



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 513/2021

Vitória, 19 de Maio de 2021.

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED].

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim– ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fabio Pretti, sobre o procedimento: **“Transferência hospitalar para leito com serviço de CPRE.”**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na inicial, no dia 11/03/2021 a Requerente iniciou quadro de dor abdominal severa, náuseas e vômitos, mal-estar e hipertensão arterial (180 x 110 mmHg), sendo internada na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, e no dia 14/03/2021 foi submetida ao tratamento cirúrgico para retirada de CÁLCULOS NA VESÍCULA BILIAR. Ocorre que a Senhora Elane, está aguardando a realização do exame de COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE), para retirada de mais cálculos, que não foram possíveis de serem removidos através do procedimento cirúrgico ao qual foi submetida e será possível apenas através deste exame. A Senhora Elane aguarda internada, porém sem previsão de realização do mesmo. Foi informada pelo hospital, na pessoa da Assistente Social, que o supracitado exame é realizado pelo SUS nas cidades de Vitória, São José dos Calçados e Jerônimo Monteiro. Ocorre que por ainda estar em convalescência da cirurgia a que foi submetida, ter comorbidades, fazer uso de medicamentos contínuos



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

e devido ao risco de contágio pelo COVID-19, gostaria de realizar o exame de forma particular em Cachoeiro do Itapemirim. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.

2. Às fls. 61 e 67 consta solicitação de regulação de internação emitida em 14/03/2021 pelo médico Dr. Pedro Henrique de Miranda Alvim. Descreve paciente trazida por familiares com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita, associada a náuseas e vômitos. Relata piora da dor após ingestão de alimentos gordurosos. Queixa de início das crises no ano passado, já tendo passado por 3 episódios semelhantes esse ano.

– Exames complementares:

- USG de abdome total (27/01/21): Esteatose hepática grau II e vesícula biliar aumentada de volume, com paredes espessadas, evidenciando vários cálculos livres no seu interior (colecitite + colelítiasis); vias biliares sem alterações.
- BILIRRUBINAS TOTAIS: 3.2 / INDIRETA: 1.19 / DIRETA: 2.01. FOSFATASE ALCALINA: 108,27. GAMA GT: 357,07

Conduta no Primeiro Atendimento: USG E SINTOMÁTICOS

Principais medicações em uso atualmente: SINTOMÁTICOS

Hipótese Diagnóstica: COLEDOCOLITÍASE?

Tipo de leito solicitado: ENFERMARIA

Especialidade necessária: CPRE URGENTE

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



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

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.

PATOLOGIA

1. A **Colelitíase** é a formação de cálculos (pedras) no interior da vesícula biliar ou dos ductos biliares. A formação da litíase da vesícula biliar resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. A sua prevalência depende de vários fatores e é variável conforme a população.
2. Os principais fatores que participam na formação da litíase biliar são a alteração na composição da bile, a redução na motilidade da vesícula biliar (estase biliar) e a presença de muco e de cálcio na vesícula. A formação de cristais devido à bile litogênica e o aprisionamento deles no muco vesicular, associado à estase na vesícula biliar (hipomoitilidade), levam à formação de cálculos. Os fatores de risco para o



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

surgimento dos cálculos são: obesidade, diabetes mellitus, estrogênio, gravidez, doença hemolítica e cirrose. A relação mulher x homem é 4:1 na idade reprodutiva e se iguala com o envelhecimento.

