Nota Técnica 502385

Data de conclusão: 23/04/2026 21:16:48

Paciente

Idade: 62 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Ariquemes/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 2º Juizado Especial de Ariquemes

Tecnologia 502385-A

CID: M72.6 - Fasciíte necrosante

Diagnóstico: Fasciíte necrosante

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: exames médicos

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: exames médicos

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não informado.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: exames médicos

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: exames médicos

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A uretrocistografia é um exame radiológico contrastado que avalia a anatomia uretral e vesical, geralmente realizado através da combinação de uretrocistografia retrógrada (RUG) e uretrocistografia miccional (VCUG). A RUG envolve a injeção retrógrada de contraste pela uretra para visualizar a uretra anterior, enquanto a VCUG avalia a uretra posterior durante a micção após o enchimento vesical com contraste. A urodinâmica é uma bateria de testes que avalia a função do trato urinário inferior medindo diversos parâmetros durante o armazenamento e eliminação de urina (4-6).
A uretrocistografia está indicada em casos de estenose uretral para confirmação diagnóstica, estadiamento pré-tratamento e seleção do procedimento cirúrgico apropriado. Segundo as diretrizes da American Urological Association, a uretrocistografia (RUG com ou sem VCUG) permanece o exame de escolha para delineação do comprimento, localização e gravidade da estenose em homens, sendo essencial antes de intervenções não urgentes para permitir a tomada de decisão compartilhada entre paciente e urologista sobre as opções terapêuticas (4).
A urodinâmica tem indicação limitada na avaliação inicial da estenose uretral, sendo a urofluxometria (componente não invasivo da urodinâmica) combinada com medida de resíduo pós-miccional por ultrassom utilizada como avaliação complementar quando há suspeita de estenose. A urofluxometria pode detectar fluxo baixo e esvaziamento vesical inadequado, e quando combinada com pico de fluxo reduzido para a idade, pode indicar a necessidade de avaliação adicional com cistoscopia ou uretrocistografia. Entretanto, a urodinâmica invasiva completa não é rotineiramente recomendada nas diretrizes atuais para o diagnóstico ou estadiamento de estenose uretral, sendo reservada para casos selecionados onde há necessidade de avaliar a função detrusora ou quando há sintomas persistentes após o tratamento que sugerem disfunção vesical concomitante (4,7).

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	N° de Aux.	Porte Anest.	Valor Total*
40807053	Uretrocistografia de adulto	2C	4,080	-	-	R$ 166,96 a R$ 471,59
41301340	Urodinâmica completa	4B	10,610	-	-	R$ 434,89 a R$ 1.321,03

* Valor total considerado a partir de consulta de preço da tabela CBHPM/2022 - Faixa Original a Faixa III.
A tabela acima foi elaborada de acordo com a documentação médica juntada ao processo e considera a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM/2022) como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.
Alternativamente é apresentado pela parte autora orçamento de uretrocistografia no valor total de R$ 850,00, e estudo urodinâmico, no valor total de R$ 1.000,00 (ID. 134821715 - Pág. 20, ID. 134821716 - Pág. 4).
A uretrocistografia está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 52,11. A avaliação urodinâmica também está disponível, com custo total de R$ 7,62. Estes valores não representam os custos reais da realização dos procedimentos pelo prestador, mas indicam que há previsão dos procedimentos pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: uretrocistografia auxilia no diagnóstico e definição terapêutica. O papel da urodinâmica é incerto.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: exames médicos

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O parecer é desfavorável diante da insuficiência e inconsistência das informações clínicas apresentadas. Embora haja menção à Síndrome de Fournier, trata-se de condição grave, de evolução potencialmente rápida, cujo manejo exige abordagem imediata em ambiente hospitalar, com desbridamento cirúrgico urgente e antibioticoterapia de amplo espectro, não sendo compatível com condução ambulatorial baseada em exames eletivos. A ausência de descrição clínica atual detalhada, incluindo sinais de gravidade, estado infeccioso e conduta instituída, impede a adequada avaliação da real situação do paciente.
Adicionalmente, há apenas referência inespecífica à suspeita de estenose uretral, sem caracterização da gravidade ou descrição de sintomas urinários que justifiquem a investigação proposta. Ainda que a uretrocistografia possa ter papel na avaliação da estenose, trata-se de exame indicado em contexto eletivo e após adequada avaliação clínica.
No que se refere à urodinâmica, não há indicação de rotina na avaliação inicial da estenose uretral, sendo exame reservado para situações específicas e selecionadas, o que não está demonstrado no caso apresentado. Dessa forma, não se observa fundamentação técnica suficiente para sua solicitação.
Destaca-se ainda que os procedimentos pleiteados estão disponíveis no SUS, e, conforme informado pelo gestor, não foi identificado registro dos pedidos no sistema, o que indica ausência de comprovação de inserção regular do paciente na linha de cuidado correspondente .
Diante do exposto, não se identificam elementos técnicos que justifiquem o deferimento do pleito.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do

CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis. 2014 Jul 15;59(2):147-59. doi: 10.1093/cid/ciu296.

