



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 523/2019

Vitória, 15 de abril de 2019

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível de Itapemirim, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **Consulta com Reumatologista, com urgência.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com o Termo de Reclamação, o Requerente foi diagnosticado com espondilite anquilosante e artrite reumatoide soro negativa, apresentando dores com muita dificuldade de locomoção, inclusive fazendo uso de muletas. Está perdendo os movimentos do corpo principalmente mãos e pernas, tendo dificuldade até para pegar objetos. Alega que ao procurar o SUS foi encaminhado pelo médico traumatologista e ortopedista Dr. Márcio Rezende Bellote, CRMES 61 08, ao médico reumatologista que é o especialista que cuida de sua adoença, para avaliação e conduta. Informa que segundo recomendações médicas apenas o HUCAM teria o os especialista do qual necessita. Informa que deu entrada na solicitação juntamente a AMA de Itapemirim com o pedido da consulta em 03/04/2019 e que aguarda até o momento o agendamento da consulta. Pela urgência que tem nesse agendamento **recorreu à via judicial no dia seguinte da sua solicitação juntamente a AMA, isto é, 04/04/2019.**
2. Às fls. 06 Guia de Referência e Contra Referencia encaminhando o paciente para consulta com reumatologista por conta da hipótese diagnóstica de espondilite



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

anquilosante.

3. Às fls. 07 resultado do exame de HLAB27 – detecção de PCR – positivo.
4. Às fls. 08 laudo médico emitido em 21/05/2018, pelo Dr. Alex Freire Neves informando que o Requerente teve sua primeira consulta neste dia com quadro de lombalgia inflamatória, poliartralgia em pequenas e grandes articulações. HLA B27+. Ressonância magnética de sacroilíacas normal e PCR elevada, possuindo assim critérios para o diagnóstico de espondilite anquilosante. Solicitou novos exames e iniciou o uso de AINES (anti-inflamatórios não esteroides).
5. Às fls. 09 outro laudo médico emitido em 24/09/2018 pelo mesmo profissional, com registro de ter realizado duas consultas (21/05/2018 e 03/09/2018), sendo prescrito metotrexato 2,5 mg, ácido fólico 5mg, prelone 5mg, com exames de PCR: 12, VHS: 24 e RNM de 2018 com alterações inespecíficas. Encaminha para perícia.
6. Às fls. 10 prescrição dos medicamentos mencionados.
7. Às fls. 11 laudo médico de difícil legibilidade com informação de dores em região cervical e lombar, perda de força em MMSS e MMII, RNM cervical e lombar com artrose e protusão discal, rigidez cervical (?). Antígeno HLA B27 + compatível com espondilite anquilosante.
8. Às fls. 12 laudo médico emitido em 22/05/18, carimbo ilegível, encaminhando o paciente para perícia médica a fim de obter benefício por não poder exercer suas funções laborais.
9. Às fls. 13 laudo médico emitido pelo Dr. Eduardo Elias Vieira em 18/09/2018, informando que o Requerente apresentava quadro de poliartralgia, estando em tratamento com reumatologista, estando impossibilitado para o trabalho.
10. Às fls. 14 encaminhamento para o oftalmologista por queixa de queimação nos olhos.
11. Às fls 15 e 16 resultado de exames já mencionados nos laudos médicos acima descritos.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

12. Às fls. 17 consta solicitação de fisioterapia datada de 18/08/2018.
13. Às fls. 18 confirmação do protocolo de solicitação de consulta com reumatologista juntamente a AMA em 03/04/2018.

DA PATOLOGIA

1. A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem (segunda a quarta décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos⁽³⁾ **(D)**.
2. A espondilite de início no adulto, que se inicia a partir dos 16 anos, costuma ter como sintoma inicial a lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada e predomínio dos sintomas axiais durante sua evolução. A doença juvenil, que se manifesta antes dos 16 anos de idade, costuma iniciar-se com artrite e entesopatias periféricas, evoluindo, somente após alguns anos, para a característica lombalgia de ritmo inflamatório. A doença juvenil costuma ter diagnóstico mais tardio, e muitos destes pacientes podem ser diagnosticados como artrite reumatóide juvenil, no início dos sintomas. O comprometimento do quadril é mais frequente na criança do que no adulto, o que determina um pior prognóstico, pela necessidade de próteses totais de quadril em muitos pacientes⁽⁴⁾ **(B)**.
3. A frequente associação com o HLA-B27 faz com que a doença seja mais comum em populações brancas, onde a prevalência do HLA-B27 é significativamente maior. Por sua vez, a positividade do HLA-B27 nos pacientes espondilíticos pode variar entre 80% a 98%, sendo mais elevada em populações brancas não miscigenadas do norte da Europa⁽⁵⁾ **(D)**. Devido à extrema raridade da presença do HLA-B27 em populações negras africanas, a doença é muito pouco frequente em negros; no Brasil, país de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