3. Embora assintomática na maioria das pessoas, os cálculos biliares estão associados ao desenvolvimento de complicações significativas, tais como colecistite aguda e pancreatite aguda biliar, em cerca de 5% dessas pessoas anualmente.
4. A colelitíase apresenta-se em uma das seguintes formas clínicas: assintomática, sintomática e complicada. O estado assintomático é muitas vezes um achado incidental cada vez mais frequente. A atitude a ser adotada é assunto controvertido.
5. A colecistite aguda é uma doença comum em emergências em todo o mundo. Na maioria dos casos, é causada pela inflamação da parede da vesícula secundária à impactação de um cálculo no ducto cístico obstruindo-o, o que causa um ataque de dor repentino e muito agudo. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto.
6. O quadro se inicia com uma cólica biliar caracterizada como dor no hipocôndrio direito com irradiação para escápula direita e região epigástrica. Como sintoma mais comum, o paciente apresenta dor e pressão no hipocôndrio direito, mais duradoura das que nas crises de cólica biliar a que ele frequentemente se refere. Esse é o primeiro sinal de inflamação da vesícula. A dor pode intensificar-se quando a pessoa respira profundamente e muitas vezes estende-se à parte inferior da escápula direita e à região epigástrica. A febre, assim como náuseas e vômitos, que podem ser biliosos, são habituais em 70% dos pacientes. A febre alta, os calafrios, leucocitose e a distensão abdominal com diminuição da peristalse costumam indicar a formação de um abscesso, gangrena ou perfuração da vesícula biliar. Nestas condições, torna-se necessária a cirurgia de urgência. A icterícia pode indicar coledocolitíase ou compressão externa do colédoco pela vesícula inflamada.



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

7. A coledocolitíase tem como principal etiologia a migração do cálculo da vesícula biliar para o colédoco. Em aproximadamente 50% dos casos de coledocolitíase, os pacientes são assintomáticos, o que implica uma melhor avaliação de todo paciente com colelitíase.
8. Para evitar o manejo inapropriado da suspeita de coledocolitíase, criaram-se os “fatores preditivos de coledocolitíase”, os quais associam critérios clínicos, laboratoriais e de imagem, o uso de qualquer desses de forma independente tem pouco valor diagnóstico. De critérios clínicos, os mais importantes são a presença de sinais como icterícia, colestase (colúria e acolia fecal) e colangite. Como critérios laboratoriais, bilirrubina total, gama-glutamiltransferase (gama-GT), fosfatase alcalina, transaminase oxalacética (TGO) e transaminase pirúvica (TGP) tem sido os mais usados, os quais, quando elevados, sugerem processo obstrutivo da via biliar. A ultrassonografia abdominal (USG) tem sido o exame de imagem mais usado para investigação primária da coledocolitíase, sendo de importante valor quando há dilatação da via biliar ou cálculo presente na mesma

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da colelitíase depende da existência de sintomatologia ou não, dividindo-se em:

Colelitíase assintomática: o tratamento cirúrgico é controverso. Alguns grupos defendem a cirurgia profilática antes que aconteça alguma complicaçāo e outros defendem que é preferível aguardar e acompanhar clinicamente, pois existem pacientes que convivem o resto da vida com o cálculo biliar sem apresentar sintoma algum.

Colelitíase sintomática (cólica biliar): nestes casos, o tratamento cirúrgico é, stá indicado principalmente para evitar maiores complicações, que podem colocar a vida do paciente em risco.



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

2. Existem dois tipos de intervenção cirúrgica:

Colecistectomia convencional ou aberta: a cirurgia é realizada com uma incisão (corte) que pode variar de tamanho, de acordo com o porte do paciente (em média de 15-30cm). O paciente permanece internado em média de 02 a 03 dias e necessita de um tempo de maior de recuperação, em torno de 30 dias, pra voltar às atividades normais, em especial atividades físicas. As complicações pós-operatórias mais comuns são pulmonares, tromboembolismo e infecciosos em especial na ferida cirúrgica, porém correspondem a menos de 4% dos pacientes submetidos ao procedimento.

Colecistectomia videolaparoscópica: a cirurgia é realizada por meio de quatro pequenas incisões de 0,5 cm cada uma no abdômen. Geralmente o paciente fica internado um dia no hospital e o retorno às atividades normais se dá entre 07 e 15 dias. As complicações pós-operatórias são menos frequentes do que na cirurgia convencional, no entanto o procedimento só deve ser realizado por profissionais com maior experiência na técnica.

