



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 771/2021

Vitória, 20 de julho de 2021

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial da Fazenda Pública de Serra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito deste Juizado, sobre o procedimento: **transferência hospitalar com suporte em neurologia e psiquiatria + Ressonância Magnética de Crânio com sedação.**

I-RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente de 35 anos, após sofrer um grande trauma apresentou sérios problemas psicológicos, parando de falar e logo em seguida de se locomover, sendo atendida no UPA da Serra Sede em 07/07/2021. Após três dias foi constatado piora do quadro, sendo então requisitado sua transferência para o Hospital Jaime dos Santos Neves. Permanece neste Hospital desde 09/07/2021, aguardando transferência para hospital com suporte neurocirúrgico e psiquiatria, sendo indicado o Hospital Central. Após crises convulsivas foi encaminhada ao CTI. Para fins diagnóstico é necessário uma ressonância magnética craniana com sedação, como não seria possível tal procedimento no hospital em questão, teria que ser transferida para outro hospital com referência em neurocirurgia e psiquiatria para continuidade do tratamento. Devido a espera o médico assistente indicou urgência em sua transferência para o Hospital psiquiátrico e ainda realização da ressonância magnética craniana com sedação. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. não numeradas consta laudo médico, emitido em 17/07/2021 pelo Dr. Túlio Barcelos Denadai, cirurgia coloproctologia, CRM ES 11451, em papel timbrado do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, descrevendo internação hospitalar em



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

09/07/2021 e internação UTI em 14/07/2021, devido desorientação, rigidez A/E (síndrome neuroléptica maligna? TEPT?). Paciente com relato de quadro de hipotonia e hipoatividade após evento traumático, e acompanhamento psiquiátrico. Ao exame olhar vago, chorosa, aparenta realizar resistência com membros inferiores no teste de manter elevados e sem caída abrupta. TC crânio sem sinais de patologias neurocirúrgicas agudas. Aguardando transferência para unidade com atendimento psiquiátrico (urgente); aguardando ressonância magnética de crânio (urgente). CID10: F20.2 – esquizofrenia catatônica.

3. Às fls. não numeradas consta laudo médico, emitido em 08/07/2021 pelo Dr. Carlos Roberto de Souza, clínico, CRM ES 4654, em papel timbrado da Prefeitura da Serra – UPA 24 h Serra, descrevendo paciente com história de ter iniciado há 01 mês com quadro de hipoatividade e desorientação, após um evento traumático. Está em acompanhamento desde então com psiquiatra em ajuste de medicações, porém com piora progressiva do quadro. Em investigação de síndrome neuroléptica maligna. Com piora do quadro, rigidez muscular, tremor, nenhuma interação e edema de membro inferior esquerdo. Esta há duas semanas sem evacuar e há um dia sem urinar. Hipotermia, pequeno edema de pé e tornozelo esquerdo, sem sinais inflamatórios e desidratação. “Paciente no momento necessitando internação em unidade hospitalar, vaga de enfermagem” com suporte em psiquiatria/neurologia.
4. Às fls. não numeradas consta Espelho da Solicitação, emitido em 06/07/2021 da UPA da Serra para o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Descreve o quadro clínico descrito acima.

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



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

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. No caso em tela a paciente não tem um diagnóstico definitivo e sim hipóteses diagnósticas. Descreveremos então sobre a principal hipótese diagnóstica.
2. **Síndrome neuroléptica maligna (SNM)** é uma emergência neurológica com risco de vida associada ao uso de agentes antipsicóticos (neurolépticos) e caracterizada pela tétrade clínica: alteração do estado mental, rigidez, febre e disautonomia. A mortalidade resulta diretamente das manifestações disautonômicas da doença e de complicações sistêmicas. É uma complicação idiossincrática associada à administração de agentes antipsicóticos e outros fármacos como L-dopa, antidepressivos e agentes anti-histamínicos, sua ocorrência, não tão rara, pode tornar-se uma complicação grave e potencialmente fatal. Clinicamente pode ser caracterizada



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

por febre, rigidez muscular acentuada (catatonia, semelhante às formas graves de parkinsonismo), flutuações do nível de consciência, mudanças no estado mental e autonômico, assim como sintomas extrapiramidais e pulmonares ao uso dos neurolépticos.

