



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 975/2019

Vitória, 28 de junho de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Vara Única de Mantenópolis – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Wagner Alves Ramos, sobre o procedimento: **Cirurgia de remoção de pólipos (Polipectomia) sob anestesia geral.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente necessita de realizar colonoscopia com biópsia, visto que apresenta pólipos em cólon descendente de 10 mm, porém foi informado que tal demanda não é ofertada pelo sistema municipal, fato que o motivou a recorrer à via judicial.
2. Às fls. 04 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, preenchido pela Dra. Juliana Silva de Figueiredo no dia 19/02/2019, com a solicitação de Colonoscopia, sendo justificado que o paciente [REDACTED] apresenta pólipos em cólon descendente de 10 mm, sendo necessário polipectomia.
3. Às fls. 05 consta o laudo da Colonoscopia, realizada no dia 05/02/2019, sendo evidenciado que o paciente [REDACTED] apresenta pólipos pediculados de cerca de 10 mm em cólon descendente. Foi recomendado a realização de polipectomia sob anestesia geral para maior segurança no procedimento, devido a idade avançada do



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

paciente.

4. Às fls. 07 consta a cópia de Documentos do Requerente [REDACTED] com a data de nascimento em 15/05/1934 (85 anos).

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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

 - I - de atenção primária;
 - II - de atenção de urgência e emergência;
 - III - de atenção psicossocial; e
 - IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às



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

ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

3. 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. Os **pólipos colorretais** são estruturas que se projetam na superfície da camada mucosa do intestino grosso, podendo ser neoplásicos ou não. Foi Morson, em 1976, quem melhor estabeleceu uma classificação para os diversos tipos de pólipos e a importância da progressão adenoma-câncer. Os pólipos foram divididos em: pólipos neoplásicos, caracterizados pelos adenomas e os carcinomas, e os pólipos não-neoplásicos, que incluem os tipos epiteliais hamartomatosos, inflamatórios, hiperplásicos ou metaplásicos.
2. Os pólipos adenomatosos, que correspondem a cerca de 70% de todos os pólipos, são conhecidamente lesões pré-malignas que antecedem, em 10 a 15 anos, o câncer colorretal. Os fatores de risco associados ao seu aparecimento incluem: idade



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

avançada, sedentarismo, sexo masculino e aumento do Índice de Massa Corporal - IMC/gordura abdominal. Por conta dessa progressão lenta, a detecção de lesões pré-neoplásicas no intestino grosso é relevante na prevenção do surgimento e complicações do câncer colorretal. Os pólipos podem ser ressecados antes da sua malignização, diminuindo sobremaneira a taxa de morbimortalidade do câncer colorretal.

3. Os pólipos adenomatosos podem ser classificados em 3 subtipos, com base na arquitetura epitelial. Os adenomas tubulares: representam cerca de 80% de todos os adenomas e são caracterizados pela presença de glândulas tubulares em pelo menos 75% da sua arquitetura. Os adenomas vilosos: correspondem a 5 a 15% de todos os adenomas e apresentam glândulas com projeções vilosas em pelo menos 75% da sua arquitetura. Os adenomas túbulo-vilosos: correspondem a 5 a 15% dos adenomas e apresentam histologia mista com menos de 75% dos dois tipos de arquiteturas. Os pólipos adenomatosos surgem como resultado da displasia proliferativa epitelial, que pode variar entre displasia de baixo grau, mais frequente (70-90%), e displasia de alto grau (10-30%). A displasia de alto grau tem maior risco de evolução para carcinoma e associa-se mais frequentemente ao subtipo de adenoma com arquitetura vilosa, no entanto, todos os graus de displasia podem ser encontrados em qualquer subtipo de adenoma (incluindo dimensão e morfologia), sendo difícil de determinar ao exame macroscópico.
4. A Japanese Research Society for Cancer of the Colon and Rectum classifica adenomas e cânceres colorretais em dois grupos: protruso e superficial. O tipo protruso são os pólipos colorretais. O tipo superficial são as lesões não-polipoides colorretais, classificadas em superficial elevada, plana e deprimida. A colonoscopia é o padrão-ouro para o diagnóstico do câncer colorretal e para a detecção e ressecção endoscópica das lesões precursoras. A realização de polipectomias e biópsias permite, através da histopatologia, avaliar o tipo histológico, o grau de displasia e as margens de ressecção a fim de quantificar seu potencial de malignização.
5. O câncer colorretal é a quinta neoplasia maligna mais frequente no Brasil, e se estima



