



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 41/2020

Vitória, 10 de janeiro de 2020

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

O presente parecer técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas da Vara Única de Marilândia – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Menandro Taufner Gomes, sobre o procedimento: **Enterotomografia Computadorizada**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com ao termo de Reclamação, o Requerente, de 14 anos de idade, foi diagnosticado como portador de Doença de Crohn, após realizar uma colonoscopia, apresentando quadro de dor abdominal, alteração de hábito intestinal (diarreia e constipação intestinal) e perda ponderal, com episódios prévios de internação hospitalar devido ao quadro, sendo necessário realizar o exame de enterotomografia. Ao procurar a Secretaria de Estado de Saúde foi informado que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde para realizar este exame pelo SUS. Por esse motivo recorre à via judicial.
2. Às fls. 08 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, preenchido pela Dra. Flávia Emília de L. Oliveira, no dia 19/08/2019, com a solicitação de Enterotomografia, sendo justificado que o paciente [REDACTED] apresenta hipótese diagnóstica de Doença de Crohn.
3. Às fls. 09 consta o Laudo Médico, elaborado pela Dra. Flávia Emília de L. Oliveira, no dia 07/10/2019, informando que o paciente [REDACTED] apresenta diagnóstico recente de Doença de Crohn, em uso de azatioprina e necessita de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

enterotomografia a fim de avaliar a extensão da doença (comprometimento de delgado) e assim direcionar o tratamento mais adequado.

4. Às fls. 10 consta o e-mail encaminhado pelo Núcleo de Regulação e Acesso da Secretaria de Estado de Saúde – SESA, informando que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde para realizar a enterotomografia pelo SUS.

## 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.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

## **DA PATOLOGIA**

1. A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de origem desconhecida, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. Apresenta-se sob três formas principais: inflamatória, fistulosa e fibroestenotante. Os segmentos do tubo digestivo mais acometidos são íleo, cólon e região perianal. Além das manifestações no sistema digestório, a DC pode ter manifestações extraintestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas. Em países desenvolvidos, a prevalência e a incidência situam-se em torno de 50:100.000 e 5:100.000, respectivamente. Uma estimativa da prevalência na cidade de São Paulo encontrou 14,8 casos por 100.000 habitantes. A DC tem início mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária.
2. A DC clínica ou cirurgicamente incurável, e sua história natural é marcada por ativações e remissões. A diferenciação entre doença ativa e em remissão pode ser feita com base no Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). Esse índice é mais simples e mantém uma boa correlação com o Índice de Atividade da DC (IADC), correlação de Pearson = 0,93 ( $p = 0,001$ ), padrão-ouro para a caracterização dos estágios da doença. Pacientes sem sintomas (IHB igual ou inferior a 4) e sem uso de corticosteroide são considerados em remissão sintomática. Pacientes que necessitam de corticosteroide para permanecer assintomáticos são classificados como cortico-dependentes, não sendo considerados em remissão, devido ao risco de toxicidade do tratamento prolongado. Pacientes com doença leve a moderada (IHB igual a 5, 6 ou 7) geralmente são atendidos ambulatorialmente, toleram bem a alimentação, estão hidratados e não apresentam perda de peso superior a 10%, sinais de toxicidade, massas dolorosas à palpação ou sinais de obstrução intestinal. Pacientes com doença moderada a grave (IHB igual ou superior a 8) usualmente estão com o estado geral bastante comprometido e apresentam ainda um ou mais dos sintomas: febre, perda de peso, dor abdominal acentuada, anemia ou diarreia frequente (3 ou mais evacuações por dia). Pacientes com manifestações graves/fulminantes usualmente têm IHB superior a 8,



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

- não alcançaram sucesso com o tratamento ambulatorial ou se apresentam febre alta, vômitos persistentes, sinais obstrutivos intestinais, sinais de caquexia, sinais de irritação peritoneal ou abscessos intra-abdominais.
3. Nos exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), os achados mais característicos são acometimento do intestino delgado e presença de fístulas. A endoscopia digestiva baixa (colonoscopia) com duas biópsias de cinco sítios distintos, incluindo o íleo, é o método preferencial para o diagnóstico e revela tipicamente lesões ulceradas, entremeadas de áreas com mucosa normal, acometimento focal, assimétrico e descontínuo. O exame histopatológico pode indicar acometimento transmural (quando da análise de ressecções cirúrgicas), padrão segmentar e presença de granulomas não caseosos. A European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) sugere que, apesar de não haver um achado patognomônico, o diagnóstico histopatológico de DC depende da presença de granulomas, anormalidades arquiteturais crípticas focais, infiltrado inflamatório focal de linfócitos e plasmócitos, e da preservação de mucina nos sítios inflamados. Em casos difíceis, endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas pode ser útil para firmar o diagnóstico na presença de granulomas ou gastrite focal.
  4. A avaliação da extensão da doença e comprometimento do intestino delgado proximal é importante, pois influenciará na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. Radiografia de trânsito de delgado, ou tomografia computadorizada enteral (TC enteral) ou ressonância magnética enteral (RM enteral) podem ser indicadas, se disponíveis.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento da DC é complexo, exigindo habilidades clínicas e cirúrgicas em algumas situações. O tratamento clínico é feito com aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e imunossupressores, e objetiva a indução da remissão clínica, melhora da



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

qualidade de vida e, após, manutenção da remissão.

