



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 729/2022

Vitória, 25 de maio de 2022.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] em favor de
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Nova Venécia –ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Marcelo Faria Fernandes, sobre o procedimento: **”Exame de Espirometria”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os relatos na Inicial, a Requerente, por solicitação médica necessita realizar o exame de espirometria. Como não tem como arcar com o exame, recorre à via judicial.
2. Às fls. 14406953 (Pág. 1) consta declaração, emitida em 13/05/2022 pela Secretaria Municipal de Saúde, informando que o procedimento de espirometria metropolitana, é de alta complexidade, regulado e autorizado pelo Estado através da Regulação Formativa. O procedimento é solicitado pela Unidade Básica de Saúde de referência do paciente por meio do sistema MV e como se trata de procedimento regulado pelo Estado é agendado após avaliação do médico regulador que utiliza os seguintes critérios: Classificação do Risco (quadro/indicação clínica); Oferta de vagas e Cotas Pactuadas, a solicitação do paciente encontra-se devidamente inserida desde 25/02/2022 com situação autorizado aguardando apenas o agendamento.



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

3. Às fls. 14406953 (Pág. 2) consta o espelho da guia de solicitação, emitida em 22/02/2022, autorizado para espirometria metropolitana, CID10 – J40 (Bronquite não especificada como aguda ou crônica)
4. Às fls. 14406953 (Pág. 3) anexado laudo ambulatorial individualizado – BPAI, emitido em 14/12/2021, em que o Dr. Geraldo Musso, pneumologista, solicita espirometria, com hipótese diagnóstica de Bronquite – CID10 - J40 (Bronquite não especificada como aguda ou crônica), apresentando ao exame físico com murmúrio vesicular diminuído (2+/4+)

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. Considerando o disposto na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de 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



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

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 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. A **bronquite** caracteriza-se por uma inflamação do revestimento dos brônquios. Os brônquios são uma espécie de “tubos” que aquecem e umidificam o ar e o transportam até aos pulmões. Esta inflamação brônquica provoca tosse com expectoração, por vezes, mucosa. Essencialmente, podemos identificar dois tipos de bronquite (crônica e aguda).
2. A **bronquite aguda** é a inflamação da árvore traqueobrônquica, geralmente depois de uma Infecção das vias respiratórias superiores que ocorre em pacientes sem doenças pulmonares crônicas. A causa quase sempre é uma infecção viral. O patógeno



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

- raramente é identificado. O sintoma mais comum é tosse, com ou sem febre, e possivelmente produção de escarro. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos.
3. Frequentemente, a bronquite aguda é um componente da infecção da via respiratória superior causada por vírus, já as bactérias, causam menos de 5% dos casos; estes às vezes ocorrem em surtos. A bronquite aguda é parte do espectro da doença que ocorre na infecção por SARS-CoV-2; na pandemia atual, é apropriado realizar o teste para detectar esse vírus. Febre, mialgias, dor de garganta, sintomas gastrointestinais e perda de olfato e paladar são mais comuns com o vírus da SARS-CoV-2 do que outros vírus.
 4. A inflamação aguda da árvore traqueobrônquica em pacientes com doenças bronquiais crônicas subjacentes é considerada uma agudização dessa doença, em vez de uma bronquite aguda. Nesses pacientes, a etiologia, o tratamento e o desfecho diferem daqueles da bronquite aguda.
 5. Os sintomas são constituídos por tosse, com nenhum ou pouco escarro, acompanhada ou precedida de sintomas de ITRS, normalmente em > 5 dias. A dispneia subjetiva resulta de dor torácica com a respiração, mas não de hipóxia.
 6. Frequentemente, não existem sinais, mas podem surgir roncosp e sibilos esparsos. O escarro pode ser claro, purulento ou, ocasionalmente, conter estrias de sangue. As características do escarro não correspondem a uma etiologia particular (viral versus bacteriana). Pode haver febre leve, mas febre alta ou prolongada é incomum e sugere influenza, pneumonia ou COVID-19.
 7. Na resolução, a tosse é o último sintoma a desaparecer e, muitas vezes, leva 2 a 3 semanas ou mesmo mais tempo para que isso aconteça.
 8. O diagnóstico da bronquite aguda é principalmente por avaliação clínica, fazer radiografia de tórax e/ou outros testes somente em pacientes que tem manifestações de doenças mais graves
 9. A bronquite crônica é uma doença mais grave e é provocada por uma irritação ou



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

inflamação da mucosa brônquica de forma continuada. Esta doença é caracterizada por tosse com expectoração mucosa que dura pelo menos três meses, com episódios recorrentes durante, pelo menos, dois anos consecutivos. A irritação constante provocada pelo fumo do tabaco é a base da fisiopatologia da bronquite crônica.