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

que 26.990 novos casos tenham sido diagnosticados no ano de 2008, o que evidencia sua alta frequência. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres. Associado a isso, a grande maioria dos tumores malignos se origina dos adenomas, e a detecção e retirada precoces evitam a progressão para o câncer. Estes dados motivaram a realização deste trabalho no sentido de analisar retrospectivamente as seguintes variáveis: dados gerais do paciente como idade, gênero, procedência e indicação do exame; dados da lesão polipoide como frequência, distribuição topográfica, aspecto morfológico, tipo histológico, grau de displasia, tamanho, presença de lesões sincrônicas e/ou metacrônicas e ocorrência de diagnósticos associados.

6. Habitualmente, os pólipos são assintomáticos, porém, alguns deles constituem lesões precursoras para carcinoma. A maioria dos pólipos são adenomatosos, portanto displásicos e com potencial de malignidade, sendo os de maior risco os que têm 10 mm ou mais, histologia vilosa e/ou displasia de alto grau. Os pólipos serrados são um grupo heterogêneo que partilham o aspecto serrado. Os que têm maior risco de evolução para câncer são os de dimensões $\geq 10\text{mm}$ ou com displasia.

DO TRATAMENTO

1. A colonoscopia promove o diagnóstico, permite a polipectomia com estudo histológico subsequente e a pesquisa de lesões. Os pólipos colorretais usualmente são excisados através da polipectomia no próprio procedimento em que são encontrados.
2. Pólipos maiores e lesões não polipoides podem necessitar de técnica de mucosectomia, procedimento um pouco mais extenso e com risco um pouco maior de complicações. Nele é utilizada injeção de solução na submucosa para elevar a lesão e reduzir o risco de perfuração da parede colônica. Em alguns casos, como na presença de lesões polipoides ou grandes, pode se optar por marcar uma nova colonoscopia para a retirada da lesão, visto que há maior risco de sangramento e perfuração. Pacientes com



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

pólipos não excisados devem ser avaliados para nova colonoscopia.

3. A colonoscopia é um exame feito sob sedação consciente, com ou sem anestesia. As orientações do preparo são feitas no local onde o exame é realizado. O preparo para o procedimento envolve a limpeza intestinal com dieta pobre em resíduos e uso de laxante – usualmente bisacodil e manitol. O manitol é um laxante osmótico potente, gerando evacuações em grande número, podendo causar desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos. Pacientes com comorbidades graves (especialmente insuficiências cardíaca e renal) e idosos são mais suscetíveis a esses distúrbios. Para evitá-los, orienta-se hidratação abundante até o horário do jejum.
4. Sedação e analgesia na endoscopia gastrointestinal varia desde mínima sedação até anestesia geral e são utilizadas para reduzir a ansiedade do paciente frente ao exame, a dor, o desconforto e a lembrança do procedimento. Muitos procedimentos endoscópicos altos e baixos necessitam de sedação moderada e analgesia, sendo denominadas de "sedação consciente".
5. A literatura é controversa em relação à associação de idade avançada e risco de eventos adversos em procedimentos endoscópicos sob sedação, com diferentes pontos de corte para idade e diferentes resultados de complicações, tanto para procedimentos rotineiros (endoscopia e colonoscopia diagnóstica), quanto para procedimentos avançados (CPRE, ecoendoscopia, enteroscopia, terapia endoscópica). Mais estudos serão necessários para melhor avaliar esta questão. A classificação ASA é preditora de risco de morbimortalidade em exames endoscópicos e deve ser incorporada como ferramenta útil na estratificação do risco pré-procedimento. Pacientes com graves comorbidades (ASA ≥ 3) e/ou com instabilidade hemodinâmica, especialmente quando submetidos a procedimento emergencial, apresentam maior risco de eventos adversos graves, portanto, melhor acompanhamento durante o preparo e sedação. Recomenda-se a assistência de outro profissional médico dedicado à sedação nas circunstâncias de maior risco (pacientes ASA ≥ 3 e/ou com instabilidade hemodinâmica, especialmente quando submetidos a procedimento emergencial), pois pode aumentar a segurança e a



