



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

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 829/2020**

Vitória, 17 de junho de 2020

Processo nº [REDACTED]  
impetrado pelo [REDACTED]  
[REDACTED]  
em favor de [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Rio Novo do Sul – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Ralfh Rocha de Souza, sobre o procedimento: **transferência hospitalar para UTI.**

**I -RELATÓRIO**

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente está internada no Pronto Atendimento Municipal de Rio Novo do Sul, desde o dia 14/06/2020 com quadro de dispneia aos mínimos esforços, tosse, mialgia, febre, sintomas presentes há alguns dias, com piora do quadro clínico. É portadora de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva em uso de Furosemida, Enalapril e Monocordil. Apresentando Rx de tórax com aumento da área cardíaca, infiltrados bilaterais difusos, condensações e possível derrame pleural à esquerda, sendo necessário sua transferência para UTI. Feita solicitação administrativa para transferência para leito de UTI, sob o número 1202929, porém sem êxito até o momento. Pelo exposto recorre a via judicial.
2. Às fls. não numeradas consta o espelho da solicitação, emitida em 14/06/2020 pela Dr<sup>a</sup> Larissa Emanuella da Silva Costa, descrevendo “paciente, 83 anos, admitida neste PA, hoje, com dispneia aos mínimos esforços, saturação de O<sub>2</sub> em ar ambiente 81%, tosse, mialgia relata febre não aferida em domicílio. Sintomas presentes há 4 dias, com piora



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

hoje. História progressiva de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de furosemida, enalapril, monocordil, além de ser ex tabagista de 50 maços/ano, DPOC, em uso de aerolin. Crepitações bilaterais em 2/3 do parênquima pulmonar, esforço respiratório subcostal presente. SATo2 95% em 4L/MIN em cateter nasal. Rx de tórax com aumento de área cardíaca (HVE), infiltrados bilaterais difusos, condensações e possível derrame pulmonar à esquerda.” Evoluiu com piora do quadro, apresentando piora de dispneia, esforço respiratório moderado/grave, apesar de máscara de 02 12 L/ MIN, SatO2 92%. Teste rápido de COVID-19 realizado POSITIVO.

3. Às fls. em anexo consta decisão judicial determinando que o Estado do Espírito Santo, bem como o Município de Rio Novo do Sul-ES providenciem imediatamente a remoção adequada da paciente [REDACTED] para uma UTI.

## II –DA PATOLOGIA

1. **Insuficiência cardíaca (IC)** é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço. Em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, os achados de história e exame físico são de grande valor por fornecerem, além do diagnóstico da síndrome, o tempo de início dos sintomas, as informações sobre etiologia, as causas de descompensação e o prognóstico. O objetivo inicial do tratamento da insuficiência cardíaca descompensada é a melhora hemodinâmica e sintomática. Além disso, outros alvos devem ser buscados, incluindo preservação e/ou melhora da função renal, prevenção de lesão miocárdica, modulação da ativação neuro-hormonal e/ou inflamatória, e manejo de comorbidades que podem



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

causar ou contribuir para progressão da síndrome. Com base nos perfis clínico-hemodinâmicos, é possível estabelecer um racional para o tratamento da insuficiência cardíaca descompensada, individualizando o procedimento a ser instituído e objetivando redução de tempo de internação e de mortalidade.