intensa miscigenação racial, a doença, bem como outras espondiloartropatias, costuma ser encontrada em mulatos (devido à influência da ascendência genética branca), mas é bastante rara em negros não miscigenados⁽⁶⁾**(B)**. Para a confirmação do diagnóstico da doença, os critérios mais utilizados são os de Nova York modificados, que combinam critérios clínicos e radiográficos.

4. Os critérios clínicos são:

- Dor lombar com mais de três meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviada pelo repouso;
- Limitação da coluna lombar nos planos frontal e sagital;
- Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo).

Os critérios radiográficos são:

- Sacroilíte bilateral, grau 2, 3 ou 4;
- Sacroilíte unilateral, grau 3 ou 4.

Para o diagnóstico de doença, é necessária a presença de um critério clínico e um radiográfico⁽⁷⁾**(C)**.

DO TRATAMENTO

1. Inicialmente, o paciente espondilítico deve ser informado de que, embora a doença seja crônica, apresenta boas perspectivas terapêuticas nos dias de hoje, e de que a agregação familiar da doença somente costuma ser observada em famílias de pacientes HLA-B27 positivo. O amparo psicológico, visando à perfeita integração à sociedade, é fundamental na condução terapêutica dos pacientes espondilíticos.
2. A fisioterapia, notadamente os programas de exercícios supervisionados, deve ser realizada de maneira sistemática em todos os estágios da doença, já que os seus



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

benefícios na prevenção de limitações funcionais e na restauração de uma adequada mobilidade articular somente são observados no período em que o paciente realiza os mesmos⁽⁹⁾**(A)**.

3. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) devem ser utilizados desde o início do tratamento; não existem trabalhos evidenciando que um determinado AINH se mostre superior aos outros na comparação direta, embora na prática clínica exista o consenso de que a indometacina parece apresentar melhores resultados terapêuticos⁽¹⁰⁾**(C)**. O uso dos modernos anti-inflamatórios Cox-2 específicos, em pacientes com potencial risco de toxicidade gastrointestinal ou que não toleram os AINH convencionais, parece representar uma boa opção para casos de uso prolongado de AINH⁽¹¹⁾**(A)**. Estudo recente demonstra que o uso contínuo dos AINH apresenta melhor resposta quanto aos danos estruturais da doença, em comparação ao uso intermitente dos mesmos⁽¹²⁾**(D)**.
4. O uso de corticosteróides é reservado a casos específicos. Em pacientes com artrite periférica persistente, o uso de prednisona, até a dose de 10 mg/dia (ou equivalente) pode ser intermitente, enquanto houver atividade de doença⁽¹³⁾**(D)**. A utilização de metilprednisolona por via endovenosa não está ainda bem estabelecida, mas pode ser usada em casos muito sintomáticos⁽¹⁴⁾**(A)**. O uso de corticosteróide por via intra-articular pode ser uma alternativa em casos de artrite persistente ou sacroilíte refratária (nestes casos, recomenda-se que a infiltração seja guiada por tomografia computadorizada ou ressonância magnética)⁽¹⁵⁾**(C)**.
5. Nos pacientes não responsivos ao uso crônico de AINH devem ser utilizadas drogas de base de ação prolongada. A sulfasalazina, na dose de 30 a 50 mg/kg/dia, apresenta resposta mais significativa na artrite periférica⁽¹⁶⁾**(B)** e na prevenção de surtos recorrentes de uveíte⁽¹⁷⁾**(A)**. O metotrexato, na dose semanal de 7,5 a 25mg, por via



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

oral ou intramuscular, também apresenta melhor resposta nos pacientes com doença de comprometimento periférico⁽¹⁸⁾**(B)**, havendo necessidade de melhores estudos para se avaliar sua eficácia nas formas axiais e nas ênteses. Experiências isoladas de especialistas mostram uma tendência a se obter uma boa resposta com o uso da leflunomida⁽¹⁹⁾**(B)**. O uso de talidomida⁽²⁰⁾**(B)** e de pamidronato⁽²¹⁾**(A)** tem mostrado resultados iniciais promissores (em estudos isolados e com pequenas casuísticas), mas ainda são necessários estudos controle de qualidade para estabelecer os reais riscos e benefícios de seu uso a médio e longo prazo.