10. A bronquite crônica e o enfisema pulmonar são duas doenças incluídas na denominada doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
11. Os termos **bronquite alérgica e bronquite asmática** são usados para descrever a asma. Trata-se de uma doença crônica e heterogênea que tem como causa a inflamação das vias aéreas. A asma, também designada de bronquite asmática ou asma brônquica, é das doenças respiratórias crônicas mais frequentes em todo o mundo e que apresenta um maior aumento de incidência nas três últimas décadas anos, estimando-se que uma em cada vinte pessoas padeça de asma.

DO TRATAMENTO

1. **Não abordaremos este tema, pois a solicitação é para exame diagnóstico**

DO PLEITO

1. **Exame de Espirometria**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 48 anos, com quadro de bronquite não definida como sendo aguda ou crônica, com diminuição do murmúrio vesicular na ausculta pulmonar, sendo solicitado o exame de espirometria para confirmação diagnóstica.
2. A redução nos sons respiratórios indica pouco movimento de ar nas vias respiratórias,



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

como acontece na asma e na doença pulmonar obstrutiva crônica, em que o espasmo brônquico ou outros mecanismos limitam o fluxo aéreo. Os sons respiratórios também podem ser atenuados na vigência de derrame pleural, pneumotórax, ou lesão obstrutiva endobrônquica.

3. Sabe-se que a espirometria é recomendada na asma: em pacientes com sibilância ou aperto no peito recorrente, para confirmar o diagnóstico de asma; por ocasião da avaliação inicial; após tratamento com estabilização dos sintomas e do pico do fluxo expiratório (PFE) para documentar o nível obtido de função pulmonar (normal ou não); em pacientes com asma persistente e grave, quando mudanças no tratamento de manutenção forem feitas e os resultados alcançados devem ser verificados. Na monitoração de asmáticos leves e moderados, as medidas do PFE são geralmente suficientes.
4. A espirometria pode confirmar ou excluir a presença de obstrução ao fluxo aéreo, em fumantes com sintomas respiratórios. Na presença de obstrução ao fluxo aéreo, teste após broncodilatador permite uma estimativa de reversibilidade.
5. A espirometria é indicada quando existe mais de uma explicação para os sintomas, como em fumantes com dispneia e insuficiência cardíaca, situação em que DPOC pode contribuir ou explicar melhor a dispneia e resultar em tratamento adicional.
6. Em portadores de DPOC, a espirometria antes e após broncodilatador é o teste diagnóstico e de estadiamento básico. O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) correlaciona-se bem com o prognóstico. Pacientes portadores de DPOC devem realizar provas funcionais anuais. Valores de VEF1 obtidos após administração de broncodilatadores, fora de períodos de exacerbação, indicam curso estável ou mais acelerado de perda funcional.
7. Nos pacientes com doenças intersticiais difusas, além da espirometria, deve-se realizar difusão do CO, gasometria arterial e saturação de O₂ no exercício por oximetria ou gasometria. Nesses casos, testes a cada três a seis meses são indicados para avaliar a



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

resposta ao tratamento, ou em prazos maiores ou menores, se mudanças clínicas assim o indicarem.

8. No presente caso o médico assistente não descreve o quadro clínico da paciente, seus hábitos (tabagismo por exemplo), se já tem o diagnóstico firmado e está em tratamento ou se é uma investigação inicial.
9. Informamos também que **a Espirometria é contraindicada em algumas situações, como em caso de hemoptise, angina recente, descolamento de retina e crise hipertensiva. (grifo nosso)**
10. Portanto, analisando os documentos anexados, **este NAT fica impossibilitado de emitir um Parecer conclusivo a respeito do pleito, apenas podemos dizer que a espirometria está indicada para as situações mencionadas acima neste item da Conclusão e que se a Requerente se enquadra em uma das situações o exame está indicado. Quanto a prioridade em seu agendamento, não é possível avaliar frente a ausência das informações já mencionadas.**
11. **Trata-se de procedimento padronizado pelo SUS cuja responsabilidade pela disponibilização é da Secretaria de Estado da Saúde.**





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

REFERÊNCIAS

LAIZO, Artur. Doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma revisão. **Rev. Port. Pneumol**, Lisboa, v. 15, n. 6, p. 1157-1166, nov. 2009. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000600008&lng=pt&nrm=iso> acessos em 07 jun. 2021.

IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 32, supl. 7, p. S447-S474, Nov. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 07 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006001100002>.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/042.pdf. Acesso em: 07 de jun de 2021.

PEREIRA, C. A. C. Bases e Aplicações Clínicas dos Testes de Função Pulmonar. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Vol.2. Número 4. 2004. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/183/pt-BR>