



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1070/2019

Vitória, 15 de julho de 2019.

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

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas da 2º Juizado Especial Criminal de Vitória, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Rachel Durão Correia Lima, sobre o procedimento de: **Exame de Colonoscopia.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente realizou em maio de 2018 cirurgia de retossigmoidectomia “que consiste na remoção de tumor de intestino” e por isso necessita fazer exame de colonoscopia de 06 em 06 meses e exame de sangue de 3 em 3 meses. Os exames de sangue a Requerente conseguiu realizá-los, no entanto, a colonoscopia ainda não conseguiu realizá-la. Já fez uma solicitação diretamente no HUCAM em 06/06/2018 e outro por meio da Unidade de Saúde de Consolação em 14/12/2018, não obtendo retorno até o momento. Assim, requer judicialmente colonoscopia de 6/6 meses.
2. Às fls 13 se encontra o Boletim de Procedimento Ambulatorial Individualizado datado de 06/06/2018 em que a Dra. Monica Vieira Pacheco, CRMES=8957, requer o exame de colonoscopia com descrição de que a paciente realizou retossigmoidectomia cuja peça veio com ausência de neoplasia e que colonoscopia previa apresentou polipos que foram ressecados e o anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma em adenoma. Consta, escrito a mão, que a colono deve ser realizada em novembro de 2018.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

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 hamarto matosos, inflamatórios, hiperplásicos ou metaplásicos.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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. 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 hiperplásicos podem ser definidos como lesões causadas pela inibição da morte celular programada ou apoptose e, com os adenomas, são os pólipos mais comumente encontrados durante o exame colonoscópico. Até recentemente, os pólipos hiperplásicos eram considerados lesões sem nenhum potencial de malignização, conceito esse que tem sido questionado nos últimos anos com o reconhecimento recente do adenoma serrilhado. Reconhecido há pouco tempo, o adenoma serrilhado pode ser caracterizado pela associação de tecido adenomatoso e hiperplásico, o que nos faz repensar a respeito da necessidade de investigação nos portadores de pólipos hiperplásicos, pois assim como os adenomas, há evidências de que os mesmos podem estar associados à neoplasia colorretal.
4. O câncer colorretal é a quinta neoplasia maligna mais frequente no Brasil, e se estima 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.
5. Recomendações de vigilância para pólipos serrilhados foram incorporadas recentemente pela United States MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer e Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE), defendendo um controle endoscópico baseado no tamanho, número e presença de displasia^{4,8} (tabela 1).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Tabela 1 - Vigilância colonoscópica das lesões serrilhadas, segundo United States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer e Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE).

Pólipos serrilhados	United States Multi-Society	ESGE
PH	> 10 mm ou proximal: 5 anos	10 anos
ASS sem displasia	< 3 lesões ou < 1 cm: 5 anos ≥ 3 ou > 1 cm: 3 anos	10 anos
ASS com displasia	3 anos	3 anos
AST	3 anos	3 anos
Polipose Serrilhada	1 ano	1 ano

- Os pólipos hiperplásicos típicos, pequenos (< 10 mm de diâmetro), localizados no retossigmoide, são lesões de baixo risco e não exigem a intensificação da vigilância colonoscópica (intervalo de 10 anos). Adenomas serrilhados sésseis sem displasia, menores que 10 mm de tamanho, podem ser submetidos a vigilância em intervalo de 5 anos.
- Pólipos serrilhados com qualquer uma destas três características (tamanho \geq 10 mm, presença de displasia ou adenoma serrilhado tradicional) são considerados como lesões de alto risco e exigem vigilância colonoscópica em 3 anos.
- Após a ressecção fragmentada de um ASS, os indivíduos devem ter uma colonoscopia repetida em 3-6 meses para avaliar o sítio da polipectomia para pólipo residual ou recorrente. Intervalos de vigilância podem exigir a modificação com base na idade, história familiar ou pessoal de câncer colorretal e comorbidades.
- O grupo de maior risco para desenvolvimento de câncer colorretal são os pacientes que satisfazem aos critérios para a Síndrome de Polipose Serrilhada, em que a colonoscopia deve ser realizada anualmente, com a intenção de remover todas as lesões serrilhadas proximais ou todos os pólipos serrilhados \geq 5 mm. Se o controle



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

endoscópico da Polipose Serrilhada não é viável, a cirurgia está indicada. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns são hemicolectomia direita ou colectomia subtotal. Vigilância anual endoscópica do cólon residual e/ou do reto está indicada

10. De acordo com as Telecondutas pólipos colorretais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o seguimento das lesões pré-malignas colorretais (intervalo para novo exame) devem se dar conforme os achados da colonoscopia. Deve-se avaliar risco-benefício de colonoscopia de seguimento após os 75 anos de idade, podendo-se oferecer nova colonoscopia apenas àqueles com expectativa de vida estimada em mais de 10 anos e sem comorbidades graves. Não é recomendada vigilância em pacientes acima de 85 anos. O quadro 3 orienta o intervalo para repetição de colonoscopia conforme os achados da colonoscopia inicial.

