



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

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1672/2019**

Vitória, 15 de outubro de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível de Itapemirim-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **Transferência hospitalar para leito de urologia para tratamento cirúrgico de nefrolitíase renal, com urgência.**

**I – RELATÓRIO**

- 1. Primeiramente cabe destacar que a Requerente entrou com outra Ação no mesmo Juizado de n° [REDACTED] cujo pleito é o procedimento cirúrgico de ureterorrenolitotripsia flexível, sendo o processo encaminhado ao NAT em 29/07/2019, porém sem a Decisão do Magistrado. Neste Parecer o NAT se mostrou favorável ao procedimento cirúrgico.**
2. De acordo com o Termo de Reclamação, a Requerente foi diagnosticada com cálculo renal, sendo avaliada pelo urologista e encaminhada para a realização de tratamento cirúrgico com ureterorrenolitotripsia flexível, com urgência. Foi solicitado tal cirurgia junto ao Município de Itapemirim, através da A.M.A, porém até a presente data, ainda sem sucesso. Por não ter condições de arcar com os custos do procedimento, somado à urgência em sua realização, recorre a via judicial.
3. Às fls. 06 consta relatório médico, em papel timbrado do Hospital Evangélico Litoral Sul, emitido em 26/07/2019 pelo Dr. Diego Scarton Teliuli, CRM ES 12264,



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

declarando que a paciente [REDACTED], 41 anos, está internada desde o dia 25/07/2019, com diagnóstico ureterolitíase, como também, está na Central de Vagas desde o dia 25/07/2019, aguardando vaga para urologia com urgência.

4. Às fls. 07 consta espelho da solicitação de vagas, emitida em 25/07/2019, descrevendo paciente supracitada de 41 anos, deu entrada hoje apresentando quadro prévio de cólicas abdominais recorrentes de forte intensidade em região de flanco esquerdo. Tendo a TC abdome e pelve presença de múltiplas diminutas formações espontaneamente hiperdensas cálcicas calicinais bilaterais menores que 2,0 mm. Observa-se ainda formação espontaneamente hiperdensa localizada no terço proximal do ureter esquerdo, medindo cerca de 11,2x6,3 mm em seus maiores eixos com coeficiente de atenuação de 1514 UH, distando aproximadamente 1,5 cm da pelve renal. Presença de uma formação hipodensa bem delimitada em região anexial direita, medindo cerca de 3,2x2,5 cm, ureterolitíase proximal a esquerda microlitíase renal bilateral. Provável cisto ovariano a direita.
5. Às fls. não numeradas consta **Decisão Judicial** que define a tutela de urgência determinando aos Requeridos a transferência do 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

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. 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

(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 hiper calcemia; Hiper oxalúria (associada à doença inflamatória intestinal e/ou malabsorção intestinal ou hiper oxalúria primária); 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 hiper produção 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



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

---

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**

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. O tratamento clínico na fase aguda do quadro consiste no aumento da ingesta hídrica, orientações alimentares e uso de medicamentos como os bloqueadores alfa adrenérgicos.
2. A maioria das indicações para a remoção do cálculo (90%) se deve a presença de dor, infecção e dilatação da via excretora, seguidas dos casos com dor considerada intratável. 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).
3. 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.
4. Os avanços técnicos e tecnológicos tem promovido mudanças significativas no tratamento dos cálculos urinários. Atualmente, sempre que possível, procura-se tratar os cálculos do trato urinário de maneira minimamente invasiva. Estas propiciam as seguintes vantagens: ausência ou cicatrizes muito pequenas, menor período de hospitalização, menos dor no pós-operatório, menor período de convalescência, retorno mais precoce às atividades profissionais e melhor satisfação para o paciente. As cirurgias minimamente invasivas utilizadas no tratamento dos cálculos do trato urinário são: litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), nefrolitotripsia



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

percutânea (PCN), ureterolitotripsia transureteroscópica (UL) e ureterolitotomia laparoscópica (ULL). As cirurgias convencionais (CC) ainda tem lugar no tratamento dos cálculos urinários, entretanto em um pequeno número de pacientes (Evidência nível C). O tratamento dos cálculos do trato urinário pode ser determinado pelos sintomas, grau de obstrução, tamanho, localização e associação com infecção. Considera-se também a segurança do procedimento, conforto do paciente, tempo de recuperação e os custos.

5. Os cálculos do trato urinário menores de até 4 (quatro) milímetros (mm) no maior diâmetro têm grande probabilidade de serem eliminados espontaneamente e podem na maioria dos casos, aguardar que isso ocorra naturalmente.
6. Quando estiver sendo tomada a decisão entre a remoção ativa do cálculo e o tratamento conservador, é importante considerar todas as circunstâncias individuais do paciente, as quais podem afetar a tomada de decisão.
7. **Em relação aos cálculos ureterais**, deve-se avaliar a localização do mesmo para definição de conduta. Cálculos de localização superior ou lombar (ureter acima da borda superior do sacro) são tratados preferencialmente por meio de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO). Outras formas de tratamento utilizadas são: ureterolitotripsia transureteroscópica (UL), ureterolitotomia laparoscópica (ULL) ou cirurgia convencional (CC). Estes métodos são particularmente úteis nos casos de cálculos maiores e falhas de LECO. Os cálculos ureterais de localização média ou sacral (sobreposto ao osso sacro) também são tratados preferencialmente com o uso de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO). As alternativas à LECO podem ser: ureterolitotripsia flexível (UL), ureterolitotomia laparoscópica (ULL) ou cirurgia convencional (CC). Os cálculos ureterais de localização inferior ou pélvico (ureter abaixo do sacro) podem ser tratados preferencialmente por litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) ou ureterolitotripsia transureteroscópica (UL). Não há consenso qual método deva ser proposto como primeira alternativa. A cirurgia convencional (CC) costuma ser reservada para os casos de cálculos volumosos



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

ou nas falhas das outras alternativas.

8. 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 tratamento cirúrgico de nefrolitíase renal, com urgência.**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, a Requerente [REDACTED] apresenta cálculo em ureter proximal esquerdo, medindo aproximadamente 11,2 x 6,3 mm, com densidade de 1514 UH, evidenciado em exame de imagem (Tomografia Computadorizada).
2. Sabe-se que existem duas modalidades de tratamento com Ureterolitotripsia. A que se utiliza o ureterorrenoscópio rígido se presta mais ao tratamento de cálculos ureterais até a altura das artérias ilíacas (inferior), enquanto a que utiliza o ureterorrenoscópio flexível tem mais utilidade para tratamento de cálculos localizados no ureter proximal e rim.
3. Considerando que se trata de cálculo em ureter proximal de 11,2 x 6,3 mm, refratário a tratamento clínico, entendemos que há indicação da realização de Ureterorrenolitotripsia flexível a laser com colocação de cateter duplo J, com prioridade, para o tratamento da afecção apresentada pela paciente em tela.
4. Este NAT conclui que caso o Hospital em que a Requerente estava internada não



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

possua leito de urologia a transferencia estava indicada.

5. Assim, este NAT finaliza que pelo tempo decorrido e como já apresenta Decisão Judicial, provavelmente a Requerente já tenha sido atendida em seu pleito.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**REFERÊNCIA**

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.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/33-Nefrolit.pdf](http://www.projetodiretrizes.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.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/32-Litotrip.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/32-Litotrip.pdf).

Litíase renal – RegulaSUS. Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/resumo\\_litiasi\\_renal\\_TSRs.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/resumo_litiasi_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)