3. A progressão para episódios fulminantes e letais de SNM ocorre menos devido ao reconhecimento difundido e ao diagnóstico precoce dessa reação fármaco-induzido. Apesar dessa diminuição da frequência, a SNM continua sendo uma significativa causa de morbidade e mortalidade (10%) entre os pacientes sob uso de antipsicóticos. Ocorre principalmente no início de tratamento (80%), com prevalência variável de 0,07% a 2,4%. A mortalidade é de 15% a 20%, podendo chegar a 38% quando utilizada medicação de depósito
4. Variáveis farmacológicas e terapêuticas têm sido ressaltadas como fatores de risco para SNM. As medicações mais comumente associadas à SNM são os antipsicóticos bloqueadores do receptor D2 de dopamina, ou antagonistas da dopamina, entre eles o haloperidol, provavelmente por ser prescrito mais comumente e ser o antipsicótico mais usado para neuroleptização rápida e de alta dosagem. Quando comparados, os antipsicóticos antagonistas da dopamina convencionais de alta potência têm sido mais correlacionados com a SNM do que os de baixa potência ou os antipsicóticos atípicos.
5. Casos diagnosticados sob os critérios do DSM-IV têm sido reportados com clozapina, olanzapina e risperidona, estudos confiáveis implicando monoterapia com quetiapina, ziprasidona ou aripiprazol permanecem raros. Um estágio de SNM-like pode ser observado após a retirada de fármacos antiparkinsonianos em pacientes com doença de Parkinson (DP), incluindo L-Dopa e amantadina, recomendando-se a diminuição das doses para prevenção da SNM nesses pacientes.
6. O lítio produz SNM mais frequentemente quando usado com neurolépticos do que quando é administrado isoladamente. Episódios de SNM induzidos por antidepressivos ocorrem, ao apresentarem efeitos de antagonista de dopamina como amoxapina, um antidepressivo tricíclico, ou dothiepina e trimipramina, com possível atividade receptor-bloqueadora dopaminérgica pós-sináptica. Nortriptilina, assim



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

como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), tem sido reportada como indutora da SNM em monoterapia em pacientes sem exposição prévia a fármacos neurolépticos. Tratamento por longo período com antidepressivos pode resultar em supersensibilidade de receptores colinérgicos, o que pode também criar um estado hipodopaminérgico. Entretanto, há evidências insuficientes demonstrando um desequilíbrio entre sistemas neurotransmissores de dopamina e de outro neurotransmissor na SNM desencadeada por antidepressivos.

7. Uma indução potencial de SNM pode ocorrer na redução das atividades dopaminérgica e colinérgica nos núcleos da base que tem sido reportada em uso de altas doses de benzodiazepínicos, que em baixas doses reduz a atividade colinérgica, assim como a ocorrência de SNM em pacientes expostos a fenotiazina que estavam usando zopiclone tem sido descrita. Segundo Samson-Fang e Norlin um estado de hipoatividade GABA favorece a ocorrência de SNM durante a retirada de baclofeno por via subaracnoidea.
8. Outros fármacos como difenidramina, prometazina, metilfenidato, droperidol, e metoclopramida, têm sido relacionados a episódios de SNM, assim como após algumas doses de venlafaxina. Em outras palavras, a associação desses fatores com a SNM em alguns pacientes pode não compensar os benefícios dos antipsicóticos para a vasta maioria dos pacientes psicóticos.
9. História prévia de ocorrência de SNM indicando um risco aumentado para o desenvolvimento futuro da síndrome mostra, por exemplo, que alterações genômicas constitucionais podem estar relacionadas à SNM, assim como tem sido reportado o aumento do risco de ocorrência de SNM em gêmeos, em casos de SNM familiar e em casos de alterações cromossomais.
10. A SNM é mais comumente reportada em jovens e adultos de meia idade, apesar de poder ocorrer em todas as idades. Algumas condições clínicas e ambientais podem aumentar a gravidade do quadro de SNM como desidratação, deficiência de ferro, níveis altos de CPK sérica, temperatura e alta umidade relativa do ar, assim como tem sido mais reportada em regiões de clima frio durante todas as estações. A ocorrência



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico-NAT

de SNM pode se relacionar mais com determinadas condições psiquiátricas, como esquizofrenia, transtorno afetivo e outras condições clínicas como Coréia de Huntington, doença de Wilson, alcoolismo, retardo mental, usuários de cocaína utilizando neurolépticos. O aumento do risco em pacientes usuários de cocaína pode se correlacionar com alterações no sistema dopaminérgico.