2. A abordagem inicial é, geralmente, realizada em setores de emergência, local onde 80% dos pacientes posteriormente hospitalizados se apresentam. A avaliação e o manejo dos pacientes devem ser feitos concomitantemente. A melhora hemodinâmica e a redução dos sintomas se tornam os objetivos principais após a estabilização e o tratamento de condições ameaçadoras da vida. A instabilidade hemodinâmica presente na Insuficiência cardíaca aguda geralmente resulta de hipertensão arterial, isquemia e/ou arritmias cardíacas, as quais devem ser prontamente tratadas. Pacientes que apresentam algum sinal de instabilidade devem ser monitorizados com eletrocardiograma (ECG) contínuo, pressão arterial não invasiva e oximetria. Independentemente da forma de apresentação, a presença de hipóxia deve ser corrigida, buscando garantir oxigenação adequada e redução do trabalho respiratório. A ventilação não invasiva (CPAP ou BiPAP), em especial no edema agudo de pulmão, demonstrou redução de intubações e mortalidade.
3. O edema agudo de pulmão (EAP) é uma síndrome clínica em que ocorre acúmulo de fluido nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, podendo ser decorrente de causas diversas (Tabela 1). O resultado do processo é caracterizado por hipoxemia, aumento no esforço respiratório, redução da complacência pulmonar e redução da relação ventilação/perfusão. Está relacionado, na maioria das vezes a causas cardíacas, e em nosso meio é mais prevalente o acometimento valvular reumático.
4. O diagnóstico do EAP é clínico e sua gravidade depende da quantidade de líquido acumulado nos pulmões. Em quadros iniciais, pequenos acúmulos provocam taquicardia, taquidispneia e estertores nas bases de ambos os pulmões. Quantidades



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

maiores acumuladas vão gerar franca dispneia, ansiedade e agitação, palidez, sudorese fria, cianose de extremidades e estertoração em todos os campos pulmonares. Em situação extrema, ocorre a saída de líquido espumoso róseo pela boca e pelo nariz, mimetizando afogamento, com tendência à deteriorização rápida e êxito letal em caso de retardo da terapêutica adequada.

5. A abordagem diagnóstica no EAP é feita em duas fases distintas. A primeira consiste na constatação clínica do estado de congestão pulmonar grave, visando a aplicação de medidas terapêuticas gerais para estabilização do quadro clínico. A segunda é a fase diagnóstica, direcionada para identificar a etiologia, visando medidas terapêuticas específicas. São estas: eletrocardiograma (ECG), Rx de tórax, gasometria arterial, ecocardiograma
6. **Coronavírus** é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae. Esta é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, os quais foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência do seu perfil na microscopia parecendo uma coroa.
7. O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como uma síndrome gripal. As pessoas com COVID-19 geralmente desenvolvem sinais e sintomas, incluindo problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (período médio de incubação de 5 a 6 dias, intervalo de 1 a 14 dias). A febre é persistente, ao contrário do descenso observado nos casos de influenza. A febre pode não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou em algumas situações que possam ter utilizado medicamento antitérmico. A doença em crianças parece ser relativamente rara e leve, com aproximadamente 2,4% do total de casos notificados entre indivíduos com menos de 19 anos. Uma proporção muito pequena de



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

menores de 19 anos desenvolveu doença grave (2,5%) ou crítica (0,2%).

8. De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus, publicado pelo Ministério da Saúde em fevereiro deste ano, na avaliação dos primeiros 99 pacientes internados com pneumonia e diagnóstico laboratorial de COVID-19 no hospital de Wuhan observou-se uma maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos e do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), dispneia (31%), mialgia (11%), confusão mental (9%), cefaleia (8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor torácica (2%), diarreia (2%) e náuseas e vômitos (1%). Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com COVID-19. Guan et al., avaliando dados de 1099 pacientes chineses com COVID-19 confirmado, observaram que a idade média dos pacientes foi de 47 anos e que 41,9% dos pacientes eram do sexo feminino. O desfecho composto primário, isto é, a admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), o uso de ventilação ou morte, ocorreu em 67 pacientes (6,1%), incluindo 5% que foram admitidos na UTI, 2,3% submetidos a ventilação mecânica invasiva e 1,4% que morreram. Os sintomas mais comuns foram febre (43,8% na admissão e 88,7% durante a internação) e tosse (67,8%). Diarreia foi incomum (3,8%). Linfopenia estava presente em 83,2% dos pacientes na admissão. O período médio de incubação foi de 4 dias. Os pacientes frequentemente se apresentavam sem febre e muitos tinham exames radiológicos normais.
9. O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe ou *swabs* combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detecte o RNA viral. Os casos graves devem ser encaminhados a um hospital de referência para isolamento



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

e tratamento. Os casos leves devem ser acompanhados pela atenção primária em saúde e instituídas medidas de precaução domiciliar.