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

comodidade do endoscopista na realização do exame. É importante identificar fatores de risco como: (1) doença cardíaca ou pulmonar; (2) doença neurológica ou convulsão; (3) estridor, ronco ou apneia do sono; (4) reação adversa à sedação ou anestesia; (5) medicações em uso e alergias; (6) abuso de drogas ou álcool, para eventos adversos inerentes ao paciente durante a avaliação pré-procedimento.

DO PLEITO

1. **Cirurgia de remoção de pólipos (Polipectomia) sob anestesia geral.**

III - CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, o paciente [REDACTED] apresenta pólipos pediculados de cerca de 10 mm em colon descendente, sendo recomendado a realização de polipectomia sob anestesia geral para maior segurança no procedimento, devido a idade avançada do paciente.
2. De acordo com as literaturas especializadas, a maioria dos pólipos são adenomatosos, portanto displásicos e com potencial de malignidade, sendo os de maior risco os que têm 10 mm ou mais (que é o caso do Requerente), histologia vilosa e/ou displasia de alto grau, sendo recomendado que estes sejam retirados através da polipectomia no próprio procedimento em que são encontrados.
3. Sabe-se que a “Retirada de pólipo do tubo digestivo por endoscopia” é um procedimento disponibilizado pelo SUS, inscrita sob o código 04.07.01.025-4, com modalidade ambulatorial ou hospitalar, considerado de média complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), assim como a colonoscopia, que está inscrita sob o código 02.09.01.002-9, com modalidade ambulatorial ou hospitalar ou hospital-dia.
4. Não foi informado nos Documentos anexados sob o quadro clínico, com descrição de comorbidades e fatores de risco do paciente, que são dados importantes a serem



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

identificados antes da realização do procedimento, como presença de doença cardíaca, doença pulmonar, doença neurológica, história de convulsão, estridor, ronco ou apneia do sono, reação adversa à sedação ou anestesia, medicações em uso e alergias. Porém, trata-se de um paciente idoso, de 85 anos de idade, que já realizou colonoscopia, tendo o médico assistente **no momento deste exame recomendado a realização de polipectomia sob anestesia geral, em centro cirúrgico, para melhor segurança do paciente.**

5. Portanto, este NAT conclui que **o procedimento de polipectomia está indicado para o paciente, que deve ser realizado com prioridade, por se tratar de possível lesão neoplásica ou pré-neoplásica**, sendo este procedimento ofertado pelo SUS. Em relação a realização em centro cirúrgico, mesmo com a ausência de informações importantes relatadas acima, concluímos que há indicação de realizar tal procedimento neste setor, considerando a idade avançada do paciente e possíveis complicações referentes a este procedimento (como hemorragia e perfuração).

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

REFERÊNCIAS

NETO J.R.T. et al, Aspectos epidemiológicos dos pólipos e lesões plano-elevadas colorretais, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a06v30n4.pdf>



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

Telessaúde RS - UFRGS - PÓLIPOS COLORRETAIS, disponível em:
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_polipo_colorretal.pdf

Ivano F. H. et al, Estudo comparativo de eficácia e segurança entre propofol e midazolam durante sedação para colonoscopia, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So100-69912010000100004

Hashimoto C. L. et al, SEDAÇÃO EM ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL I: CONCEITOS, RISCOS E COMORBIDADES, disponível em:
http://sistema.sobedadm.org.br/upload/consulta_publica/documento/3/9815.pdf