6. Nos últimos anos, surgiu uma nova classe de drogas de base, os agentes biológicos, que tem demonstrado uma ação bastante eficaz em pacientes refratários ao tratamento convencional. Especificamente, destacam-se o infliximabe e o etanercepte. O infliximabe é uma medicação de uso endovenoso, que requer que sua administração seja realizada em centros de infusão que tenham equipe médica com experiência no acompanhamento destes casos; recomenda-se que seja administrado na dose de 3 a 5 mg/kg, apresentando um esquema de ataque (doses a 0, 2 e 6 semanas) e outro de manutenção, a cada seis a oito semanas, sendo efetivo no controle da atividade da doença⁽²²⁾**(A)**, na redução dos índices laboratoriais⁽²³⁾**(B)**, na melhoria da qualidade de vida⁽²⁴⁾**(A)** e na redução do uso de AINH⁽²⁵⁾**(B)**. O etanercepte é utilizado na dose de 25 mg, via subcutânea, duas vezes por semana, sendo efetivo na melhora da dor, função, qualidade de vida⁽²⁶⁾**(A)** e redução dos índices laboratoriais⁽²⁷⁾**(A)**. Na doença juvenil refratária à sulfasalazina e ao metotrexato, os agentes biológicos também podem ser uma boa opção terapêutica⁽²⁸⁾**(D)**. Após análise das recomendações para o uso de agentes biológicos nas espondiloartropatias, podemos ratificar os seguintes critérios, propostos pela Canadian Rheumatology Association: o uso do infliximabe e/ou do etanercepte está indicado para a redução de sinais e sintomas de pacientes com espondiloartropatia ativa de moderada a grave intensidade, em indivíduos com resposta inadequada a dois ou mais AINH num período mínimo de observação de três meses, e que não responderam ao uso de metotrexato ou sulfasalazina em casos de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

artrite periférica em atividade⁽²⁹⁾**(D)**. Os estudos atuais mostram ação terapêutica dos agentes biológicos, como monoterapia, por período de até três anos; AINH, metotrexato ou sulfasalazina podem ser usados concomitantemente às drogas anti-TNF, embora não exista nenhuma evidência de uma ação sinérgica entre estas drogas⁽²⁹⁾**(D)**. Estudos recentes mostram que o uso crônico do infliximabe por período de dois anos pode impedir a progressão radiológica da doença⁽³⁰⁾**(D)**, embora a suspensão da droga após três anos de tratamento possa levar à reagudização da doença⁽³¹⁾**(D)**.

DO PLEITO

1. Consulta com Reumatologista

II – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos presentes nos autos, depreende-se que o Requerente apresenta quadro clínico sugestivo de espondilite anquilosante associado ao fato de apresentar HLA B27+.
2. No laudo médico não consta informação de falência terapêutica com os medicamentos em uso e fisioterapia indicada, até porque o Requerente apresenta algumas alterações no exame de imagem descritas em laudo médico que são compatíveis com doença degenerativa como artrose e protusão discal.
3. O encaminhamento médico para o reumatologista não informa urgência na realização da consulta. Consta em um dos laudos médicos que o Requerente já vinha sendo acompanhado com reumatologista.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. A solicitação da consulta a AMA de Itapemirim se deu em 03/04/2019 e a Ação foi judicializada em 04/04/2019, sem que houvesse tempo hábil para qualquer tramitação administrativa.
5. Em conclusão este NAT entende que o Requerente necessita ser acompanhado por reumatologista, principalmente por apresentar já dificuldades de locomoção e força em membros superiores e inferiores e quadro sugestivo de espondilite anquilosante. No entanto, não caracteriza urgência médica, por não ser agravo agudo e não corresponder ao conceito de urgência e emergência do Conselho Federal de Medicina. Isto não significa que não tenha que ter uma previsão que respeite o princípio da razoabilidade para o agendamento da consulta.
6. Como norteammento, cumpre citar o Enunciado 93 - ENUNCIADOS DA I, II E III JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: “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.”

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Sampaio-Barros PD et al. Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica. Rev. Bras. Reumatol. vol.44 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So482-50042004000600012