



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

**PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 1271/2019**

Vitória, 16 de agosto de 2019

Processo nº [REDACTED]  
impetrado pelo [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] em favor de [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Vara Única de Pedro Canário - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leandro Cunha Bernardes da Silveira, sobre o procedimento: **Manometria anorretal**.

**I. RELATÓRIO**

1. De acordo com os Fatos relatados na Inicial, a Requerente é portadora de incontinência fecal (CID R15), sendo solicitado manometria anorretal para avaliação. Foi informado que a Requerente procurou a Agência Municipal de Agendamento – AMA e solicitou o agendamento do referido exame, porém foi respondido que tal procedimento não é ofertado pelo Sistema Único de Saúde. Diante do exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 17 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPAI, emitido em 02/08/2018, com a solicitação do exame de manometria anorretal, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta história de hemorroidectomia e incontinência anal.
3. Às fls. 27 consta o Ofício encaminhado pela Coordenadora da Central Municipal de Regulação de Pedro Canário no dia 15/10/2018, informando que o Estado não possui prestador público regulado e filantrópico, credenciado na Rede Estadual de Saúde,



## **Poder Judiciário**

### **Estado do Espírito Santo**

---

pelo Sistema de Informação SISREG, para executar o procedimento de manometria anorretal.

4. Às fls. 28 consta o e-mail encaminhado pela Assistente Social – Gestora de Solicitantes (da Central Regional de Regulação Norte – SESA), informando que o Estado não possui prestador público regulado e filantrópico, credenciado na Rede Estadual de Saúde, pelo Sistema de Informação SISREG, para executar o procedimento de manometria anorretal.

## **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



## **Poder Judiciário**

### **Estado do Espírito Santo**

---

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 e alterações da compliance e sensibilidade retal.
5. A manutenção da continência fecal é dependente de vários mecanismos anatômicos e



## Poder Judiciário

### Estado do Espírito Santo

---

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;
  - determinar potenciais candidatos a reparação cirúrgica ou outros tratamentos,



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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 360º do canal anal. É passível de ser realizada no consultório, uma vez que não requer preparação ou sedação do doente, e é, em geral, bem tolerada. É obtida uma avaliação anatômica e



## **Poder Judiciário**

### **Estado do Espírito Santo**

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 procedimento diagnóstico.

## **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. Este exame pleiteado não consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

## **III - CONCLUSÃO**

1. No presente caso, a Requerente [REDAZIDA] apresenta história de



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

hemorroidectomia e incontinência anal, sendo solicitado manometria anorretal pela proctologista.

2. Não foi informado nos documentos a história clínica detalhada sobre o caso da 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 da paciente, dificultando assim a elaboração de um Parecer Técnico.
3. Sabe-se que o procedimento citado não consta 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.
4. Assim, este NAT sugere ao Magistrado que a paciente seja reavaliada 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 do exame e se há necessidade de realizá-lo para avaliar possível intervenção cirúrgica e, caso ainda haja necessidade da realização do mesmo, deve-se compelir a Secretaria Municipal de Saúde a interagir 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.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



## **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](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](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)