2. Montrief T, Long B, Koyfman A, Auerbach J. Fournier Gangrene: A Review for Emergency Clinicians. J Emerg Med. 2019 Oct;57(4):488-500. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.06.023.

3. Tarasconi A, et al. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines. World J Emerg Surg. 2021 Sep 16;16(1):48. doi: 10.1186/s13017-021-00384-x.

4. Wessells H, Morey A, Souter L, Rahimi L, Vanni A. Urethral Stricture Disease Guideline Amendment (2023). J Urol. 2023 Jul;210(1):64-71. doi: 10.1097/JU.0000000000003482.

5. Sheehan JL, Naringrekar HV, Misiura AK, Deshmukh SP, Roth CG. The pre-operative and post-operative imaging appearances of urethral strictures and surgical techniques. Abdom Radiol (NY). 2021 May;46(5):2115-2126. doi: 10.1007/s00261-020-02879-8.

6. ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. Obstetrics & Gynecology 126(5):p e66-e81, November 2015. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001148

7. Angermeier KW, Rourke KF, Dubey D, Forsyth RJ, Gonzalez CM. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Evaluation and follow-up. Urology. 2014 Mar;83(3 Suppl):S8-17. doi: 10.1016/j.urology.2013.09.011.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com informações fornecidas pela parte autora (ID 134821715 - Pág. 6), datadas de 2023, o paciente apresenta diagnóstico de sequela de trauma crânio-encefálico (TCE). Na época apresentava desorientação, desequilíbrio, cefaleia e tontura. Relato de tomografia de crânio refere craniotomia frontal à direita; redução volumétrica encefálica, microangiopatia, ectasia compensatória do sistema ventricular e ateromatose calcificada em artérias intracranianas. Há descrição recente de uso de amitriptilina, fluoxetina e clonazepam e presença de surtos psicóticos (ID 134821715 - Pág. 8). Laudo psicológico informa que paciente apresenta humor depressivo, ansiedade, sente a cabeça pesada em alguns momentos (ID 134821715 - Pág. 5).
Outro laudo médico de novembro de 2025 informa que paciente apresenta Síndrome de

Fournier e está aguardando avaliação cirúrgica (ID 134821715 - Pág. 7). Há relato de suspeita de estenose uretral em outro documento (ID 134821715 - Pág. 3).
Foi solicitado exame de uretrocistografia e urodinâmica em novembro de 2025 , através de receituário de hospital do SUS (ID 134821715 - Pág. 2). Também há pedido de eletroencefalograma (EEG) pelo SUS, datado de novembro de 2025, devido quadro de cefaleia crônica, tontura, desmaio e esquecimento (ID. 134821720 - Pág. 7), e pedido de ressonância magnética de crânio, datado de maio de 2023, devido quadro de cefaleia intensa (ID. 134821720 - Pág. 10). A Secretaria de Estado da Saúde informou que os pedidos de EEG e ressonância estão aguardando agendamento, e que não identificou o registro dos pedidos de uretrocistografia e urodinâmica (ID. 134821721 - Pág. 1-3).
A parte autora pleiteia o provimento dos exames através da via jurisdicional. O presente parecer irá tratar do pleito por uretrocistografia e urodinâmica no contexto de Síndrome de Fournier e estenose uretral.
A síndrome de Fournier é uma fasciite necrosante rara e potencialmente fatal que afeta a região perineal, genital e perianal, caracterizada por progressão rápida de necrose tecidual. A infecção pode originar-se de três principais locais: pele perineal (24%), região colorretal (21%) e trato geniturinário (19%), sendo que a estenose uretral representa uma causa importante, responsável por aproximadamente 30% dos casos. A estenose uretral predispõe à uma eventual infecção do trato urinário, que pode envolver as glândulas periuretrais e se estender para o pênis e escroto através dos planos fasciais (1,2).
Os sintomas iniciam-se de forma insidiosa ou abrupta com dor intensa na região genital, edema, eritema e febre. À medida que a doença progride, desenvolvem-se necrose cutânea, crepitação (indicando gás nos tecidos moles), descarga purulenta e manchas de tecido necrótico com edema circundante. O diagnóstico é principalmente clínico, baseado em história médica focada e exame físico completo incluindo toque retal. O tratamento requer abordagem multidisciplinar com desbridamento cirúrgico emergente de todo tecido necrótico, antibioticoterapia de amplo espectro (1-3).