Quadro 1 – Critérios do DSM-IV-TR para diagnóstico de síndrome neuroléptica maligna.

A- Desenvolvimento de rigidez muscular grave e hipertermia associados com uso de neurolépticos
B- Dois ou mais sintomas: Diaforese (sudorese abundante) Disfagia Tremor Incontinência Confusão/coma Mutismo Taquicardia/taquipneia Pressão arterial elevada ou instável Leucocitose CPK elevada
C- Os sintomas dos critérios A ou B não são devidos a uma substância (p. ex.: fenciclidina).
D- Os sintomas dos critérios A ou B não são bem explicados por um transtorno mental.

Tabela 1 – Achados laboratoriais esperados durante a síndrome neuroléptica maligna (Adaptado de Ananth e col.²).

Exames Laboratoriais	Achados Esperados
Temperatura	37,38–40° C; casos com elevações maiores ou sem febre têm sido relatados.
Pressão arterial	Altamente lábil com hipotensão e hipertensão
CPK	Elevada: acima de 10.000–40.000 U/L na maioria dos casos; algumas vezes somente elevação moderada ou sem elevação.
Leucócitos	Leucocitose inespecífica com ou sem desvio à esquerda.
Urina	Proteinúria e mioglobinúria, corpúsculos granulados não são vistos em todos os casos.
Sódio sérico	Ambos, hiponatremia ou hipernatremia podem ser reportados.
Ferro sérico	Usualmente baixo.
Cálcio e magnésio séricos	Baixos.
Gasometria arterial	Exibe acidose metabólica ou hipóxia.
Eletroencefalograma	Normal à diminuição difusa.
LCR	Sem evidência de infecção, apesar de alguns níveis protéicos estarem discretamente elevados.
Enzimas	Aumento da desidrogenase láctica, alanina aminotransferase, aspartato aminotransferase e fosfatase alcalina.

LCR = líquido cefalorraquidiano



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

Quadro 2 – Diagnósticos diferenciais da síndrome neuroléptica maligna (Adaptado de Strawn e col.³).

Causas infecciosas
Meningites ou encefalites
Síndrome encefalomiélica pós-infecciosa
Abscesso cerebral
Sepse
Causas neuropsiquiátricas
Catatonia maligna idiopática
Delírio
Efeitos benignos extrapiramidais
Estado epiléptico não convulsivo
Lesões estruturais, particularmente envolvendo o mesencéfalo
Causas tóxicas ou farmacológicas
Delírio anticolinérgico
Envenenamento por salicilato
Hipertermia maligna (anestésicos inalatórios, succinilcolina)
Síndrome setoninérgica (inibidores de monoaminaoxidase, triptanos, linezolida)
Substâncias de abuso (anfetaminas, alucinógenos)
Retirada de agonistas de dopamina, baclofeno, hipnóticos-sedativos e álcool
Causas endócrinas
Tireotoxicose
Feocromocitoma
Causas ambientais
Choque térmico

DO TRATAMENTO

1. Tratamento farmacológico: por se tratar de uma desordem iatrogênica autolimitada e, como observado na conduta médica de muitos casos, a própria interrupção da medicação pode ser suficiente para reverter os sintomas. Não há consenso sobre tratamento farmacológico específico para SNM não complicada, e há apenas algumas evidências se fármacos específicos podem facilitar a recuperação. Pode-se utilizar:
 - a) Benzodiazepínicos - embora estudos de avaliação controlada de fatores de risco de SNM sugiram que não tem efeito preventivo, outros estudos sugerem que benzodiazepínicos administrados por via oral ou parenteral podem amenizar os sintomas e acelerar a resolutividade na SNM.
 - b) Agentes colinérgicos - Bromocriptina e amantadina, entre outros fármacos



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

dopaminérgicos, podem reverter o parkinsonismo na SNM, além de reduzir o tempo de recuperação e diminuir pela metade a mortalidade.

c) Dantrolene - O bloqueador neuromuscular dantrolene, devido à eficácia em hipertermia maligna anestésico-induzida, pode ser útil somente em casos de SNM com elevação de temperatura extrema, rigidez, e hipermetabolismo. O quadro é revertido rapidamente, porém, os sintomas podem retornar se a medicação for interrompida. Sua coadministração com benzodiazepínicos ou agonistas de dopamina é eficiente, todavia, a combinação com bloqueadores de canal de cálcio pode gerar um colapso cardiovascular.

