção da referida internação pelo ente público.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente que foi admitido no dia 06/01/2023 com relato de agitação psicomotora, heteroagressividade e comportamento opositor, recebendo atendimento na Clínica Maia (hospital da saúde suplementar especializado em psiquiatria, 150 leitos, não atende SUS, possui apenas um médico psiquiatra na equipe de profissionais, cadastrada no estabelecimento, conforme consta no cadastro nacional de estabelecimento de saúde – CNES).

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/>

[3515009929991](https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3515009929991) acesso em 06/06/2023 às 16h05min.

Consta que foi proposto tratamento sob regime de internação

hospitalar, com previsão de 120 dias a contar da admissão/internação, sob a justificativa de risco de auto e heteroagressividade, e comportamento intenso desafiador e opositor.

Um transtorno mental constitui um padrão clinicamente significativo de sinais e sintomas psico comportamentais, associados a sofrimento em curso ou prejuízo experimentado pelo paciente, ou por pessoas no mesmo ambiente, ou com o risco de sofrimento ou prejuízo futuro.

Transtornos Disruptivos, do Controle dos Impulsos e de Conduta

Disruptivo, controle de impulsos e transtornos de conduta são um grupo de transtornos que estão ligados por dificuldades variadas em controlar comportamentos agressivos, autocontrole e impulsos. Normalmente, os comportamentos ou ações resultantes são considerados uma ameaça principalmente à segurança de outras pessoas e/ou às normas sociais. Alguns exemplos dessas questões incluem brigas, destruição de propriedades, desafio, roubo, mentira e quebra de regras. Esses distúrbios são:

- Transtorno desafiador opositivo (TOD);
- Transtorno explosivo intermitente;
- Transtorno de conduta;
- Piromania;
- Cleptomania;
- Outros transtornos disruptivos, do controle dos impulsos e da conduta, especificados;
- Transtorno disruptivo, do controle dos impulsos e da conduta, não especificado.

Os problemas de comportamento têm muitas causas diferentes. Existem razões biológicas, genéticas, e ambientais pelas quais uma criança pode ter dificuldades comportamentais. Em crianças e adolescentes, o Transtorno de Oposição e Desafiador, é mais prevalente em famílias nas quais o cuidado da criança é perturbado por uma sucessão de cuidadores diferentes ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas,

inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos.

Duas das condições que mais costumam ocorrer de forma concomitante com o Transtorno de Oposição e Desafiador - TOD, são o transtorno de déficit de atenção / hiperatividade - TDAH e o Transtorno de Conduta. O TOD foi associado a um risco aumentado para tentativas de suicídio, mesmo depois do controle para transtornos comórbidos.

Transtorno Opositor-Desafiante (TOD): *A principal característica é um padrão de desenvolvimento inapropriadamente desafiador, comportamento desobediente, negativista e hostil com figuras de autoridade. Este padrão deve persistir por, pelo menos, seis meses e causar comprometimento ocupacional, social ou acadêmico. Crianças e adolescentes com estes transtornos muitas vezes são retrucadores para com os pais e recusam o seguimento de regras, tornando o transtorno mais evidente no ambiente doméstico. Estes jovens são mais propensos à perda do controle, tornando-se agressivos, em geral verbalmente e sem a agressividade severa observada no transtorno de conduta.*⁽⁵⁾

Transtorno de Conduta: *Crianças e adolescentes com transtorno de conduta têm uma incapacidade de apreciar a importância do bem-estar alheio e mostram pouca culpa ou remorso sobre o prejuízo a outrem. Eles apresentam um padrão comportamental repetitivo e persistente, em que os direitos básicos e normas sociais são violados. Muitas vezes, os pacientes apresentam um longo histórico de suspensões escolares, brigas, agressividade e comportamentos destrutivos. Frequentemente, mentiras são utilizadas para escapar de situações difíceis e o roubo é uma prática comum. Os quatro grupos principais de sintomáticos são: ameaça ou agressão a pessoas ou animais; destruição deliberada da propriedade alheia, violação das leis ou desrespeito repetido com as regras do ambiente domiciliar ou escolar; e mentiras frequentes para evitar consequências (American Psychiatric Association, 1994). Este padrão comportamental provoca prejuízo significativo nos âmbitos social, acadêmico e profissional.*⁽⁵⁾

Na psiquiatria, o histórico de evolução do paciente é fundamental para

o estabelecimento do diagnóstico, do prognóstico, para a avaliação da gravidade do quadro e da resposta terapêutica, para a emissão de pareceres técnicos, etc. As apresentações de transtornos psiquiátricos agudos têm diferentes necessidades de tratamento, quando comparadas, com os casos de transtornos de evolução subaguda e/ou crônica.

Para se determinar a necessidade de internação hospitalar psiquiátrica, é necessário / fundamental identificar:

- Se o paciente já possui um diagnóstico psiquiátrico ou algum problema de saúde mental, se possui diagnóstico de outras comorbidades;
- Há quanto tempo foi(ram) estabelecido(s) o(s) diagnóstico(s);
- Qual foi a evolução frente as estratégias de tratamento multidisciplinar previamente adotadas (psicoterapia, farmacoterapia);
- Quais os fatores de risco (fatores desenvolvimentais, familiares, sociais e clínicos) podem ter causado ou contribuído para o início, a persistência e o agravamento do transtorno;
- Avaliar qual o nível funcional basal do paciente e qual o grau de acometimento pelo transtorno mental no momento da indicação da internação hospitalar;
- Averiguar se há quadros mais agudos, tais como: comportamento suicida, agressão, conflitos entre pais e filhos, transtornos de adaptação, abuso e situação de rua;
- Identificar se há pontos fortes como potencial fonte de apoio dentro do núcleo familiar e no meio social do paciente;
- Identificar se há problemas / impedimentos para o tratamento em regime ambulatorial;

