



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº781/2021

Vitória, 21 de julho de 2021

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cariacica, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fernando Augusto de Mendonça Rosa, sobre os procedimentos: **consulta com urologista + gastroenterologista+ cirurgia geral.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados no Termo de Reclamação o Requerente com 60 anos de idade está aguardando desde 2020 o agendamento de três consultas: cirurgia geral; urologista e gastroenterologista. O Termo ainda relata que, de acordo com o laudo médico emitido pelo Dr. Lincoln David, CRMES-12.971, o Requerente necessita dessas consultas pois possui gastrite crônica, hiperplasia prostática, pólipos na vesícula biliar, calculose vesical e pólipos de glândulas fúndicas císticas. Pelo tempo em que aguarda o agendamento, recorre à via judicial.
2. Às fls. 7775135 (pág.01) se encontra laudo médico, emitido em 16/06/2021 pelo Dr. Lincoln David, CRMES-12.971, em que declara que o Requerente tem história de hiperplasia prostática, gastrite crônica, em uso de Finasterida, de Omeprazol e de Domperidona. Consta transcrição de gastrite endoscópica enantematosa leve de antro, pólipos sésseis de corpo gástrico, pólipos de vesícula biliar, calculose vesical, sangue oculto nas fezes e pólipos de glândulas fúndicas císticas. Relata que foi solicitado em



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

23/12/2020 colonoscopia e o paciente foi encaminhado para o cirurgião geral, gastroenterologista e para o urologista, sendo que até a data do laudo não havia sido disponibilizado o exame e as consultas.

3. Às fls. 7775135 (pág.02 a 04) se encontra laudo e imagens de ultrassonografia de abdome total datado de 17/12/2020, cuja conclusão foi de pólipos na vesícula biliar (3) e cálculo na bexiga de 1,9 cm.
4. Às fls. 7775135 (pág. 05 a 07) consta laudo e imagens de ultrassonografia de próstata, datado de 17/12/2020, cuja conclusão identifica cálculo na bexiga de 1,7 cm sem outras alterações na bexiga; próstata com 43 gramas sem outras alterações.

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.



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

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. **Hipertrofia ou Hiperplasia Prostática Benigna:** a próstata é uma glândula do sistema reprodutor masculino que produz e armazena parte do fluido seminal. Está localizada na pelve, abaixo da bexiga urinária e na frente do reto. A hipertrofia benigna prostática (HBP) ou hiperplasia prostática benigna é uma condição caracterizada pelo aumento benigno da próstata que normalmente se inicia em homens com mais de 40 anos. Pode provocar estreitamento da uretra com dificuldade de micção.
2. É uma condição comum em homens adultos, com tendência a progredir com o envelhecimento e que, na maioria das vezes, causa sintomas do trato urinário inferior (STUI), com prevalência em torno de 30% em indivíduos com mais de 50 anos. Isso leva a impactos importantes na saúde física e mental.
3. É causada por uma hiperplasia das células do estroma e do epitélio, resultando na formação de nódulos na região periuretral da próstata. Quando suficientemente largos, os nódulos comprimem o canal uretral causando obstrução parcial, ou às vezes completa, da uretra, desta maneira interferindo no fluxo normal da urina. Isso causa sintomas de hesitação urinária, polaciúria, aumento do risco de infecção do trato urinário e retenção urinária. Embora os níveis de antígeno prostático específico (PSA) possam estar elevados nestes pacientes devido ao volume maior do órgão e inflamação devido às infecções do trato urinário, a hiperplasia prostática benigna não é considerada uma lesão pré-maligna.
4. A composição dos **cálculos renais** é variável sendo a mais comum (80%) a de oxalato de cálcio. Entre as causas da formação de cálculos de oxalato de cálcio estão



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

determinadas doenças como por exemplo o hipotireoidismo, o uso prolongado de determinados medicamentos que elevam a eliminação urinária de cálcio, etc..

