



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 0401/2019

Vitória, 12 de março de 2019

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Vara Única de Marilândia-ES, MM. Juiz de Direito não informado, sobre os procedimentos: **Manometria anorretal e Ultrassonografia Endo anal 360 Graus**.

I. RELATÓRIO

1. De acordo com o Termo de Reclamação, o Requerente de 55 anos, procurou a Secretaria Municipal de Saúde para agendar uma manometria anorretal e ultrassonografia endo anal 360 graus, para avaliação de lesão esfínteriana e pressão de contração. Foi informado que, no momento, não há prestador regulado para executar os tratamentos/procedimentos solicitados, o que motivou o Requerente a recorrer a via judicial para conseguir realizá-los.
2. Às fls 04 consta a Declaração da enfermeira reguladora da Central Municipal de Regulação de Marilândia, sem data, informando que o Requerente procurou a referida Central a fim de agendar manometria anorretal e Ultrassonografia endo anal 360 graus, devido à necessidade de avaliação de lesão esfínteriana e pressão de contração, sendo informado que, no momento, não possuem prestador público regulado, filantrópico ou credenciado na Rede Estadual de Saúde, pelo sistema de informação SISREG, disponibilizado na Região Central ou Metropolitana, para executar "MANOMETRIA ANORRETAL".



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

3. Às fls 05 e 06 constam Laudo Ambulatorial Individualizado – BPAI, sem data, solicitando os exames manometria anorretal e US endoanal 360 graus, para avaliação de pressão esfíncteriana e a lesão esfíncteriana, devido a incontinência fecal após cirurgia de coluna e hemorróida, respectivamente, assinado pela proctologista, Dra. Juliana Câmara de Barros Carneiro, CRM ES 6461.
4. Às fls 11 consta laudo médico, datado de 14/09/2018, elaborado pelo ortopedista/traumatologista Dr. Igor Machado Cardoso, informando que o paciente [REDACTED] realizou cirurgia em 27/01/2013 de descompressão e artrodese de coluna lombar e no pós-operatório apresentou hematoma epidural com compressão medular importante. Requerente apresenta déficit neurológico, sem condições de realizar suas atividades de maneira definitiva.

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 incontinência fecal é definida como passagem involuntária ou incapacidade de controlar a perda de matéria fecal, incluindo gases, através do ânus. Apesar de não ser uma doença fatal, está associada a uma elevada morbidade e envolve os doentes numa grande ansiedade e vergonha.
2. A real prevalência da incontinência fecal na população é de difícil determinação. Estudos em populações distintas mostraram prevalência entre 0,1% a 15%. Na população brasileira, estudo realizado em ambulatório de geriatria no Hospital de Clínicas de São Paulo, encontrou prevalência de 10,9%. A avaliação do grau de incontinência atualmente inclui escalas que utilizam índices de pontuação para o tipo de escape, sua frequência, relação com a qualidade de vida, seu impacto na vida dos pacientes, avaliando limitações físicas e sociais, como a necessidade do uso de forro perineal.
3. Clinicamente existem três subtipos (a) incontinência passiva- descarga involuntária e inconsciente de fezes ou gases; (b) incontinência de urgência- descarga de matéria fecal apesar das tentativas ativas para reter os conteúdos intestinais, e (c) fecal soiling- perda de fezes após evacuação normal. A gravidade da incontinência pode variar desde a eliminação não intencional de gases, a perda de matéria fecal líquida até a evacuação completa do conteúdo intestinal.
4. Em termos etiológicos, a incontinência fecal pode dividir-se em quatro categorias: danos do esfíncter, alterações das características das fezes, distúrbios neuromusculares



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

e alterações da compliance e sensibilidade retal.

