



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

PARECER TÉCNICO NAT/ TJES Nº 1459/2020

Vitória, 21 de dezembro de 2020

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível, Criminaç e da Fazenda Pública de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **Transferência hospitalar para leito urológico - Tratamento para ureterolitíase obstrutiva.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, 36 anos, encontra-se internada no Hospital Evangélico Litoral Sul desde 28/11/2020, com quadro de ureterolitíase obstrutiva, necessitando de vaga em leito de urologia. Está aguardando vaga, via central de vagas, desde 01/12/2020 e até o momento a transferência não ocorreu. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. sem número consta laudo médico, emitido em 10/12/2020 pela Dr^a Andrea Mansur, CRM ES 5448, descrevendo que paciente encontra-se internada desde 28/11/2020, aguardando vaga de urologia devido ureterolitíase obstrutiva a direita.
3. Às fls. não numeradas consta laudo da tomografia computadorizada do abdome superior e pelve, com data escrita a caneta – 05/12/2020, evidenciando fígado com leve alteração difusa do parênquima sugerindo esteatose, exibindo pequenos granulomas calcificados no lobo direito, cicatriciais; rim direito com moderada



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

hidronefrose, estando o ureter difusamente ectasiado até o nível do cruzamento com os vasos ilíacos, onde se observa calcificação grosseira medindo 10 mm x 8 mm, sugerindo cálculo ureteral, não sendo opacificado o ureter devido ao contexto obstrutivo, estando o ureter abaixo desse nível, com dimensões normais; pequeno cálculo no grupamento calicinar inferior do rim direito, medindo cerca de 7 mm.

4. Em anexo consta Decisão Judicial que define a tutela de urgência determinando aos Requeridos a transferência da paciente no prazo de 24 horas.

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



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

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. A **Nefrolitíase** ou Litíase renal é uma doença frequente que acomete mais homens (em proporção homem e mulher inferior a 2:1) e pode estar localizada nos rins, ureter, bexiga e uretra. A recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio de litíase, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.
2. Aproximadamente 75-80% dos pacientes com urolitíase apresentam cálculos de cálcio, sendo que a maioria destes são compostos primariamente de oxalato de cálcio e, com menor frequência, fosfato de cálcio. Os outros tipos principais incluem cálculos de ácido úrico, estruvita (fosfato de amônio magnésiano) e cistina. O mesmo paciente pode ter um cálculo misto. A formação dos cálculos urinários é o resultado de um processo complexo e multifatorial.
3. Os principais mecanismos fisiopatogênicos responsáveis pela sua formação são distúrbios metabólicos, infecções urinárias, anormalidades anatômicas e causas idiopáticas. Outros fatores envolvidos na litogênese são o pH urinário, o volume urinário e a dieta. Os principais fatores de risco conhecidos são: Questões dietéticas (baixa ingestão hídrica, dieta pobre em cálcio e rica em proteína animal e sódio); História prévia pessoal ou familiar de nefrolitíase; Infecção urinária de repetição; Uso de medicamentos (aciclovir, sulfadiazina e indinavir); Hipertensão, Diabetes e Obesidade. Os cálculos de cálcio estão associados a alterações bioquímicas urinárias: Hiper calciúria, com ou sem hipercalcemia; Hiper oxalúria (associada à doença inflamatória intestinal e/ou malabsorção intestinal ou hiper oxalúria primária);



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

Hipocitratúria, que pode ser importante em pacientes com acidose metabólica. No entanto, hipocitratúria leve ocorre numa proporção significativa de formadores de cálculo na ausência de acidemia aparente. Citrato é um importante inibidor da formação de cálculos de oxalato e fosfato de cálcio; entre outros. Em relação a outros tipos de cálculos: Ácido úrico – ocorrem principalmente devido urina persistentemente ácida (pH urinário < 5,5) bem como em situações de hiperprodução e excreção de ácido úrico; Estruvita – formam-se apenas em pacientes com infecção urinária crônica devido a micro-organismo produtor de urease como *Proteus* e *Klebsiella*; no entanto, tem-se observado que mesmo bactérias não produtoras de urease, tal como a *Escherichia coli*, podem criar condições litogênicas por centralizarem o processo de cristalização. Cistina – podem se desenvolver em pacientes com cistinúria (doença autossômica recessiva caracterizada por uma inabilidade no manuseio dos aminoácidos dibásicos).