5. Alguns fatores que podem aumentar o risco de se desenvolver um cálculo urológico são: problemas no processo de absorção ou eliminação dos produtos que podem formar cristais; casos de cálculos urológicos na família (condição genética); o hábito de consumir uma pequena quantidade de líquidos; desordens alimentares; doenças intestinais; gota. Os cálculos podem se localizar na pelve renal, nos ureteres ou na bexiga e seus tamanhos são variáveis o que vai contribuir para a presença ou não de sintomas e para o tratamento a ser instituído.
6. Os **cálculos vesicais** são raros em países desenvolvidos e são mais comumente relacionados, em adultos, à obstrução infravesical, infecção crônica ou a presença de corpo estranho intravesical. A obstrução infravesical é o principal fator etiológico em mais de 75% dos casos de litíase vesical, que proporciona estase e infecção, alteração no pH urinário, supersaturação de urina e nucleação heterogênea com formação de cálculo. Podem ocorrer na infância, estando relacionados à desnutrição, principalmente a dieta pobre em proteínas. Em relação à apresentação clínica, os cálculos vesicais podem ser assintomáticos, entretanto, sintomas, como dor suprapúbica, disúria, hematúria, jato de urina fraco e entrecortado, hesitação, frequência, urgência e dor na glândula podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes.
7. Geralmente esta condição afeta homens com mais de 50 anos, sendo a hiperplasia prostática benigna (HPB) a causa mais comum, seguida por estenose de uretra e adenocarcinoma de próstata. Estes cálculos são constituídos de ácido úrico, oxalato de cálcio ou fosfatoamônio-magnésio (estruvita). Este, quando existe, está associado à infecção por bactérias “quebradoras” de ureia. Geralmente, os cálculos são únicos, mas eles podem ser múltiplos em 25 a 30% dos casos. A infecção urinária pode ser associada à patogênese da litíase vesical em 22 a 34% dos casos, e o *Proteus sp.* é o micro-organismo mais comumente isolado em uroculturas. *Proteus* e algumas cepas de *Pseudomonas* e de *E. coli* produzem urease, que hidrolisa a ureia, resultando em



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

- amônia e dióxido de carbono, aumentando o pH urinário e promovendo supersaturação e precipitação de cristais de fosfato-amônio-magnésio.
8. O diagnóstico é realizado por meio da clínica do paciente associada a um exame de imagem que vai desde um raio x simples de abdômen até a realização de ultrassonografia, tomografia computadorizada (melhor exame diagnóstico), ressonância magnética, urografia venosa etc..
 9. É denominado **pólipo vesicular** quando uma lesão projeta-se da parede vesicular para o interior da vesícula biliar. O diagnóstico de pólipo vesicular aumentou muito devido ao elevado uso da ultrassonografia abdominal. São diagnosticados em cerca de 5% da população em geral. Os pólipos vesiculares são denominados de benignos ou malignos. Os benignos são classificados em: pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatórios; colesterose e hiperplasia); tumores epiteliais (adenomas) e tumores mesenquimatosos (fibroma, lipoma, hemangioma). Os malignos são os carcinomas da vesícula biliar. Os pólipos inflamatórios são pouco frequentes. Consistem numa reação inflamatória local de proliferação epitelial, com infiltrado de células inflamatórias, estando associados muitas vezes a colecistite crônica.
 10. O adenoma, apesar de ser um pólipo benigno, pode ter um comportamento pré-maligno. Esta é uma lesão habitualmente solitária, pediculada e pode estar associada a litíase vesicular. Devido ao mau prognóstico do carcinoma da vesícula biliar, é importante diferenciar entre um pólipo benigno e um pólipo maligno ou pré-maligno, de forma a proporcionar um tratamento adequado.
 11. A maior parte dos pólipos identificados ou retirados em endoscopia digestiva não necessita de seguimento. **Pólipos gástricos** são geralmente assintomáticos e são encontrados em 2 a 3% das endoscopias, usualmente de forma incidental. Os mais comumente encontrados são os pólipos de glândulas fúndicas pequenos, que tem característica típica, podem ser definidos sem biópsia e não necessitam de investigação ou seguimento.



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

Quadro 1: Tipos de pólipos gástricos e manejo específico.

Pólipo de glândulas fúndicas

Diagnóstico: o diagnóstico é endoscópico (sem necessidade de realização de biópsia) quando sua descrição for típica: presença de um ou mais pólipos sésseis pequenos (<10mm), no fundo ou corpo gástricos.

Polipectomia: há indicação de ressecção endoscópica se:

- tamanho maior que 10mm;
- localizados no antro;
- paciente for portador de polipose adenomatosa familiar.