5. A manutenção da continência fecal é dependente de vários mecanismos anatômicos e fisiológicos inter-relacionados, como a integridade do complexo esfíncteriano anal, integridade do assoalho pélvico, capacidade e complacência retal, assim como sensação anorretal, consistência e volume das fezes, tempo de trânsito colônico, que necessitam interagir para controlar a fisiológica manutenção e eliminação do conteúdo intestinal.
6. A avaliação da incontinência fecal deve ser dirigida para a causa e para o estado funcional do doente, sendo importante que a história clínica seja detalhada, sendo importante conter: - Data de início e fatores precipitantes - Duração e severidade - Consistência das fezes e urgência - Comorbilidades/cirurgias prévias/ incontinência urinária/ lesões vertebrais - História obstétrica: fórceps, ventosas, apresentação do feto - Fármacos, cafeína, dieta - História de impactação fecal. Em relação ao exame físico, é pertinente que este seja detalhado e dirigido a todos os sistemas uma vez que, a incontinência pode ser secundária a doenças sistêmicas ou neurológicas. Este deve incluir, particularmente, inspeção do períneo, exame neurológico (nomeadamente a sensibilidade perianal e os reflexos cutâneos anais), exame digital do reto, proctoscopia e retossigmoidoscopia.
7. Os exames complementares de diagnóstico específicos ajudam a completar a avaliação clínica e permitem uma avaliação objetiva, ajudando a fazer um diagnóstico mais preciso da causa da incontinência. No entanto, apesar de serem úteis para determinar o melhor tratamento a instituir de acordo com a causa da incontinência, não há nenhum teste objetivo que possa ser considerado como o definitivo para a avaliação da função anorretal ou para o diagnóstico da sua etiologia.
8. Uma investigação adicional pode ser útil para:
 - determinar défices, através de medidas objetivas da função do esfíncter anal, em doentes cuja história e exames iniciais é desproporcional aos achados clínicos, e nos quais há um potencial ganho com a investigação;



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- determinar potenciais candidatos a reparação cirúrgica ou outros tratamentos, através de imagiologia e medidas da função neuromuscular, em doentes com suspeita de terem lesões do esfíncter anal.
9. O primeiro passo é identificar se a incontinência é secundária a diarreia. Se assim for, pode ser útil efetuar proctoscopia, colonoscopia, testes a fezes e mesmo testes respiratórios para despistar outras patologias.
10. A **manometria anorretal** permite uma quantificação objetiva da função dos esfíncteres anais, dos reflexos anorretais e da sensibilidade retal. É um teste simples para avaliar a função anorretal e é largamente usado para o estudo inicial dos doentes com incontinência fecal. Este exame pode corroborar os achados do exame físico ao providenciar valores objetivos das pressões anais em repouso e durante a contração voluntária e pode ser usado para comparação após o tratamento. É um exame mais preciso do que o exame digital para identificar diferenças minor das pressões anais, para medir as pressões anais quando o exame clínico é doloroso e para identificar aumentos de pressões anais com relaxamento de esfíncter comprometido, como acontece, por exemplo, nos doentes com fecal soiling. Importante salientar que este exame não permite determinar a etiologia da incontinência nem diferenciar entre defeitos dos esfíncteres ou outras causas para a diminuição de pressão, como a deservação do pavimento pélvico ou dos músculos do esfíncter externo. Desta forma, a grande vantagem que a manometria anorretal pode oferecer é a quantificação da disfunção, auxiliando a direcionar o tratamento. Geralmente, doentes com grande disfunção do esfíncter anal externo são candidatos a cirurgia, enquanto que para doentes com moderada função esta se torna irrelevante. Além disso, é possível efetuar o exame em ambulatório, permitindo a avaliação da atividade motora sigmóide, retal e anal continuamente num período de 24 horas, o que oferece melhor correlação com a causa dos distúrbios funcionais anorretais.
11. A **Ecografia endoanal** é um exame simples, rápido e pouco dispendioso, que fornece imagens de alta resolução e que possibilita uma avaliação de 360° do canal anal. É passível de ser realizada no consultório, uma vez que não requer preparação ou