Tecnologia 502385-B

CID: T90.0 - Seqüelas de traumatismo superficial da cabeça

Diagnóstico: Seqüelas de traumatismo superficial da cabeça

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: exames médicos

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: exames médicos

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não informado.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: exames médicos

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: exames médicos

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O eletroencefalograma (EEG) não possui indicação de rotina na investigação da cefaleia crônica pós-TCE. Embora o EEG possa detectar anormalidades eletrofisiológicas após TCE leve (como lentificação do ritmo dominante posterior e aumento de atividade teta difusa), não existem características específicas de EEG para o TCE leve, e a correspondência entre achados eletrofisiológicos e sintomas clínicos é pobre tardiamente após a lesão (4,5).
A ressonância magnética (RM) de crânio não é indicada rotineiramente na investigação da cefaleia crônica pós-TCE com apresentação clínica típica e exame neurológico normal. A RM deve ser considerada apenas em pacientes com características atípicas (como cefaleia fortemente posicional ou anormalidade focal no exame neurológico) ou curso sintomático progressivo/piorando (3).

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	N° de Aux.	Porte Anest.	Valor Total*
40103234	Eletroencefalograma em vigília, e sono espontâneo ou induzido	5C	22,561	-	-	R$ 606,50 a R$ 2.043,78
41101014	RM - Crânio (encéfalo)	3C	47,240	-	-	R$ 333,81 a R$ 959,65

* Valor total considerado a partir de consulta de preço da tabela CBHPM/2022 - Faixa Original a Faixa III.
A tabela acima foi elaborada de acordo com a documentação médica juntada ao processo e considera a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM/2022) como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.
Alternativamente é apresentado pela parte autora orçamento de eletroencefalograma no valor total de R$ 420,00, (ID. 134821718 - Pág. 1). Não foi possível identificar orçamento para realização de ressonância magnética de crânio.
O eletroencefalograma está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total

de R$ 25,00. A RM de crânio também está disponível, com custo total de R$ 268,76. Estes valores não representam os custos reais da realização dos procedimentos pelo prestador, mas indicam que há previsão dos procedimentos pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: sem benefício claro.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: exames médicos

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O parecer é desfavorável diante da ausência de indicação clínica clara para os exames solicitados no contexto apresentado. Conforme descrito, trata-se de cefaleia crônica pós-traumatismo cranioencefálico, sem evidência clara de sinais de alarme ou alterações neurológicas focais que justifiquem, de rotina, a realização de eletroencefalograma ou ressonância magnética de crânio. Portanto, não há caracterização de urgência, nos termos da Resolução CFM nº 1451/95, sendo explicitamente informado que o caso não configura risco iminente ou necessidade de intervenção imediata .
Destaca-se ainda que os exames solicitados estão disponíveis no SUS e já se encontram em fluxo regular de agendamento, não havendo evidência de negativa administrativa formal, mas sim de espera inerente à organização do sistema público. Nesses casos, a judicialização não se configura como via adequada para antecipação individual do acesso, sob risco de comprometer a equidade.
Por fim, cabe ao gestor do SUS a responsabilidade de organizar a oferta assistencial e fornecer estimativa de prazo para realização dos exames, garantindo transparência e planejamento da assistência, sem que haja elementos que justifiquem a priorização excepcional do caso.
Dessa forma, não se identificam critérios técnicos que sustentem o deferimento do pedido pela via judicial.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Ashina H, Eigenbrodt AK, Seifert T, Sinclair AJ, Scher AI, Schytz HW, Lee MJ, De Icco R, Finkel AG, Ashina M. Post-traumatic headache attributed to traumatic brain injury: classification, clinical characteristics, and treatment. Lancet Neurol. 2021 Jun;20(6):460-469. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00094-6.

2. Ashina H, Dodick DW, Barber J, Temkin NR, Chong CD, Adler JS, Stein KS, Schwedt TJ, Manley GT; TRACK-TBI Investigators. Prevalence of and Risk Factors for Post-traumatic Headache in Civilian Patients After Mild Traumatic Brain Injury: A TRACK-TBI Study. Mayo Clin Proc. 2023 Oct;98(10):1515-1526. doi: 10.1016/j.mayocp.2023.02.026.