4. Pacientes podem apresentar sintomas clássicos como cólica renal e hematúria, porém outros podem ser assintomáticos ou ter sintomas atípicos como dor abdominal, náusea, alteração de jato urinário, dor no pênis ou testículo. Classicamente quando o cálculo está no cálice renal e apresenta pequeno volume, costuma ser assintomático, causando somente hematúria microscópica. Quando dispostos na pelve renal, podem causar abrasão na movimentação, levando a dor lombar. A dor em cólica em maior intensidade, caracterizada pela cólica renal, ocorre após obstrução do fluxo urinário e, conseqüentemente, hidronefrose. A dor pode irradiar-se da região lombar para flanco ou também para testículos/grande lábio homolateral. É acompanhada de náusea, vômito e plenitude abdominal, podendo ocorrer hematúria macroscópica no episódio de dor. Presença de febre e piúria (> 5 leucócitos por campo em sedimento urinário) sugere pielonefrite sobreposta, com predisposição à bacteremia e sepse urinária.

DO TRATAMENTO



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

1. Cerca de 80% dos cálculos são eliminados espontaneamente com a urina. As pessoas que já tiveram um cálculo urológico têm uma chance de 50% de desenvolver um novo cálculo nos próximos 5 a 10 anos.
2. A cólica ureteral, descrita por Hipócrates, é tradicionalmente tratada utilizando-se inicialmente analgésicos de ação periférica e antiespasmódicos, como a dipirona e a hioscina, associados ou não aos anti-inflamatórios não hormonais. Analgésicos de ação central, como os opiáceos e seus derivados ficam reservados para casos em que o controle da dor é mais difícil. A hiper-hidratação é controversa uma vez que parece não contribuir na eliminação do cálculo e pode aumentar a dor. Uma nova abordagem no tratamento clínico dos cálculos ureterais é a chamada terapia expulsiva que consiste no uso de drogas relaxantes da musculatura ureteral a fim de reduzir a peristalse e aumentar o calibre funcional do ureter, facilitando assim a eliminação dos cálculos.
3. O emprego da terapia expulsiva requer controle contínuo do paciente, com avaliações clínica e de imagem semanais ou quinzenais. Tratamento intervencionista deve ser instituído caso não haja resposta clínica e progressão do cálculo, ocorram sinais de infecção ou piora da ureterohidronefrose. Efeitos adversos como hipotensão e palpitações ocorrem em cerca de 4% dos pacientes e interrupção do tratamento por efeito adverso das drogas em apenas 1% dos casos.



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

Observação de cálculos ureterais

Recomendações	NE	GR
Em pacientes com cálculos ureterais < 10 mm (sem a indicação de remoção ativa), a simples observação com avaliações periódicas é uma opção de tratamento inicial.	1a	A
A estes pacientes, pode-se oferecer medicação apropriada, a fim de facilitar a passagem dos cálculos durante o período de observação*.		

*Veja também a seção TME.

Recomendações	GR
Os cálculos renais deverão ser tratados em caso de crescimento, de obstrução urinária, de infecção sobreposta e de dor (aguda e/ou crônica) associada.	A
É necessário considerar a presença de comorbidades e também a preferência do paciente ao tomar a decisão de tratamento.	C
Se os cálculos renais não forem tratados, torna-se necessário realizar avaliações urológicas periódicas.	A

* Atualizado conforme consenso do painel.

4. O tratamento intervencionista dos cálculos urinários também passou por inúmeras mudanças nas últimas três décadas. Dor, infecção e dilatação da via excretora constituem 90% das indicações de remoção do cálculo; dor intratável responde por 70% dessas indicações. Os principais fatores que interferem no tipo de tratamento cirúrgico a ser utilizado são fatores do cálculo: seu tamanho e localização no trato urinário; e fatores do paciente: idade e a presença de comorbidades (obesidade, DM, cardiopatias, deformidades esqueléticas coagulopatias, infecção). Entre os principais métodos de tratamento intervencionista dos cálculos, os mais utilizados atualmente são: a litotripsia extracorpórea, a nefrolitotripsia percutânea e a ureterolitotripsia endoscópica. A cirurgia aberta constitui procedimento de exceção, porém não abandonado.
5. A **litotripsia extracorpórea (LEOC)** foi desenvolvida na Alemanha por Chaussy e colaboradores e introduzida na prática clínica em 1981. A fragmentação do cálculo por



