



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] 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 morbilidade 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 anorrectal** permite uma quantificação objetiva da função dos esfíncteres anais, dos reflexos anorrectais e da sensibilidade retal. É um teste simples para avaliar a função anorrectal 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 desenervação do pavimento pélvico ou dos músculos do esfíncter externo. Desta forma, a grande vantagem que a manometria anorrectal 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 anorrectais.
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 possível 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 puborrectal, além de permitir avaliar o pavimento pélvico e o ângulo anorrectal. 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 perirectal 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 planeamento 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 anorrectal:** 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 [REDACTED] apresenta história de



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

hemorroidectomia e incontinência anal, sendo solicitado manometria anorrectal 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.

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

[REDAÇÃO MISTERIOSA]

[REDAÇÃO MISTERIOSA]



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>.

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