Quadro 3 – Periodicidade para colonoscopia dos pólipos colorretais:

LESÕES PRÉ-MALIGNAS DE MENOR POTENCIAL NEOPLÁSICO	PERIODICIDADE RECOMENDADA PARA COLONOSCOPIA (ANOS)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
LESÕES PRÉ-MALIGNAS DE MAIOR POTENCIAL NEOPLÁSICO*	PERIODICIDADE RECOMENDADA PARA COLONOSCOPIA (ANOS)
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo séssil serrilhado < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrilhada**	1

Fonte: Macrae (2017).

* Sugerido acompanhamento em serviço especializado.

** ≥ 5 pólipos serrilhados proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólipo serrilhado proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrilhada; > 20 pólipos serrilhados de qualquer tamanho no cólon.

Obs: pólipos hiperplásicos raramente têm mais de 10 mm. Seu encontro deve levantar a hipótese de pólipo serrilhado.

§ Essas recomendações são válidas quando a colonoscopia foi completa (até o ceco ou íleo distal) e com limpeza colônica adequada; sem esses critérios de qualidade, há risco de haver lesões não diagnosticadas.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DO TRATAMENTO

1. 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.
2. Todos os pólipos encontrados no exame endoscópico devem ser totalmente removidos e enviados para exame histopatológico. A imensa maioria dos pólipos é removida através da colonoscopia.

DO PLEITO

1. **Colonoscopia:** é o exame endoscopia do intestino grosso e porção distal do íleo. É realizado principalmente para detecção de canceres iniciais e diagnóstico de Cancro (tumor) avançado, mas também para o diagnóstico de doença inflamatória intestinal e outras patologias. Além da avaliação da mucosa intestinal e do calibre do órgão, permite a realização de coleta de material para exame histopatológico (biopsia) e a realização de procedimentos como a retirada de pólipos (polipectomia), descompressão de volvo intestinal e a hemostasia de lesões sangrantes. O exame consiste na introdução de um tubo flexível (colonoscópio) através do intestino grosso e dura, em média, 15 a 60 minutos.
2. A colonoscopia é procedimento padronizado pelo SUS.

III – CONCLUSÃO

1. Pelo que se pode depreender a paciente retirou pólipos cujo exame patológico demonstrou presença de neoplasia, no entanto, ao retirar parte do intestino não foi identificado na peça retirada neoplasia (câncer). Assim, pode-se entender que a solicitação da colonoscopia é para verificar a presença de novo pólipo e não por ter tipo



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

neoplasia colorretal.

2. Não consta nos documentos enviados ao NAT confirmação de que a solicitação do exame (colonoscopia) foi incluída no SISREG - Sistema Nacional de Regulação. Sem essa inclusão a Secretaria de Estado da Saúde não tem como dar prosseguimento no agendamento do exame, outra opção seria o próprio HUCAM agendar, já que pelo fato da paciente estar em acompanhamento no estabelecimento ele pode agendar diretamente no hospital.
3. Assim, em conclusão este NAT entende que a colonoscopia para acompanhamento do caso deva ser disponibilizada, no entanto, não consta justificativa para a sua realização a cada seis meses e nem existe solicitação médica da necessidade desta periodicidade do exame.

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Neto, JRT, et al: Aspectos epidemiológicos dos pólipos e lesões plano-elevadas colorretais, disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a06v30n4.pdf>

SANTOS, José Mauro dos et al . Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. Rev bras. colo-proctol., Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 299-305, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000300005>.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

L. G. M. F. Bicalho, R. F. Ruiz, M. M. Picolo, P. R. A. Alves Epidemiologia dos adenomas serrilhados em uma casuística do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em São Paulo GED gastroenterol. endosc. Dig. 2015: 34(3):101-106. Disponível em: http://sbhepatologia.org.br/pdf/edicao3_artigo2.pdf