



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

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 161/2020**

Vitória, 28 de janeiro de 2020

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória-ES, requeridas pela MM Juíza de Direito Dra. Livia Regina Savergnini Bissoli Lage sobre os procedimentos: **atendimento terapêutico nas disfunções músculo esqueléticas, consulta em ortopedia, teste ergométrico, mapeamento de retina, tratamento de incontinência urinária de esforço por disfunção esfinteriana.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente de 63 anos apresenta dor e limitação de amplitude de movimento de joelho e foi indicado pelo ortopedista para atendimento fisioterapêutico; possui relato de dispneia aos esforços e histórico de tabagismo com solicitação de teste ergométrico pelo cardiologista; encontra-se em acompanhamento com oftalmologista com solicitação de mapeamento de retina; apresenta passado de prostatectomia radical em 2007 e evoluiu com incontinência urinária pós operatória e foi encaminhada pelo urologista para tratamento de incontinência urinária de esforço, por disfunção esfinteriana. Tais solicitações foram protocoladas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) porém não disponibilizados até o momento. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 10 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, com solicitação de atendimento fisioterapêutico nas disfunções músculo esqueléticas sob justificativa de paciente com dor e limitação de amplitude de movimento de joelho. Priorizar técnicas



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

analgésicas, alongamento de isquiotibiais, adutores e trato iliotibial.

3. Às fls. 11 consta laudo de radiografia de tórax, joelho direito e pé direito, datados em 15/06/2018, com evidência de espondiloartrose dorsal, osteófitos nos cêndilos femorais, platôs tibiais, eminências intercondilianas e retropatelares. Degeneração da cabeça do 1º metatarsiano, com esclerose, cistos subcorticais, osteófitos marginais e calcificações adjacentes. Degeneração dos sesamoides do 1º dedo. Redução dos espaços interfalangeanos dos 2º ao 5º dedos, com anquilose distal no 5º.
4. Às fls. 12 consta laudo de radiografia de coluna cervical, dorsal e lombossacra, datados em 15/06/2018 com evidência de corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior mantidos com osteófitos anteriores. Redução dos espaços discal C5-C6 com uncoartrose. Redução dos forames de conjugação cervicais inferiores. Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior mantidos, com osteófitos marginais. Redução dos espaços discais dorsais inferiores e lombares. Calcificações parietais da aorta abdominal.
5. Às fls. 13 consta procedimento de consulta em ortopedia, datado em 09/10/2019 na situação devolvido, por falta de informações, com solicitação de envio de dados clínicos e exames complementares.
6. Às fls. 14 consta laudo de cintilografia óssea, datado em 26/09/2019, com impressão diagnóstica de alteração no 4º arco costal posterior esquerdo sugestivo de implante secundário. Processos ostearticulares (inflamatórios e/ ou degenerativos).
7. Às fls. 15 consta laudo de ressonância magnética da coluna lombar, datado em 18/02/2019, com conclusão de espondiloartrose dorsal inferior/ lombar multissegmentar com redução de amplitude dos forames de conjugação predominando à esquerda em L3 -L4 e bilateralmente em L4-L5 e sobretudo L5-S1. Espondiólise bilateral em L5 com deslizamento anterior de L5 sobre S1.
8. Às fls. 16 consta Boletim de Procedimento Ambulatorial Individualizado – BPAI, com solicitação de teste ergométrico sob justificativa de dispneia aos esforços e tabagismo.
9. Às fls. 17 consta Boletim de Procedimento Ambulatorial Individualizado – BPAI, com



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

solicitação de mapeamento de retina, sob justificativa de catarata em ambos os olhos.

10. Às fls. 18 consta encaminhamento para fisioterapia, em papel timbrado da Prefeitura de Vitória com história da doença atual de prostatectomia radical em 2007. Desenvolveu incontinência urinária pós-operatória. Deseja tratamento. Eletroestimulação? Bio feedback?
11. Às fls. 34 consta formulário do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III com solicitação de consulta em oftalmologia – retina geral para mapeamento de retina na situação pendente em 12/07/2019.
12. Às fls. 35 consta formulário do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III com solicitação de consulta em ortopedia na situação pendente em 06/11/2019.
13. Às fls. 36 consta formulário do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III com solicitação de teste ergométrico na situação pendente em 03/12/2019.
14. Às fls. 37 consta laudo médico, datado em 13/10/2011 com a informação de que o paciente é portador de neoplasia da próstata, encontra-se em tratamento oncológico. Com incontinência urinária permanente devido ao tratamento de câncer de próstata.