Descrição: é o tipo mais comum de pólipo gástrico, sendo achado ocasional, sem risco de evolução neoplásica e não causando sintomas. Há indicação de encaminhamento apenas quando houver indicação de ressecção e impossibilidade de solicitação na APS, ou se o paciente for portador de polipose adenomatosa familiar (PAF).

Seguimento: não há necessidade de repetição de endoscopia ou qualquer seguimento dos pólipos que não possuem indicação de ressecção, ou para aqueles sem displasia quando realizada a polipectomia. Pacientes com PAF ou displasia no anatomopatológico devem ser encaminhados para atendimento especializado.

Pólipos hiperplásicos

Diagnóstico: o diagnóstico é sugerido pela endoscopia e confirmado pelo anatomopatológico.

Polipectomia: há indicação de ressecção endoscópica se:

- tamanho maior que 10mm;
- displasia à biópsia;
- presença de sintomas associados ao pólipo (anemia ferropriva sem outra causa identificada ou dispepsia sem resposta ao uso de inibidores da bomba de prótons).

Descrição: usualmente localizam-se no antro gástrico, com aspecto eritematoso. São pólipos que geralmente surgem quando há outras alterações gástricas como gastrite, infecção por *H. pylori*, atrofia ou metaplasia. No estômago, inclusive, os pólipos hiperplásicos podem conter displasia (diferentemente dos pólipos hiperplásicos de cólon).



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

Seguimento: pacientes com *H. pylori* devem ser tratados com esquema de erradicação da infecção.

Pacientes com pólipos hiperplásicos, sendo ou não realizada polipectomia, devem repetir endoscopia em um intervalo de 1 ano. O seguimento posterior pode ser feito em 3 anos, mas pode ser reavaliado de acordo com o risco de neoplasia do paciente (história familiar, presença de atrofia ou metaplasia nas biópsias gástricas).

Pólipos adenomatosos

Diagnóstico: o diagnóstico de adenoma é confirmado por biópsia em lesão suspeita à endoscopia.

Polipectomia: indicada em todos os casos.

Descrição: são precursores de neoplasia gástrica. São raros, geralmente associados a gastrite atrófica e metaplasia intestinal. Quando encontrados no estômago devem sempre ser removidos em nova endoscopia e seguimento, pois estão fortemente associados a adenocarcinoma síncrono ou metacrônico.

Seguimento: devem ser encaminhados para gastroenterologista ou centro especializado de endoscopia para acompanhamento com imagem de alta resolução.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020).

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da HPB geralmente é realizado com mudanças no estilo de vida e com medicações. Casos mais sérios podem necessitar de cirurgia. Em relação ao tratamento clínico, estão disponíveis quatro opções de tratamento medicamentoso: α -bloqueadores, inibidores da 5 α -redutase, fitoterápicos e a terapia combinada. A utilização de um tratamento medicamentoso para a HPB proporciona alívio eficaz dos sintomas com efeitos colaterais de menor intensidade.
2. Existe programa de tratamento cirúrgico que possui algum suporte científico, bem como as novas modalidades que estão começando a ser praticadas. Entre eles estão:
 - Ressecção transuretral da próstata;



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

- GreenLight XPS (GL-XPS) Vaporização fotosseletiva da próstata - NE 1 GR A;
 - Enucleação da próstata com laser de hólmio (HoLEP) - NE 1 GR A;
 - Prostatectomia Simples;
 - Cirurgia videoassistida;
 - Prostatectomia aberta simples vs. prostatectomia laparoscópica simples;
 - Prostatectomia aberta simples vs. prostatectomia simples laparoscópica vs. prostatectomia assistida por robô;
 - Embolização da artéria prostática (PAE);
- A busca por novas modalidades terapêuticas para qualquer transtorno é necessária e natural, ainda mais em tempos de rápida evolução tecnológica. Isso não é diferente no tratamento da HPB, e novas opções já começam a ser estabelecidas na prática clínica de acordo com a consolidação e respaldo científico para tal. Atualmente temos duas técnicas inovadoras que apresentam resultados experimentais promissores e em ensaios clínicos iniciais.
 - ablação da próstata por hidrodissecção;
 - hidratação da próstata;
 - técnica UroLift® (NE 1 GR B)
12. Caso o tratamento medicamentoso falhe, a cirurgia de Ressecção Transuretral da Próstata pode ser necessária. Algumas das indicações da RTU se refere aos pacientes com sintomas de prostatismo, urina residual significativa à US, retenção urinária aguda, hematúria, insuficiência renal (creatinina sérica >1,2mg/dl), disfunção vesical (bexiga de esforço, divertículos vesicais, hidronefrose) e cálculos vesicais.
13. A ressecção transvesical ou suprapúbica é uma cirurgia reservada para pacientes com próstata demasiadamente aumentada, superior a 80-100g.