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

ondas de choque aplicadas externamente ao paciente, rapidamente, se firmou como o principal método de tratamento graças aos bons resultados obtidos, baixa invasividade e pequena incidência de efeitos adversos. Apesar de ser o método mais utilizado no mundo para tratamento intervencionista de cálculos renais e ureterais, a LEOC apresenta como principal problema o fato de seus resultados serem diretamente dependentes do tamanho do cálculo. Quanto mais elevada a densidade do cálculo, avaliada em Unidades Hounsfield (UH), mais difícil será sua fragmentação. Assim a fragmentação de cálculos com até 500UH é de cerca de 100%, entre 500 e 1000UH, 85,7% e acima de 1000UH, 54,5%.

6. As indicações de LEOC atualmente são o tratamento de pacientes não-obesos (IMC < 30 ou peso < 120 kg), portadores de cálculos piélicos e caliciais superiores ou médios < 2 cm ou cálculos de cálice inferior < 1 cm, cuja densidade medida na tomografia seja inferior a 1000UH e distância pele-cálculo menor que 10 cm. As contraindicações absolutas são gravidez e coagulopatias não corrigidas.
7. Introduzida em 1976 por Fernström e Johansson, a **nefrolitotripsia percutânea** (NLPC) substituiu a cirurgia aberta no tratamento dos cálculos renais, sobretudo cálculos maiores que 2 cm. A NLPC consiste na remoção do cálculo, inteiro ou fragmentado, utilizando um nefroscópio introduzido na via excretora por meio de um orifício na pele de aproximadamente 2,5 cm. O procedimento ganha cada vez mais espaço e é atualmente o método de eleição no tratamento de cálculos renais > 2 cm, cálculos múltiplos, de grande dureza como os cálculos de cistina ou ainda nos casos de falha ou contraindicações da LEOC.
8. O tratamento intervencionista dos cálculos ureterais também vem sofrendo mudanças graças ao grande desenvolvimento da ureteroscopia, que consiste na remoção de cálculos do trato urinário por meio de um ureteroscópio introduzido pela uretra. A intervenção é indicada para remoção de cálculos ureterais maiores de 5 mm, uma vez que cálculos menores ou iguais a 5 mm são eliminados espontaneamente em 68% dos casos contra apenas 47% daqueles maiores de 5 mm.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

9. A **ureteroscopia semirrígida** é o método de eleição para o tratamento de cálculos de ureter distal com taxa de pacientes livres de cálculo de 94% contra 74% da LEOC. Para cálculos de ureter médio e superior, essas taxas se situam entre 77% e 91%, conforme o tamanho do cálculo, número melhor do que aquele obtido com a LEOC, que varia entre 41% e 82%.
10. O **ureteroscópio flexível** é uma evolução importante na ureteroscopia e deu origem a um novo conceito em endourologia que a chamada cirurgia retrógrada intrarrenal. É muito útil no tratamento de cálculos de ureter superior, de cálculos caliciais que não responderam à LEOC ou cálculos de cálice inferior com características desfavoráveis ao tratamento pela LEOC, ou seja, com densidade tomográfica acima de 1000UH, cálculos de cistina ou ainda em pacientes muito obesos.
11. As principais indicações de **cirurgia aberta** atualmente são: grandes massas de cálculo renal, ocupando todos os cálices renais, associadas a estenose de infundíbulo calicial; remoção de cálculo em pacientes que serão submetidos à cirurgia aberta para tratamento de outras patologias; má formações urinárias complexas ou ainda quando não se dispõe de material para realização de cirurgias menos invasivas, fato raro em países desenvolvidos, mas frequente no 3º mundo.

Seleção do procedimento para remoção dos cálculos ureterais (GR: A*)

	Primeira escolha	Segunda escolha
Ureter proximal (< 10 mm)	LECO	URS
Ureter proximal (> 10 mm)	URS (retrógrada ou anterógrada) ou LECO	
Ureter distal (< 10 mm)	URS ou LECO	
Ureter distal (> 10 mm)	URS	LECO

* Atualizado conforme consenso do painel.