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

sedação do doente, e é, em geral, bem tolerada. É obtida uma avaliação anatômica e morfométrica dos esfíncteres e do músculo puborretal, além de permitir avaliar o pavimento pélvico e o ângulo anorretal. Trata-se da técnica de imagem diagnóstica de escolha para providenciar informação sobre os esfíncteres, tendo uma sensibilidade e especificidade de aproximadamente 100% para a detecção dos seus defeitos. Apesar de ser um método confiável para avaliar o esfíncter anal interno (EAI), a interpretação das imagens do esfíncter anal externo (EAE) podem ser mais subjetivas e dependentes do técnico ou serem confundidas com variações anatômicas normais. O esfíncter externo e a gordura periretal são ambos ecogênicos e frequentemente indistinguíveis, o que pode dificultar a caracterização precisa da sua espessura e a identificação de atrofia. Além disso, embora possa identificar danos dos esfíncteres, tem pouca especificidade para demonstrar a etiologia da incontinência. Este método complementar de diagnóstico é, ainda, útil no planejamento da cirurgia de reconstrução bem como na avaliação dos resultados da reparação do esfíncter.

DO TRATAMENTO

1. Este item não será abordado por se tratar de procedimentos diagnósticos.

DO PLEITO

1. **Manometria anorretal:** é um procedimento em que se mede basicamente as pressões dos músculos do esfíncter anal, a sensação no reto e os reflexos neurais que são necessários para executar os movimentos normais do intestino.
2. **Ultrassonografia Endo anal 360 Graus:** é um exame realizado com um aparelho de diâmetro semelhante ao utilizado no exame proctológico normal, que tem em sua extremidade um aparelho de ultrassom que produz uma imagem de 360 graus, mostrando os músculos que compõem o esfíncter anal.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

3. Os exames pleiteados não constam do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

III - CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente apresenta quadro de incontinência fecal após cirurgia de coluna e necessita realizar os exames manometria anorretal e US endoanal 360 graus, para avaliação de lesão esfinteriana e pressão de contração.
2. Não consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia dos exames (SISREG - Sistema Nacional de Regulação), porém há documento que comprova a negativa de fornecimento do exame manometria anorretal.
3. Não foi informado nos documentos a história clínica detalhada, com data, sobre o caso do paciente, com informações importantes sobre a incontinência fecal como a data de início e fatores precipitantes, duração e severidade, consistência das fezes e urgência, além do exame físico do paciente, dificultando assim a elaboração de um Parecer Técnico.
4. Sabe-se que os procedimentos citados não constam na tabela de procedimentos do SUS. Porém, informamos que está em vigor o Decreto Nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 30/8/2016, disciplinando procedimentos adotados por médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde – SESA. O Artigo 2º cuida de procedimentos e medicamentos não padronizados pelo SUS. A justificativa técnica deverá ser apresentada por meio de ferramenta informatizada.
5. Assim, este NAT sugere ao Magistrado que o paciente seja reavaliado por um proctologista, com prioridade, e que este forneça um laudo médico atual descrevendo quadro clínico detalhado, com hipótese diagnóstica causal principal, hipóteses diagnósticas diferenciais e a imprescindibilidade dos exames e se há necessidade de realizá-los para avaliar possível intervenção cirúrgica e, caso ainda haja necessidade da realização dos mesmos, deve-se compelir a Secretaria Municipal de Saúde a interagir



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

com o médico especialista assistente no sentido de fazer valer o que reza o Decreto Estadual Nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016, já citado acima, para que a Secretaria de Estado da Saúde - SESA forneça o exame, desde que atendidos os requisitos elencados no Decreto.

6. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

[Redacted signature block]

[Redacted signature block]

[Redacted signature block]



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Luciano Pinto de et al. Neuropatia pudenda: correlação com dados demográficos, índice de gravidade e parâmetros pressóricos em pacientes com incontinência fecal. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 139-146 jul. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032002000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032002000300002>. r

VIEBIG, Ricardo Guilherme. Os desafios diagnósticos da incontinência fecal. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 137-138, July 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032002000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032002000300001>.

RIBEIRO F.S.L et al, INCONTINÊNCIA FECAL: ABORDAGEM PASSO A PASSO, disponível em:
[file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/Incontinencia Fecal Abordagem Passo a Passo.pdf](file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/Incontinencia_Fecal_Abordagem_Passo_a_Passo.pdf)