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

14. O significado das **lesões polipoides da vesicular biliar** não é muito entendido pela maioria dos médicos e por isso a conduta nessas lesões é controversa. Habitualmente, os pólipos com mais de 1 cm de diâmetro são removidos cirurgicamente devido ao risco de malignização, sendo que os pacientes com pólipos menores necessitam de seguimento e diversas ultrassonografias de controle. Distinguir entre lesões não-neoplásicas, neoplásicas e lesões potencialmente malignas tem sido o grande desafio diagnóstico. Geralmente, pólipos menores que 1 cm e assintomáticos são seguidos por 6 a 12 meses com ultrassonografias de controle para estudar um possível crescimento rápido dessas lesões. Alguns estudos, no entanto, demonstraram que somente o diâmetro do pólipo não é um critério seguro de exclusão neoplásica. Um estudo demonstrou que 52,6% dos pólipos vesiculares menores que 1 cm eram lesões pediculadas neoplásicas. Sugiyama et al reportaram que aproximadamente 30% dos pólipos entre 11 e 15 mm eram de colesterol. A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento considerado padrão-ouro no tratamento dos pólipos não-neoplásicos.
15. O tratamento dos **pólipos gástricos** já se encontra descrito no item DA PATOLOGIA.

DO PLEITO

- 1. Consulta com urologista**
- 2. Consulta com gastroenterologia**
- 3. Consulta com cirurgia geral**

III – CONCLUSÃO

1. Analisando os documentos anexados, este NAT conclui que o Requerente tem várias patologias e que as consultas com urologista e gastroenterologista estão indicadas para o caso em tela. No entanto, pela ausência de informações do quadro clínico do



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

Requerente e pelos laudos dos exames de imagem anexados, o pleito se caracteriza como eletivo.

2. Quando a consulta com cirurgião geral este NAT entende que deva se dar após a avaliação pelo gastroenterologista, o qual definirá se o tratamento do pólipó na vesícula será cirúrgico ou não, já que os pólipos gástricos já foram removidos (tem descrição no laudo médico do tipo de pólipó – glândulas fúndicas císticas, que é de característica benigna).
3. Vale destacar que no laudo médico consta que o Requerente apresenta sangue oculto nas vezes e que foi solicitado uma colonoscopia e até o momento não agendada. Esse exame não consta do pleito da Inicial, porém está indicado para o caso em tela para investigação diagnóstica.
4. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, diz que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, **considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames**, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos”. (grifo nosso)





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

REFERÊNCIAS

Nunes, Ricardo Luis Vita et al; Tratamento cirúrgico contemporâneo da Hiperplasia prostática benigna; Rev. Assoc. Med. Bras. vol.63 no.8 São Paulo ago. 2017; disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000800711&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Regula SUS; Hiperplasia Prostática Benigna, disponível em: https://www.ufrgs.br/tsrs/telessauders/documentos/protocolos_resumos/urologia_resumo_hiperplasia_prostatica_benigna_TSRS.pdf
BRASIL. Ministério da Saúde. SIG TAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

CAVACANTI, A.G.L.C. et al. Hiperplasia Prostática Benigna. Projeto Diretrizes. 20 de junho de 2006. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/5_volume/24-Hiperpla.pdf.

LOPES, E.J.A. et al. Prostatectomia aberta: modificações da técnica de Freyer e retirada precoce da sonda. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=roo3&id_materia=3901.

RIBEIRO, J. G. A.; RIBEIRO, C. A, DE F.; DAMIÃO, R. Tratamento da hiperplasia prostática. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=842&fase=imprime

ILIAS, E. J. Pólipos da vesícula biliar: e quando tratar?" Rev. Assoc. Med. Bras. 56 (3). 05 de ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kxpNNBrYw7H5SDL33TnWnSd/?lang=pt>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Qual conduta frente a um paciente com pólipo gástrico em endoscopia? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; Jun 2020 [citado em “21 jul. 2021”]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-conduta-frente-um-paciente-com-polipo-gastrico-em-endoscopia/>.