2. Eletroconvulsoterapia - A efetividade do tratamento farmacoterápico é observada precocemente e improvável de ocorrer após os primeiros dias de tratamento, sendo assim, a eletroconvulsoterapia (ECT) pode ser efetiva se os sintomas forem refratários aos cuidados de suporte e à farmacoterapia mesmo tarde no curso da SNM, ou se catatonia maligna idiopática enquanto uma desordem psicótica subjacente não puder ser excluída, ou se o paciente tem catatonia persistente residual e parkinsonismo após a resolução dos sintomas agudos metabólicos agudos da SNM. A resposta do tratamento a ECT não se relaciona com idade, sexo, diagnóstico psiquiátrico ou qualquer aspecto particular da SNM. A ECT é um tratamento seguro na SNM, embora o uso de succinilcolina durante anestesia deva ser cuidadosamente considerado em pacientes com rabdomiólise grave para evitar o risco de hipercalemia e complicações cardiovasculares.
3. Segundo Adityanjee, Sajatovic e Munshi, em revisão de literatura sobre a ocorrência de sequelas neuropsiquiátricas da SNM, indivíduos com uma lesão pré-existente no SNC estão mais predispostos ao desenvolvimento de uma sequela persistente. Logo, o seu conhecimento é uma garantia, já que os antipsicóticos são amplamente usados em desordens psiquiátricas como esquizofrenia, assim como a resolução e o uso de estratégias baseadas em evidências para minimizar os fatores de riscos, ajudam os clínicos a reduzir a sequela persistente da SNM.



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

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente 35 anos, que apresentou sérios problemas psicológicos, parando de falar e logo em seguida de se locomover, após sofrer um grande trauma. Necessitando ser transferida para outro hospital com referência em psiquiatria para melhor investigação diagnóstica e continuidade do tratamento, sendo necessário também a realização de ressonância magnética de crânio com sedação.
2. Considerando que a paciente nos documentos visualizados não apresenta comorbidades previamente conhecidas; considerando que pela evolução e em se pensando em síndrome neuroléptica maligna a paciente pode evoluir para um quadro mais grave; este NAT conclui que a Requerente necessita de avaliação e acompanhamento com psiquiatra. Como o Hospital Dr. Jaime Santos Neves não possui leito de psiquiatria o pedido de transferência pelas informações nos documentos enviados ao NAT está indicado.
3. Como a paciente não tem diagnóstico definitivo, faz-se necessário prosseguir com a investigação do caso. Desta forma este Núcleo conclui que existe a necessidade da realização da ressonância magnética do crânio para afastar outras patologias e elucidar o diagnóstico. No caso em tela o hospital no qual a Requerente está internada realiza o exame pleiteado, sendo do estabelecimento a responsabilidade de realizá-lo.
4. Não está claro se a paciente necessita de ficar em UTI ou se pode ser transferida para leito de enfermaria, isto é importante para a definição do local a ser transferida. O NAT sugere que, enquanto não ocorra a transferência para estabelecimento hospitalar com leito de psiquiatria, o hospital providencie um psiquiatra para avaliar o caso, já que existe a possibilidade de ser uma síndrome neuroléptica maligna.
5. Pela possibilidade de ser uma síndrome neuroléptica maligna, o caso é de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), o que concede prioridade ao pleito.



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

6. **Em tempo, em contato telefônico nesta data com a Secretaria de Estado da Saúde, obtivemos a informação de que a Requerente não se encontra em leito de UTI e sim em enfermaria e que já foi avaliada por psiquiatra e que sua demanda atual é de acompanhamento neurológico, já que estão investigando outra possibilidade diagnóstica, diversa da citada nos Autos.**
7. Assim, **este NAT retifica sua conclusão, sugerindo ao Magistrado que requeira ao Hospital Jaime Santos Neves atualização do quadro clínico da Requerente, das hipóteses diagnósticas e conseqüentemente do pleito atual, sob pena de comprometer a Decisão do Magistrado.**

REFERÊNCIAS

Souza, Romes André Proença de et al; Síndrome neuroléptica maligna; Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 set-out;10(5):440-5; disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3137.pdf>. Acesso em 20/07/2021

Marchiori, Paulo E. et al; Síndrome Neuroléptica Maligna; Revista Neurociências V13 N3 (supl-versão eletrônica) – jul/set, 2005; Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2005/RN%2013%20SUPLEMENTO/Pages%20from%20RN%2013%20SUPLEMENTO-11.pdf>. Acesso em 20/07/2021



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