2. O tratamento cirúrgico é necessário para tratar obstruções, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento medicamentoso.
3. O tratamento da DC é definido segundo a localização da doença, o grau de atividade e as complicações. As opções são individualizadas de acordo com a resposta sintomática e a tolerância ao tratamento. Sulfassalazina, mesalazina e antibióticos não têm ação uniforme ao longo do trato gastrointestinal, enquanto corticosteroides, imunossupressores e terapias anti-TNF parecem ter uma ação mais constante em todos os segmentos gastrointestinais. Inexiste na literatura estudo clínico randomizado (ECR) que tenha avaliado a eficácia de terapia nutricional em adultos.

## **DO PLEITO**

1. **Enterotomografia Computadorizada ou Tomografia Computadorizada enteral:** método que apresenta alta resolução espacial e permite a visualização do lúmen e do relevo mucoso, tendo a vantagem de ser capaz de avaliar a espessura parietal, além de eventuais alterações mesentéricas e extraintestinais associadas. Permite a identificação de lesões hipervasculares, dilatações, estenoses, fístulas, segmentos intestinais com hiperimpregnação, assim como de outras alterações abdominais. Dessa forma, a entero-CT tem grande aplicabilidade clínica, sobretudo nos casos de doença de Crohn, podendo dar informações sobre a atividade da doença e possíveis complicações associadas. É um exame realizado após obter-se distensão das alças intestinais por meio de contraste oral neutro associado a administração de meio de contraste iodado intravenoso. Difere da tomografia convencional do abdome e pelve principalmente pelo meio de contraste utilizado por via oral.
2. As principais indicações de exame são: detecção e acompanhamento evolutivo de doenças inflamatórias intestinais, sobretudo doença de Crohn; investigação de tumores do intestino delgado, dor abdominal e diarreia de origem indeterminada e



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

hemorragia digestiva de origem obscura.

### III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente [REDACTED] apresenta diagnóstico recente de Doença de Crohn, em uso de azatioprina, sendo solicitado o exame de enterotomografia a fim de avaliar a extensão da doença (comprometimento de delgado) e assim direcionar o tratamento mais adequado da sua doença. Foi informado pela Secretaria de Estado de Saúde que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde para realizar este exame pelo SUS. Não foi informado o quadro clínico atual do Requerente, se houve boa resposta ao tratamento instituído e se está em remissão da doença.
2. Cabe esclarecer que não existe código no SIGTAP para enterotomografia, devendo o exame a ser solicitado tomografia de abdomen com contraste (para estudo do delgado), sendo especificado como código 02.06.03.003-7 (abdome inferior) e 02.06.03.001-0 (abdome superior), segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS.
3. Sabe-se que a avaliação da extensão da doença e o comprometimento do intestino delgado proximal é importante para o paciente portador de Doença de Crohn, pois influenciará na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. A tomografia computadorizada enteral (TC enteral) pode ser indicada, se disponível, segundo o Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn (aprovado de acordo com a PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017) para esta avaliação.
4. Portanto, considerando que o Requerente possui diagnóstico de Doença de Chron, em seguimento com médico especialista (gastroenterologista) do SUS, este NAT conclui que o exame solicitado **está indicado para o caso em tela** devendo ser agendado em prazo que respeite o princípio da razoabilidade.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

5. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, 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”.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**REFERÊNCIAS**

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017, disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/420112-17-61-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-de-Crohn-27-11-2017---COMPLETA.pdf>

Sociedade brasileira de coloproctologia; colegio brasileiro de cirurgia digestiva; sociedade brasileira de patologia and colegio brasileiro de radiologia. Doença de Crohn intestinal: manejo. Rev. Assoc. Med. Bras., vol.57, n.1, pp. 10-13, 2011.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

---

Paulo Gustavo Kotze, Sérgio Eduardo Alonso de Araújo. Tratamento cirúrgico da Doença de Chron. GED. Disponível em: <<http://gediib.org.br/pdf/tratamentoCirurgicoChohn.pdf>>.

COSTA-SILVA, L. Enterografia por tomografia computadorizada: experiência inicial na avaliação das doenças do intestino delgado. Radiol Bras, São Paulo, v.43, n. 5, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842010000500008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842010000500008&script=sci_arttext)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Crohn. Portaria SAS/MS nº 996, de 02 de outubro de 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-ctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>>.