



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 55/2021

Vitória, 19 de janeiro de 2021

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Nilda Márcia de A. Araújo, sobre o procedimento: **Retossigmoidoscopia com plasma de argônio.**

I - RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Autor teve diagnóstico de câncer de próstata, fazendo tratamento conservador de radioterapia, sendo suspenso em razão de proctite por radiação. Foi indicado cauterização com plasma de argônio, motivo pelo qual solicitou ao Sistema de Saúde o procedimento retossigmoidoscopia com plasma de argônio em, no mínimo, 3 sessões. Em razão da urgente situação, cujo tratamento de câncer do Autor já foi iniciado, foi solicitado o procedimento junto a rede SUS indicado por unidade Hospitalar que é referenciado pelo Estado do Espírito Santo para atendimento especializado integrada e integral ao paciente com câncer, e que atua no diagnóstico e tratamento do paciente. Como até o momento não conseguiu o procedimento, recorre a via judicial.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Às fls. não numeradas consta preparo para o exame retossigmoidoscopia, com agendamento para o dia 04/11/2020 as 8 h.
3. Às fls. 11 consta laudo da colonoscopia e imagem, emitida em 28/09/2020, evidenciando proctopatia actínica em atividade em terços médio e inferior do reto; diverticulose cólica segmentar de ascendente e transversa, forma leve; polipectomia: lesão polipoide de cólon transversa proximal.
4. Às fls. 12 consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, emitido em 21/10/2020 pela Dr^a Luciana M. Kroheng, CRM ES 10130, descrevendo paciente submetido a radioterapia para tratamento de câncer de próstata, evoluindo com proctite por radiação e anemia devido nefrotoxicidade foi suspenso o tratamento com a mesalazina. Mantém episódios de hematoquesia, e em nova colonoscopia evidenciou-se proctopatia actínica ativa em terço médio e inferior do reto. Paciente necessita realizar retossigmoidoscopia com plasma de argônio para tratamento da proctite por radiação, pelo menos 3 sessões, a depender da evolução, podendo ser necessária mais sessões.
5. Às fls. não numeradas e 13 consta exames laboratoriais, emitidos em 26/10/2020, sem alterações significativas
6. Às fls. não numeradas consta laudo médico para solicitação de procedimentos processados através do BPAI, com justificativa de paciente com Ca de próstata, mantendo hematoquesia e anemia, suspenso mesalazina devido nefrotoxicidade. Apresenta proctite por radiação. Necessita de nova colonoscopia emitido pela Dr^a Luciana M. Kroheng, sem data legível.
7. Às fls. 14 consta laudo ambulatorial individualizado – BPAI, emitido em 04/11/2020 pela Dr^a Luciana M. Kroheng, solicitando retossigmoidoscopia com plasma de argônio.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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. O **câncer da próstata** é a neoplasia maligna mais frequente nos homens, ocorrendo milhares de novos casos diagnosticados a cada ano. Trata-se de neoplasia de evolução lenta, mas com elevado potencial metastático. Raro em jovens, aumenta a incidência com o avançar da idade.
2. O diagnóstico precoce possibilita elevadas taxas de cura definitiva, de forma que o



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

rastreamento desse tumor faz parte da rotina médica, devendo ser iniciado precocemente em homens com histórico familiar dessa doença. O embasamento para rastreio diagnóstico consiste nos níveis do PSA no sangue – Antígeno Prostático Específico e na palpação da próstata através do toque retal. Com esses dois exames – sangue e físico, e em alguns casos com auxílio de ultrassonografia, o urologista decide se há alterações sugestivas de neoplasia. Havendo indícios, a biópsia transretal da próstata, atualmente guiada por ultrassonografia e sob sedação, permite diagnosticar malignidade e graduar essa malignidade através da graduação de Gleason. O adenocarcinoma é o tipo de câncer entre as neoplasias da próstata.

3. Para se obter o escore total da classificação de Gleason, que varia de 2 a 10, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo é o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. Escores entre 2 e 4 significam que o câncer provavelmente terá um crescimento lento. Escores intermediários, entre 5 e 7, podem significar um câncer de crescimento lento ou rápido e este crescimento vai depender de uma série de outros fatores, incluindo o tempo durante o qual o paciente tem o câncer. Escores do final da escala, entre 8 e 10, significam um câncer de crescimento muito rápido. Gleason de 2 a 4 – existe cerca de 25% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevivência. Gleason de 5 a 7 - existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevivência. Gleason de 8 a 10 - existe cerca de 75% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevivência. O estadiamento no momento do diagnóstico é fundamental com exames complementares para avaliação de possíveis implantes metastáticos e serve para formulação do plano terapêutico que pode envolver a prostatectomia, radioterapia e terapia hormonal.
4. A lesão por radiação do intestino é um efeito colateral relativamente comum da radioterapia, ocorrendo em 50 a 75% dos pacientes recebendo radiação na pelve. Os tumores mais associados são neoplasias de reto, ânus, colo de útero, próstata, bexiga e testículos; o reto e o sigmoide são os segmentos mais comumente afetados, causando a