## 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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de



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

setembro de 1990 e define que:

*“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.*

*Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:*

- I - de atenção primária;*
- II - de atenção de urgência e emergência;*
- III - de atenção psicossocial; e*
- IV - especiais de acesso aberto.*

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

3. **A Portaria n.º 818/GM de 05 de junho de 2001** do Ministério da Saúde cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física e prevê em seu artigo 2º:
  1. Art. 2º Determinar às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, conforme as diretrizes contidas na Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e as Normas para Cadastramento constantes do Anexo I desta Portaria.
    - § 1º As Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, de que trata este Artigo, serão integradas por:
      - a- Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal;
      - b- Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário;
      - c- Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação;



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

d- Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou Especializado;

- § 2º **Constitui um Serviço de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal a unidade ambulatorial**, devidamente cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, que disponha de instalações físicas apropriadas, equipamentos básicos para reabilitação e recursos humanos com especialização, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a pacientes com deficiências físicas que requerem cuidados de reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar. Os Serviços de Reabilitação – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, devidamente articulados com as equipes de Saúde da Família, devem estar subordinados tecnicamente a um Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário ou, excepcionalmente, a um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, que irá se constituir em sua referência e contra-referência dentro da rede estadual ou regional de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção;

4. A **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008** do Ministério da Saúde, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e define em seu parágrafo 1º:

O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; **Fisioterapeuta**; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

5. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina define urgência e emergência:**



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

“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. **A Doença Arterial Coronariana (DAC)** é uma doença alta prevalência mundial por sua alta morbi-mortalidade. É ocasionada pela obstrução a passagem do fluxo sanguíneo coronariano para perfusão miocárdica. A principal causa de obstrução coronariana é a aterosclerose.
2. **A aterosclerose** é um processo sistêmico, progressivo e crônico, representado pela resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, secundária a agressões da superfície arterial. Pode-se estender a todos os leitos arteriais do organismo incluindo a aorta e seus principais ramos: carótidas, renais, ilíacas e femorais. Os principais fatores de risco são: hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e história familiar.
3. Para o diagnóstico de DAC fora de contexto de síndrome coronariana aguda— dita como DAC estável, além de história clínica compatível com isquemia e exame físico adequado é preciso a avaliação de probabilidade de DAC significativa que pode ser estimada em baixa, intermediária e alta. Tal probabilidade é decorrente do tipo de dor, idade, comorbidade e do sexo do paciente.



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

4. Nos pacientes com baixa probabilidade de DAC, testes adicionais baseiam-se na investigação de causas não cardíacas para a dor torácica. Nos casos de alta probabilidade, deve-se seguir com a investigação diagnóstica, para determinar o risco individual de o paciente ter um evento cardíaco, como o infarto do miocárdio fatal ou não fatal, ou seja, a estratificação do risco cardíaco. Por fim, nos casos de probabilidade intermediária, fazem-se necessários os métodos subsequentes, tanto para o diagnóstico da DAC quanto para a estratificação do risco.
5. Dentre os testes adicionais, encontra-se uma variedade de métodos, como Eletrocardiograma (ECG) de esforço, ecocardiograma com estresse, cintilografia miocárdica com estresse, Tomografia e Ressonância Magnética Cardiovascular (RMC) e Cineangiocoronariografia (CATE). A escolha de cada um desses métodos deve se basear em dados e escolha do paciente. Cabe ressaltar que a cineangiocoronariografia é o padrão ouro para diagnóstico tanto no contexto de SCA ou de DAC estável.
6. **Condropatia** se refere à cartilagem doente. Essa patologia normalmente provoca dor na parte da frente do joelho e estalidos, principalmente quando a pessoa se agacha, corre, se levanta da cadeira ou sobe e desce escadas. Embora a degradação da cartilagem articular seja a principal característica, o osso subcondral também está envolvido antes ou depois do aparecimento de alterações condrais. A cartilagem que cobre os ossos é afinada, eventualmente completamente desgastada, resultando em uma articulação "osso contra osso", resultando em dor e mobilidade reduzida.
7. A dor no joelho é uma queixa comum que pode ser causada por um amplo espectro de distúrbios que afetam os vários tecidos do joelho. A camada superficial do joelho é composta de tecidos delicados, predispostos a traumas, irritações e infecções contundentes e penetrantes. A musculatura forma a camada funcional, responsável pela mobilização do joelho e estabilização da patela e realiza movimentos repetitivos; distúrbios de uso excessivo dominam nesta camada.
8. As almofadas de gordura do joelho são discutidas coletivamente como uma camada intracapsular, funcionando para melhorar a congruência e proteger as superfícies articu-



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

lares durante o movimento e podem desenvolver lesões primárias ou secundárias a condições patológicas no resto da articulação. O revestimento sinovial, a superfície da cartilagem, os ligamentos e os meniscos estão na quarta e última camada. Os sintomas no joelho podem ser devidos a condições que afetam uma ou mais dessas camadas inter-relacionadas.