A estratificação de risco é uma estratégia para identificar e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando que pessoas com uma mesma condição de saúde podem necessitar de níveis diferentes de atenção conforme a duração da condição, a urgência de intervenção, o escopo dos serviços requeridos e a capacidade de autocuidado. Pessoas com menor risco são melhor atendidas por estratégias

focadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e no autocuidado apoiado, enquanto pessoas de médio e alto risco têm maior necessidade de atenção profissional e cuidados especializados (Mendes, 2012). Assim, a estratificação de risco possibilita qualificar o compartilhamento do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da RAS, fornecendo subsídios clínicos para que os usuários tenham acesso ao cuidado oportuno e adequado a suas necessidades de saúde.

O quadro abaixo traz um resumo dos objetivos dos cuidados assistências para um paciente, considerando a relação de custo/benefício/efetividade do cuidado indicado.

Objetivos do Cuidado de Saúde de Alta Qualidade*

- **Seguro:** evitar lesões aos pacientes com os cuidados que se destinam a ajudá-los.
- **Efetivo:** prestar serviços com base no conhecimento científico para todos os que poderiam se beneficiar e se abster de fornecer serviços para aqueles que provavelmente não se beneficiariam.
- **Centrado no paciente:** fornecer cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e garantam que os valores dos pacientes guiem todas as decisões clínicas.
- **No tempo:** reduzindo esperas e, às vezes, atrasos prejudiciais para ambos, aqueles que recebem cuidado e aqueles que cuidam.
- **Eficiente:** evitando desperdício, em particular desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- **Equânime:** fornecer cuidados que não variam em qualidade por causa de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

*Committee on Quality in Healthcare in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.

Importante ressaltar que a necessidade de internação hospitalar para o manejo / tratamento dos transtornos mentais não é a regra. Principalmente para crianças e adolescentes, a hospitalização deve ser considerada, somente se não houver alternativas adequadas para o manejo / tratamento multidisciplinar em regime ambulatorial. O tratamento dos transtornos mentais deve sempre envolver equipe multidisciplinar.

O período de internação hospitalar se restringe aos momentos de agudização. A manutenção do tratamento sob regime de internação hospitalar deve ser periodicamente revista, considerando que a condição de

risco que motivou a internação é dinâmica e requer consecutivas reavaliações.

Os elementos técnicos apresentados no sucinto relatório datado de 06/02/2023, não são suficientes para afirmar a necessidade / imprescindibilidade de tratamento de urgência em regime de internação hospitalar (voluntária ou involuntária) para o caso concreto. Não foi informado se foi feita tentativa de internação pelo SUS, não foi apresentada nenhuma escala de estratificação de risco, tais como exemplo a utilizada pela secretaria de saúde do Paraná, ou outras escalas / ferramentas validadas pela saúde mental.

[https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true,](https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true)

IV – REFERÊNCIAS:

1) DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5 - 2013).

2) Nota Técnica N.º 1/2022 – SES/SAIS/COASIS/DISSAM. Assunto: Critérios de Regulação para internação por transtornos mentais e comportamentais na rede SES/DF.

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64120/Nota+T>

[%C3%A9cnica+-Crit%C3%A9rios+de+Regula](#)

[%C3%A7%C3%A3o+para+interna](#)

[%C3%A7%C3%A3o+por+transtornos+mentais+e+comportamentais+na+Rede+SES-DF.pdf](#)

3) Transtorno Opositor Desafiante. Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP.

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/

[0e2b439c46497e3ff05d516b8c258eff37a0bff3/D.2-Oppositional-Defiant-Portuguese-2018.pdf](#)

4) Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care.

<https://www.jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2822%2900291-X>

5) Emergências psiquiátricas da criança e do adolescente. Capítulo J.1. Tratado de Saúde Mental de Infância e Adolescência da IACAPAP.

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/413f56a17d5c6cef74b83c7a7a50e38e48af4b46/J.1-EMERGENCIAS-Portuguese-2020.pdf

6) Qualidade Clínica e Segurança do Paciente na Saúde mental da Criança e do Adolescente. Capítulo J.8 - 2019.

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/0a7032157b166f38b23d3c99573614aaf8060f77/J.8-Quality-Portuguese-2021.pdf

7) Transtornos de Conduta. Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP.

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/cb0447f2f808c1913822e820278612df9f0ff6b7/D.3-CONDUCT-DISORDER-PORTUGUESE-2019.pdf

8) Estratificação de Risco em Saúde Mental. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true>

9) Internação Psiquiátrica.

https://intranet.mprj.mp.br/documents/112957/1492383/apresentacao_associacao_brasileira_de_psiquiatria.pdf

10) Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

11) Nota Técnica Nº. 001/2019. Ementa: Sistema Único de Saúde – SUS. Saúde mental. Internação Psiquiátrica Compulsória. Lei Federal Nº. 10.216/2011. Portaria GM/MS Nº. 3088/2011. Responsabilidade Solidária dos Entes Federados.

<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/>

[saude-mental/marco-legal/nota_tecnica/](#)

[nota_tecnica_no_01_2019_mpba.pdf](#)

12) Descritores para Estratificação de Risco em saúde Mental.

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@8be82d78-6998-41f0-acea-340c13b72990&emPg=true>

13) Instrutivo para Aplicação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental.

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>

V – DATA:

07/06/2023

NATJUS – TJMG