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

denominada proctocolite por radiação (CR). A CR é definida como dano epitelial secundário à radiação no colo e no reto, e, em alguns casos, pode cursar com inflamação leve ou inexistente, nesse caso definida como **proctopatia por radiação**. A CR é definida como aguda quando ocorre até 6 semanas após a radiação, sendo relativamente fácil de diagnosticar e apresentando curso autolimitado, mas a CR em 5 a 10% dos casos é uma condição crônica que ocorre 9 a 14 meses após a radioterapia; em alguns casos descritos, após 30 anos do tratamento com radioterapia.

5. Cerca de 75 % dos pacientes irradiados na pelve desenvolverão sintomas proctológicos, como urgência, dor retal, tenesmo e sangramento. A **proctite crônica** pode surgir até dois anos após o tratamento, geralmente na forma de sangramento, com incidência de 3 a 20% dos casos. Pode apresentar-se também com os mesmos sintomas da doença aguda, e mais raramente, com fístulas e estenoses. A necrose é um evento raro.
6. Tal sintoma pode variar desde pequenas quantidades (forma intermitente) até perdas volumosas de sangue, com necessidade de transfusões sanguíneas periódicas.
7. A **CR aguda** se manifesta com dor abdominal e retal, diarreia, sangramento, descarga retal mucoide, sensação de urgência retal e tenesmo. O início dos sintomas ocorre durante o curso da terapia de radiação, o que sugere o diagnóstico. Os sintomas podem ser graves e levar à interrupção da terapia ou à alteração do plano de tratamento em 5 a 15% dos casos. A **CR crônica** tem um início mais insidioso, com uma variedade de apresentações, incluindo doença ulcerativa, estenose, obstrução, fístula e perfuração do intestino ou pode se apresentar de forma semelhante à CR aguda. O sangramento é comum e, normalmente, maior que na forma aguda, mas, em geral, não é hemodinamicamente significativo.
8. A **CR aguda** se manifesta com dor abdominal e retal, diarreia, sangramento, descarga retal mucoide, sensação de urgência retal e tenesmo. O início dos sintomas ocorre durante o curso da terapia de radiação, o que sugere o diagnóstico. Os sintomas podem ser graves e levar à interrupção da terapia ou à alteração do plano de tratamento em 5 a 15% dos casos. A **CR crônica** tem um início mais insidioso, com uma variedade de apresentações, incluindo doença ulcerativa, estenose, obstrução, fístula e perfuração



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

do intestino ou pode se apresentar de forma semelhante à CR aguda. O sangramento é comum e, normalmente, maior que na forma aguda, mas, em geral, não é hemodinamicamente significativo.

9. O diagnóstico da proctite é feito por colonoscopia ou retossigmoidoscopia, já que geralmente o calibre do reto e do sigmoide está reduzido. O exame permite o diagnóstico de lesões mucosas, biópsias e a identificação de possíveis lesões colônicas sincrônicas. O enema opaco deve ser realizado na impossibilidade de passagem do colonoscópio. Pode ser útil nos casos suspeitos de fístulas e em estenoses do sigmoide e do reto para estudo do restante do cólon. A tomografia computadorizada e o PET-CT são usados frequentemente para o diagnóstico diferencial com recidiva da doença primária.

DO TRATAMENTO

1. **A Prostatectomia radical** consiste na ressecção total da próstata, incluindo as vesículas seminais, ampolas dos ductos deferentes e uretra prostática associado a ou não a linfadenectomia bilateral. Poder ser realizada por via laparoscópica, perineal ou retropúbica. É considerado tratamento de eleição para o câncer de próstata localizado.
2. **A Radioterapia** no câncer próstata localizado possui diversos tipos e para escolha técnica inclui-se diversos fatores como o volume prostático, existência de doença extraprostática, comorbidades, sintomas e disponibilidade do serviço. Pode ser realizada com radiação interna (braquiterapia) ou externa. Seu mecanismo de ação consiste em utilizar radiações ionizantes para combater ou inibir o crescimento tumoral.
3. **A Terapia hormonal** pode ser realizada de forma cirúrgica com orquiectomia (retirada dos testículos) e/ou uso de medicações como o agonista do hormônio liberador de hormônio luteinizante. É um forma de supressão hormonal e pode ser utilizada em associação a radioterapia nos casos de canceres localmente avançados e de risco elevado. Pode também ser indicada antes do início do tratamento com



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

radioterapia com objetivo de reduzir o volume da próstata independentemente do grau de risco que estejam classificados.