9. **Catarata** é a denominação dada a qualquer opacidade do cristalino, que não necessariamente afete a visão. É a maior causa de cegueira tratável nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde, há 45 milhões de cegos no mundo, dos quais 40% são devidos à catarata. A catarata pode ser classificada em: congênicas, de aparecimento precoce ou tardio, e adquiridas, onde inclui-se todas as demais formas de catarata inclusive a relacionada à idade.
10. De acordo com a sua localização, poderá ser nuclear, cortical ou subcapsular e de acordo com o grau de opacidade, poderá receber a denominação de incipiente, madura ou hipermadura. Ao indicar a terapêutica cirúrgica, serão necessários exames oftalmológicos complementares, essenciais no planejamento cirúrgico e pesquisa de doenças associadas, bem como a técnica a ser empregada e o seu momento adequado.
11. O único tratamento curativo da catarata é o cirúrgico e consiste em substituir o cristalino opaco por prótese denominada de lente intraocular (LIO). Toda vez que a qualidade de vida do portador de catarata esteja comprometida, ou seja, que existam limitações nas atividades que realiza habitualmente, a cirurgia está indicada.
12. A **Incontinência Urinária (IU)** é definida pela International Continence Society (ICS) como qualquer queixa de perda voluntária de urina e no homem resulta principalmente da retirada da próstata. Após cirurgia de prostatectomia radical, os sintomas da incontinência urinária pós prostatectomia (IUPP) podem surgir em decorrência de insuficiência esfíncteriana, disfunção vesical, obstrução urinária e causas mistas. A etiologia da IUPP pode ser definida pela deficiência esfíncteriana e/ou disfunção do destrutor, sendo a insuficiência intrínseca do esfíncter comum nestes casos.





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

## DO TRATAMENTO

1. O **tratamento da IUPP** vai depender do tipo de incontinência :

1.1. **Incontinência urinária por transbordamento:** Os pacientes com incontinência secundária à obstrução devem ser inicialmente tratados por meio de **procedimentos endoscópicos para desobstrução da via urinária, como a ressecção transuretral ou abertura de eventuais estreitamentos da uretra.** Quando existe problema vesical associado como uma falta de contração da bexiga pode ser necessário o cateterismo intermitente, que consiste na passagem periódica de sondas (até 4x ao dia) para esvaziamento periódico da bexiga, evitando-se o transbordamento.

1.2. **Incontinência urinária por urgência: Terapia comportamental e reabilitação do assoalho pélvico primeira linha de tratamento desse tipo de incontinência); medicamentos** (as principais drogas no tratamento da hiperatividade da bexiga são os anticolinérgicos, que causam a inibição da produção de acetilcolina que é a principal responsável pela contração dos músculos; **Eletroestimulação** (uma das teorias defende que a estimulação dos nervos da pelve levaria, de modo reflexo, à inibição da contração da bexiga durante a fase de enchimento; **Toxina botulínica** (é uma neurotoxina produzida pelo Clostridium botulinum, que se liga às terminações nervosas impedindo a contração da musculatura da bexiga, diminuindo sua hiperatividade); **Neuromodulação sacral** (é realizada atualmente por meio de um dispositivo conhecido como InterStim, semelhante a um marca-passo cardíaco, que é implantado na região sacral (região lombar), atuando como modulador dos estímulos nervosos da bexiga, melhorando o controle da hiperatividade do músculo); **Ampliação vesical com alça intestinal** (visa o aumento da capacidade vesical. A sua indicação é reservada para casos nos quais as medidas menos invasivas falharam no restabelecimento da qualidade de vida e quando a baixa capacidade da bexiga gera altas pressões que podem provocar lesões dos rins.

1.3 **Incontinência urinária de esforço:** Os pacientes com incompetência esfínctere-



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

riana podem ser inicialmente tratados com o emprego de exercícios de Kegel, que fortalecem os músculos da pelve, estimulação elétrica e biofeedback. Estas formas de tratamento parecem antecipar a recuperação da continência urinária; tratamento cirúrgico (deve ser indicado cerca de seis a 12 meses após a prostatectomia. Basicamente, há quatro formas de abordagem cirúrgica nos casos de incontinência por incompetência esfínteriana: injeções periuretrais, balões periuretrais, sling posicionado na uretra bulbar e esfínter artificial).

2. Normalmente o tratamento para **Condromatose Patelar** é conservador e dificilmente reverterá o quadro de lesão da cartilagem. No entanto, ocorrerá melhora nos sintomas dolorosos e funcionais do joelho. Antes de iniciar a fisioterapia é necessário saber qual o grau da lesão que o indivíduo apresenta, e assim traçar o plano de reabilitação mais eficaz para cada caso, levando sempre em consideração a queixa funcional e as limitações.
3. A fisioterapia específica visa melhorar o deslizamento da patela sobre o sulco troclear no fêmur, diminuir a dor e o processo inflamatório local, promover ganho de flexibilidade e força muscular, além de estabilidade articular, consciência corporal e retorno ao esporte de forma adequada.
4. O tratamento das outras patologias não será abordado tendo em vista tratar-se de solicitação de exames e consulta para investigação e consulta.