10. Em relação à Tomografia Computadorizada, os aspectos mais comuns relatados foram opacidades em vidro fosco e áreas de consolidação, às vezes com morfologia arredondada e distribuição periférica. Bernheim et al. avaliaram anormalidades pulmonares relacionadas ao tempo da doença e relataram que a TC do tórax mostrava a doença mais extensa aproximadamente 10 dias após o início dos sintomas. O estudo radiológico torácico é frequentemente essencial para a avaliação de pacientes com suspeita de COVID-19. O reconhecimento imediato da doença é fundamental para garantir o tratamento oportuno, e do ponto de vista da saúde pública, o rápido isolamento do paciente é crucial para a contenção dessa doença transmissível. O reconhecimento de padrões de imagem com base no tempo de infecção é fundamental não apenas para entender a fisiopatologia e a história natural da infecção, mas também para ajudar na progressão preditiva do paciente e no potencial desenvolvimento de complicações. Até o momento, os aspectos anatomopatológicos da doença não foram descritos. Futuros estudos poderão avaliar os achados de imagem em pacientes crônicos, além de reportar os aspectos anatomopatológicos da infecção.

11. **Para admissão em UTI:** São listadas como precedências para admissão, **segundo o CFM:**

- Pacientes que necessitam de tratamento que não podem ser oferecidos fora da UTI (instáveis; suporte ventilatório; drogas vasoativas);
- Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata;
- Complicações reversíveis em pacientes com doença de base (criticamente doentes, com possibilidade reduzida de sobrevida).
- Pacientes fora de possibilidade terapêutica, ou que tenham estado geral muito bom para se beneficiar da UTI;



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

- Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

### **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento do EAP é feito por meio de suporte ventilatório e medicações. Poderá ser tratada inicialmente na sala de emergência, mas a unidade de terapia intensiva (UTI) é o ambiente mais indicado para a estabilização hemodinâmica, principalmente naqueles raros casos que necessitam de ventilação mecânica. Após as medidas iniciais de estabilização, as causas primárias para descompensação do quadro devem ser investigadas, pois a resolução completa do EAP pode necessitar de medidas específicas para a causa determinante.
2. Até o momento não existe um tratamento considerado eficaz para 100% dos casos de Covid19. O que se sabe é que os agentes antimicrobianos devem ser administrados precocemente nos casos graves da SRAG e que se deve seguir os protocolos definidos por cada serviço ou pelo médico assistente, em consonância com as melhores recomendações científicas vigentes.

### **III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente com várias comorbidades e teste positivo para COVID19, que está internada no Pronto Atendimento Municipal de Rio Novo do Sul, desde o dia 14/06/2020 com quadro de dispneia aos mínimos esforços, tosse, mialgia, febre, sintomas presentes há alguns dias, com piora do quadro clínico, necessitando com urgência de transferência para UTI em hospital de referência.





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

2. Considerando que a paciente apresenta comorbidades previamente conhecidas; considerando que no momento da emissão do laudo médico estava apresentando teste rápido para COVID 19 positivo, com possibilidade de congestão pulmonar, devido a insuficiência cardíaca; considerando apresentar derrame pleural a esquerda; considerando que pelo descrito acima apresenta critérios para internação na UTI; considerando a idade e várias comorbidades associada a doença atual, este Núcleo entende que a internação na UTI se faz necessária e em caráter prioritário.
3. Pelo exposto, entende-se que a paciente deva ser transferida para UTI com risco de agravamento de seu estado evoluir para óbito.



**REFERÊNCIAS**

Resolução do CFM define critérios de admissão de pacientes em UTIs; disponível em:

<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/resolucao-do-cfm-define-criterios-de-admissao-de-pacientes-em-utis/>

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Arq Bras Cardiol. 2018, V Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia; Arq Bras Cardiol 2009; 93(6 supl.1): e110-e178

PR

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS( 2019-nCoV)- Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2020.





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

BOLETIM EÍDEMIOLÓGICO. COE – Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. 06 de Abril de 2020.

ROTHAN, H.A., et al. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity 109 (2020) 1024332

FREITAS, A.R.R., et al. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(2):e2020119, 2020