4. A radioterapia é indicada à pacientes que recusam realizar a prostatectomia radical, aos tumores não invasivos, para aliviar as dores, e em casos de tumores resistentes aos hormônios. Esse tratamento possui alguns efeitos colaterais como a cistite a **proctite actínica**. (MIRANDA, 1997).
5. As formas leves de proctite actínica são tratadas com uso tópico de derivados do 5-ASA, corticóides e formalina. Outras formas de tratamento empregadas são a fulguração com plasma de argônio e a cauterização bipolar. A oxigenoterapia hiperbárica apresenta bons resultados em casos selecionados. Geralmente é indicada em casos de sangramento, com bons resultados na remissão dos sintomas.
6. O tratamento cirúrgico fica reservado para situações de intratabilidade clínica, como fístulas retovaginais, sangramento que não responde à terapia endoscópica, ou em casos de necrose. Pode-se optar por ressecção do segmento acometido com ou sem anastomose primária, utilizando desvios do trânsito proximal quando necessário.
7. O **tratamento endoscópico com plasma de argônio (APC) é de baixo custo, fácil aplicabilidade e transporte, seguro e eficaz no tratamento do sangramento retal em pacientes com proctopatia actínica crônica.** Atualmente o APC é a modalidade endoscópica preferida. Os casos refratários ao tratamento devem ser encaminhados para centros que realizam novas terapias endoscópicas, como a radiofrequência e a crioablação. Essas últimas podem se tornar padrão-ouro no futuro, especialmente para as lesões mais extensas.

DO PLEITO

1. **Retossigmoidoscopia com plasma de argônio:** Não é procedimento oferecido pelo SUS



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. A **retossigmoidoscopia** é um procedimento ofertado pelo SUS, de média complexidade, sob o código 02.09.01.005-3

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com diagnóstico de câncer de próstata, fazendo tratamento conservador de radioterapia, sendo suspenso em razão de ter evoluído com quadro de proctopatia por radiação, realizou tratamento medicamentoso que foi suspenso devido à nefrotoxicidade. Solicitado tratamento com retossigmoidoscopia com plasma de argônio.
2. Sabe-se que o procedimento de retossigmoidoscopia com plasma de argônio para cauterizar a proctite actínica, é um tratamento endoscópico de baixo custo, fácil aplicabilidade e transporte, seguro e eficaz no tratamento de pacientes com proctopatia actínica, e está indicado quando o tratamento medicamentoso não foi eficaz.
3. **Considerando que o paciente já possui diagnóstico firmado, que apresenta proctite ativa, que já realizou tentativa de tratamento medicamentoso sem sucesso, este NAT conclui que o procedimento pleitado está indicado no caso em tela e deve ser disponibilizado pela SESA. Cabe ao profissional que o acompanha definir o número de sessões necessárias de acordo com a gravidade e a resposta do paciente.**
4. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto** que vem provocando no paciente, a presença de sangramento que pode se agravar e a necessidade de continuidade do tratamento oncológico, entende-se que o procedimento deve ser disponibilizado com prioridade.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

5. 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.
6. Este Núcleo recomenda que o médico assistente preencha o **formulário criado pelo Decreto Nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016**, e após seja apresentado aos requeridos, os quais deverão ser compelidos a darem tramitação ágil, com resposta em breve e que a Secretaria de Estado da Saúde - SESA forneça o procedimento, desde que atendidos os requisitos elencados no Decreto. Obs: link direto para o formulário: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Judicialização/RELATORIO-MÉDICOFORMATADO-01%2004%202016atual-1.pdf>
7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERENCIAS

CONSENSO EM CÂNCER DE PRÓSTATA – Ministério da Saúde – INCA/Instituto Nacional do Câncer – 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf

Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata – CONITEC/Ministério da Saúde. Outubro de 2015. Disponível em: www.conitec.gov.br

Manual de Atualização Conduta. Cancer de Próstata. Unicamp. Disponível em www.fcm.unicamp.br

Kotze, Paulo Gustavo et al; Necrose Pelvi-Perineal Pós-Radioterapia para Câncer de Próstata: Relato de Caso; Rev bras Coloproct Outubro/Dezembro, 2007 ; disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n4/14.pdf>

Neto, Rodrigo Antônio Brandão; Colite por radiação; disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7750/colite_por_radiacao.htm

Cunha, Thiago Rabelo da; Comparação entre dois diferentes parâmetros de coagulação com plasma de argônio (apc) no tratamento da proctopatia actínica crônica: ensaio clínico com controle histórico; 2015; disponível em: <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/148a5ac42c803f234c16d827e90deabc.pdf>