## **DO PLEITO**

1. **Atendimento terapêutico nas disfunções músculo esqueléticas**
2. **Consulta em ortopedia**
3. **Teste ergométrico**
4. **Mapeamento de retina**



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

5. **Tratamento de incontinência urinária de esforço por disfunção esfinteriana.**

### III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de paciente de 63 anos de idade, portador de várias comorbidades. Apresenta dor e limitação de amplitude de movimento de joelho e foi indicado pelo ortopedista para atendimento fisioterapêutico; possui relato de dispneia aos esforços e histórico de tabagismo com solicitação de teste ergométrico pelo cardiologista; Encontra-se em acompanhamento com oftalmologista por provável catarata, com solicitação de mapeamento de retina; Apresenta passado de prostatectomia radical em 2007 e evoluiu com incontinência urinária pós operatória e foi encaminhada pelo urologista para tratamento de incontinência urinária de esforço, por disfunção esfinteriana.
2. Parecer Técnico prejudicado pela ausência de informações médicas detalhadas interpretáveis sobre quadro clínico atual, evolutivo, presença de sintomas, tratamento clínico instituído e controle adequado das comorbidades.
3. O atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, sob o código 03.02.002-7, considerado de média complexidade segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). **A fisioterapia está indicado para caso em tela para reabilitação e tratamento conservador de doença musculoesquelética de base. No entanto, este NAT sugere que seja agendado inicialmente uma consulta com o fisioterapeuta para que o mesmo possa traçar o plano de reabilitação mais eficaz para o caso em tela. Essa fisioterapia é de responsabilidade do Município e não se caracteriza como urgência médica.**
4. A consulta com médico especialista é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, inscrito sob o código 03.01.01.007-2, considerada de média complexidade segun-



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

do o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

**O acompanhamento com Ortopedista está indicado para o Requerente, visto que apresenta dorsalgia e uma ressonância magnética com várias alterações em coluna vertebral. A mesma encontra-se inserida junto SIS-REG Estadual e aguarda agendamento. Também não se trata de procedimento de urgência.**

5. **O teste de esforço/teste ergométrico** é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, inscrito sob o código 02.11.02.006-0 considerada de média complexidade segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). **Tal exame é utilizado para avaliação de isquemia porém falta dados para avaliação à distância para indicação do exame de acordo com o perfil do paciente por não conter dados eletrocardiográficos e aptidão musculoesquelética para execução do procedimento, uma vez que consta junto aos autos evidências de comprometimento ortopédico.**
6. O mapeamento de Retina (ou Oftalmoscopia Indireta) é um procedimento oferecido pelo SUS, inscrito sob o código 02.11.06.012-7, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). **Considerando que o Requerente possui catarata e que o mapeamento de retina é importante no pré-operatório de cirurgia da catarata e de cirurgia refrativa, este NAT conclui que o exame está indicado para o caso em tela. Não é considerado procedimento de urgência.**
7. O atendimento fisioterapêutico em pacientes com disfunções uroginecológicas é um procedimento oferecido pelo SUS, inscrito sob o código 03.02.01.002-5, sendo considerado de média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). No caso em tela não constam informações sobre o tipo de incontinência urinária apresentada após a cirurgia e quais os tratamentos foram tentados no paciente. **Assim, este NAT só pode dizer que a fisioterapia com o emprego de exercícios de Kegel, que fortalecem os músculos da pelve, estimulação elétrica e biofeedback consistem em**



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

**opções terapêuticas em especial para o caso de incontinência urinária de esforço, o que não podemos afirmar se trara do caso do paciente.**

8. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, vale ressaltar o **Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**, que diz:

“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**”.

9. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.



## **REFERÊNCIAS**

Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2014; 102(3Supl.1):1-61



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

Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.

Da Luz & Favarato. Doença coronária crônica. Arq Bras Cardiol volume 72, (nº 1), 1999

Campbell, Willis C, S. T Canale, e James H Beaty. Campbell's Operative Orthopaedics. Philadelphia, PA: Elsevier/Mosby, 2013.

Zabeu JLA, et al. Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Autoria: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia Colégio Brasileiro de Radiologia. Elaboração Final: 30 de outubro de 2007.

Centurion V, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 30 de março de 2003. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>

Diretrizes Clínicas – Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Junho 2010/7

Incontinência Urinária Masculina. Sirio Libanes. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/Paginas/incontinencia-urinaria-masculina.aspx>