3. Silverberg ND, Lee K, Mikoli? A, Bayley MT, Brody DL, Ely EW, Giacino JT, Halabi C, Hammond FM, Ignacio DA, Mosti C, van der Naalt J, Pappadis MR, Ravi A, Tenovuo O, Wang VY, Verduzco-Gutierrez M, Manley GT; Action Collaborative on TBI Care. Action Collaborative on Traumatic Brain Injury Care: Adapted Clinical Practice Guideline. J Neurotrauma. 2026 Jan;43(1-2):89-108. doi: 10.1177/08977151251378894.

4. Maj Thomas J. Bayuk DO, Amy O. Bowles MD, Lt Col Andrew W. Bursaw DO, et al. Management and Rehabilitation of Post-Acute Mild Traumatic Brain Injury (mTBI) (2021). Department of Veterans Affairs. 2021.

5. Nuwer MR, Hovda DA, Schrader LM, Vespa PM. Routine and quantitative EEG in mild traumatic brain injury. Clin Neurophysiol. 2005 Sep;116(9):2001-25. doi: 10.1016/j.clinph.2005.05.008.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com informações fornecidas pela parte autora (ID. 134821715 - Pág. 6), datadas de 2023, o paciente apresenta diagnóstico de sequela de trauma crânio-encefálico (TCE). Na época apresentava desorientação, desequilíbrio, cefaleia e tontura. Relato de tomografia de crânio refere craniotomia frontal à direita; redução volumétrica encefálica, microangiopatia, ectasia compensatória do sistema ventricular e ateromatose calcificada em artérias intracranianas. Há descrição recente de uso de amitriptilina, fluoxetina e clonazepam e presença de surtos psicóticos (ID. 134821715 - Pág. 8). Laudo psicológico informa que paciente apresenta humor depressivo, ansiedade, sente a cabeça pesada em alguns momentos (ID. 134821715 - Pág. 5).
Outro laudo médico de novembro de 2025 informa que paciente apresenta Síndrome de Fournier e está aguardando avaliação cirúrgica (ID. 134821715 - Pág. 7). Há relato de suspeita de estenose uretral (ID. 134821715 - Pág. 3).
Foi solicitado exame de uretrocistografia e urodinâmica em novembro de 2025 , através de receituário de hospital do SUS (ID. 134821715 - Pág. 2). Também há pedido de eletroencefalograma (EEG) pelo SUS, datado de novembro de 2025, devido quadro de cefaleia crônica, tontura, desmaio e esquecimento (ID. 134821720 - Pág. 7), e pedido de ressonância magnética de crânio, datado de maio de 2023, devido quadro de cefaleia intensa (ID. 134821720 - Pág. 10). A Secretaria de Estado da Saúde informou que os pedidos de EEG e ressonância estão aguardando agendamento, e que não identificou o registro dos pedidos de uretrocistografia e urodinâmica (ID. 134821721 - Pág. 1-3).
A parte autora pleiteia o provimento dos exames através da via jurisdicional. O presente parecer irá tratar do pleito por eletroencefalograma e ressonância magnética de crânio no contexto de cefaleia crônica.
A cefaleia crônica pós-traumatismo cranioencefálico (TCE), é definida como uma cefaleia que inicia ou piora significativamente dentro de 7 dias após o trauma craniano e persiste por mais de 3 meses após o início. A apresentação clínica mais frequente assemelha-se a fenótipo tipo enxaqueca (88-91% dos casos), seguido por fenótipo tipo cefaleia tensional. O diagnóstico é

essencialmente clínico. Pacientes frequentemente relatam comorbidades como distúrbios do sono, ansiedade, depressão, disfunção cognitiva e sintomas vestibulares (1,2).
O tratamento segue uma abordagem guiada pelo fenótipo da cefaleia. Para tratamento agudo, recomenda-se anti-inflamatórios não esteroides como primeira linha, seguidos por triptanos para fenótipos tipo enxaqueca. Para profilaxia, quando a frequência excede 10 dias por mês, consideram-se alternativas como betabloqueadores e amitriptilina. Uma abordagem multidisciplinar é recomendada, incluindo estratégias de estilo de vida (sono regular, exercícios cardiovasculares de baixa intensidade, hidratação adequada), terapia cognitivo-comportamental e manejo de comorbidades psiquiátricas (1,3).