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

Recomendação	GR
A remoção anterógrada percutânea dos cálculos ureterais é uma alternativa quando a LECO não está indicada ou quando ela apresenta falhas terapêuticas, bem como quando não se obtém acesso ao trato urinário superior de forma retrógrada (URS).	A
Os pacientes devem ser informados que a URS anterógrada está associada com uma chance aumentada de <i>stone-free</i> mediante a execução de um procedimento único, mas ela apresenta maiores taxas de complicações.	A

12. Encaminhar para Emergência em caso de:

- Cálculo com evidência de infecção concomitante;
- Cálculo obstrutivo em rim único ou em paciente transplantado renal;
- Dor refratária ao tratamento clínico (analgesia e terapia expulsiva);
- Insuficiência renal aguda.

DO PLEITO

1. Transferência hospitalar para leito urológico - Tratamento para ureterolitíase obstrutiva.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente 36 anos, encontra-se internada no Hospital Evangélico Litoral Sul desde 28/11/2020, com quadro de ureterolitíase obstrutiva, necessitando de vaga em leito de urologia. Está aguardando vaga, via central de vagas, desde 01/12/2020 e até o momento a transferência não ocorreu.
2. Sabe-se que existem duas modalidades de tratamento com Ureterolitotripsia. A que se



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

utiliza o ureterorenoscópio rígido se presta mais ao tratamento de cálculos ureterais até a altura das artérias ilíacas (inferior), enquanto a que utiliza o ureterorenoscópio flexível tem mais utilidade para tratamento de cálculos localizados no ureter proximal e rim.

3. No caso em tela, a paciente está internada, necessitando da avaliação do urologista para definir a melhor propedêutica. Não identificamos nos anexos a solicitação da cirurgia, ou a negativa da mesma. Há apenas a solicitação de transferência hospitalar para leito de urologia. Ademais os exames apresentados foram realizados recentemente que pode auxiliar numa decisão mais rápida quanto ao planejamento terapêutico. **Entendemos portanto que a paciente tem indicação de ser transferida para hospital que possua urologista em seu quadro, cabendo a ele definir qual será o procedimento adotado, a necessidade de novos exames pré cirúrgicos e o agendamento da data do procedimento caso esteja indicada. Cabe a SESA disponibilizar a transferência com prioridade, uma vez que a paciente já apresenta hidronefrose moderada em rim direito.**
4. A Extração Endoscópica de cálculo em ureter é um procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.09.01.015-4, descrita como procedimento cirúrgico do aparelho genitourinário, considerado de média complexidade. Assim como a nefrolitotomia percutânea sob o código 04.09.01.023-5.
5. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto** que vem provocando na paciente, e a presença de moderada dilatação pielocalicial a direita, entende-se que deva ter uma data definida para a transferência com prioridade. **Pelo lapso temporal, acreditamos que o requerente já teve sua transferência efetivada, uma vez que a decisão já foi emitida.**
6. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:



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

“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”.

7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente





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

REFERÊNCIAS

NETTO JR. N.R.; TOLEDO, Fº J.S.; LEITÃO, V. A. Nefrolitotripsia Percutânea. Projeto Diretrizes do CFM e AMB. Sociedade Brasileira de Urologia. 20 de junho de 2006. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/5_volume/33-Nefrolit.pdf.

LA ROCCA, R.L.R.; GATTÁS, N.; PIRES, S.R.; RIBEIRO, C.A. Litotripsia Extracorpórea. Projeto Diretrizes do CFM e AMB. Sociedade Brasileira de Urologia. 20 de junho de 2006. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/5_volume/32-Litotrip.pdf.

Litíase renal – RegulaSUS. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/resumo_litíase_renal_TSRS.pdf

Diretrizes de litíase urinária da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Disponível em: [file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/24-04-08%20\(2\).pdf](file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/24-04-08%20(2).pdf)

Equipe de Urologia do Sirio Libanês. Urologia. Cálculo Coraliforme. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/Paginas/calculo-coraliforme.aspx>.

Mazzucchi, E. et al. o que há de novo no diagnóstico e tratamento da litíase urinária? Rev Assoc Med Bras 2009; 55(6): 723-8. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/18.pdf>

Diretrizes para urolitíase. Fev 2012. Disponível em : <http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/06/369.pdf>