3. Atualmente, considera-se, segundo a ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy), que os pacientes de baixo risco para a presença de coledocolitíase devam ser submetidos diretamente à colecistectomia videolaparoscópica, sem nenhum outro exame complementar. Já os de risco intermediário, há necessidade de complementação com algum exame de imagem, sendo que pode ser pré-operatório, como a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e o ultrassom endoscópico (UE), ou pode ser intraoperatório, utilizando-se a colangiografia intraoperatória (CIO) ou o ultrassom laparoscópico (UL). **Os pacientes de alto risco de coledocolitíase devem ser submetidos à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pré-operatória .**



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

DO PLEITO

1. Transferência hospitalar para leito em hospital com serviço em colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. O caso em tela trata-se de paciente de 53 anos de idade, com quadro de colelitíase e coledocolitíase que apresentava-se internada no Hospital da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim aguardando vaga de transferência hospitalar para ser submetida a CPRE após já ter realizado o procedimento de colecistectomia.
2. Consta nestes autos apenas a solicitação de regulação, não tendo sido anexados outros documentos médicos, não foram descritas quais são as comorbidades da requerente e as medicações que usa regularmente, para que se justifique a impossibilidade de deslocamento. Ademais, não há nenhuma menção ao procedimento cirúrgico de colecistectomia que a paciente foi submetida (achados intraoperatórios, se foi realizada exploração do colédoco). Pelo tempo decorrido desde o início do pleito também é possível que a paciente já não se encontre mais internada.
3. Verificamos que apesar do exame de imagem descrito (ultrassom) não identificar a presença de coledocolitíase ou de dilatação de vias biliares, os exames laboratoriais mostram um aumento dos marcadores de colesterol que podem estar relacionados ou não a presença de coledocolitíase, sendo a CPRE uma importante ferramenta diagnóstica neste momento. Porém por se tratar de uma patologia dinâmica (quadro pode se modificar assim como a indicação do exame) e devido ao lapso temporal desde a solicitação (aproximadamente dois meses), não é possível afirmar sobre a indicação neste momento, a escassez de dados atualizados da paciente e de seu quadro clínico prejudicam a confecção de um parecer técnico detalhado.
4. **Sendo assim, este NAT entende que caso a paciente não se encontre mais internada, cabe a SESA disponibilizar a avaliação da Requerente por um**



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

cirurgião geral, em hospital da rede estadual do SUS que forneça o procedimento pleiteado, este profissional poderá realizar uma avaliação minuciosa e atualizada do caso, verificando a manutenção da necessidade de CPRE na consulta e já agendar o exame. Caso a paciente ainda se encontre internada, cabe ao cirurgião geral que realizou o procedimento cirúrgico confeccionar laudo detalhado informando achados operatórios e avaliação atualizada da paciente, para que então a SESA disponibilize o procedimento de CPRE em hospital do SUS que realize tal exame.

5. Sabemos que a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica (CPRE) é procedimento oferecido pelo SUS sob o código 04.07.03.025-5, trata-se de procedimento de alta complexidade e consiste em uma técnica endoscópica complexa na qual um endoscópio de visualização lateral é guiado para o duodeno, permitindo a passagem de instrumentos para os ductos biliares, os quais são opacificados pela injeção de um meio de contraste, permitindo a visualização radiológica e uma variedade de intervenções terapêuticas, no caso, para tratamento da coledocolitíase e icterícia obstrutiva, embora tenha como benefício o manejo minimamente invasiva dos distúrbios biliares, deve ser realizada para indicações bem aceitas em paciente elegíveis por endoscopistas treinados por meio de técnicas padrões, com consentimento informado e esclarecido e comunicação bem documentada ao paciente antes e após o procedimento.
6. **Concluímos que, devido à escassez de informações médicas, não é possível para este NAT definir sobre a urgência médica.**





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

REFERÊNCIAS

1. SANKARANKUTTY, A. et al. **Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia?** Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(5): 436-440. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n5/17.pdf>
2. COELHO, J.C.U. **PREVALÊNCIA E FISIOPATOLOGIA DA LITÍASE BILIAR EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.** ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):120-3. Disponível em :<https://www.scielo.br/pdf/abcd/v22n2/11.pdf>
3. NUNES, S. I. et al. **Colelitíase assintomática: quando operar?** HU rev., Juiz de Fora, v.33, n.3, p.69-73, jul./set. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/69/46>
4. MAYA, M.C.A. et al. **Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, p 52-60. Ano 8, Janeiro / Junho de 2009. Disponível em : <http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=169>

MELO, C. G. et al. **Coledocolitíase: da suspeita ao diagnóstico.** Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2017;62(1):35-41. Disponível em : file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/90-145-1-SM.pdf