



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1362/2019

Vitória, 29 de agosto de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas do 2ª Vara de Pancas - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Adelino Augusto Pinheiro Pires, sobre o procedimento: “**Trânsito colônico**”.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente, de 47 anos de idade, foi diagnosticada com constipação intestinal grave, sendo solicitado um procedimento médico, o qual ainda está aguardando, já tendo procurado a Secretaria Municipal de Saúde para sua realização, porém sem êxito. Diante do exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 13 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, preenchido pela Dra. Juliana Câmara de B. Carneiro (proctologista) no dia 20/06/2017, com a solicitação de Transito Colônico, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta constipação grave, em investigação de inércia colônica.
3. Às fls. 25 consta o Laudo Médico, elaborado no dia 13/03/2019, informando que a paciente [REDACTED] apresenta poliartralgia, edema de membros, sendo portadora de miocardiopatia com cansaço aos pequenos esforços e pressão arterial descontrolada.
4. Às fls. 26 consta o encaminhamento ao médico reumatologista, sendo informado que a paciente [REDACTED] apresenta poliartralgia crônica, sem diagnóstico até o momento.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

5. Às fls. 27 consta o receituário médico, emitido no dia 14/05/2019, com a prescrição de medicações cardiológicas: Hidroclorotiazida, Enalapril, Amlodipino, Hidralazina, Carvedilol e Espironolactona.

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

DA PATOLOGIA

1. A **constipação intestinal** é uma condição multifatorial, sendo na maioria das vezes decorrente da ingestão inadequada de fibras e água. Subdivide-se em primária e secundária, tendo esta última causa bem definida, como doenças endócrinas e neurológicas ou uso inadvertido de substâncias obstipantes.
2. Em termos fisiopatológicos, divide-se em três categorias: 1. constipação de trânsito normal; 2. constipação de trânsito lento; e 3. doenças do ato evacuatório.
3. O primeiro e mais importante cuidado na avaliação do paciente constipado é excluir a presença de causas secundárias (Doenças endócrinas (como hipotireoidismo) — Doenças metabólicas (como diabetes melito) — Doença neurológica (como doença de Parkinson) — Medicamentosa (como analgésicos, anti-hipertensivos, neurolépticos, etc.)). Mediante anamnese, devem-se investigar cuidadosamente sinais de “alarme” ou “alerta” (Hemorragia retal, dor abdominal intensa, emagrecimento, anemia, perda de peso, anorexia, tenesmo e febre), que podem orientar para uma causa anatômica. Em pacientes com mais de 50 anos, ou que se tornaram constipados recentemente, sugere-se a pesquisa de sangue oculto nas fezes, bem como a dosagem sanguínea de eletrólitos (incluindo cálcio, glicemia, hormônio tireoestimulante [TSH] e hemograma completo). Àqueles que não responderam à orientação inicial e/ou apresentam anemia ou sangue oculto nas fezes indica-se a colonoscopia. Nos pacientes com menos de 50 anos sem sinais de alerta e história longa de constipação, opta-se por uma terapêutica progressiva.
4. A inércia colônica é condição que se apresenta com trânsito intestinal lento em todo trajeto do intestino grosso, leva a constipação intestinal crônica e grave, é diagnóstico de exclusão. Corresponde a cerca de 3% dos quadros de constipação crônica, afeta principalmente mulheres jovens (20-30 anos). A inércia colônica pode ter diversas causas, desde doenças sistêmicas, doenças intestinais ou até mesmo, ser idiopática. Em adultos, a forma adquirida ganha destaque sendo distúrbios endócrinos, metabólicos, neurológicos, psiquiátricos ou uso de drogas os principais desencadeadores. Tem como quadro clínico marcante a grave constipação, podem ocorrer cerca de uma a duas



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

evacuações por mês, distensão abdominal, náuseas e dor abdominal. O diagnóstico é feito após intensa investigação das causas secundárias de constipação, como alterações dietéticas, hábitos de evacuação, medicações de uso crônico, causas obstrutivas, megacólon, distúrbios do assoalho pélvico, causas endócrino-metabólicas, alterações neurológicas e psiquiátricas. Entre os exames diagnósticos principais para o desfecho diagnóstico, utiliza-se a manometria anorretal (estudo funcional do ânus e do reto), a defecografia (avalia alterações morfofuncionais da pelve e do segmento anorretal, exclui assim a síndrome da defecação obstruída) e a radiografia de tempo de trânsito colônico, na qual pode-se confirmar se existe diminuição significativa e patológica do número de contrações colônicas.

5. Tempo de trânsito colônico (TTC): teste que mede o tempo de trânsito e permite diferenciar uma constipação com tempo de trânsito lento da constipação com tempo adequado. Esse teste consiste na ingestão de marcadores radiopacos e radiografia após 120 horas. A retenção de 20% dos marcadores indica constipação. Se a maioria deles estiver localizado distalmente, no sigmóide e reto, o diagnóstico provável é de bloqueio evacuatório. Entretanto, a distribuição dos marcadores ao longo do cólon não exclui a possibilidade de haver bloqueio evacuatório associado à inércia colônica. O Tempo de Trânsito Colônico por medicina nuclear é um bom método, eficaz e inócuo para avaliação etiológica das constipações intestinais e para mensurar sua gravidade. Caso as investigações apontem para uma doença evacuatória (bloqueio), exames como balão de expulsão, manometria anorretal e defecografia estão indicados.
6. Manometria anorretal: A contração inapropriada do esfíncter anal sugere distúrbio defecatório. A ausência de reflexo inibitório anorretal ocorre na doença de Hirschsprung. Aumento de pressão anal e dor no reto são indicativos de fissura anal. Em distúrbios neurológicos ou nos casos de aumento da capacidade retal mediante retenção prolongada de fezes observa-se hipersensibilidade retal.
7. Balão de expulsão: o paciente é solicitado a expulsar um balão de látex, inserido no reto e preenchido com 50mL de água ou ar. A incapacidade de expulsar o balão dentro de dois minutos sugere distúrbio de defecação.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

8. Defecografia: é usada para determinar o completo preenchimento do reto, do ângulo anorretal, da deiscência perineal e as anormalidades estruturais (retocele, prolapso da mucosa interna ou intussuscepção). Estes métodos complementares devem ser indicados na suspeita de constipação de trânsito lento e nos casos de distúrbios de defecação.

DO TRATAMENTO

1. A adesão ao tratamento repousa na perfeita relação do médico com seu paciente. Para isso, faz-se necessário uma abordagem mais do indivíduo do que de seu sintoma. A constipação crônica traz com o paciente uma história de inúmeros médicos, exames complementares e medicamentos. O primeiro passo na terapêutica é entender que a expectativa em sua consulta pode ser imensa, havendo com ela uma cobrança ainda maior.
2. Orientação higieno-dietética: É importante orientar os pacientes para a necessidade de uma dieta rica em fibras, em especial vegetais os mais variados, e de uma hidratação adequada (30 a 50mL/ kg/dia), dependente de sua atividade e do clima onde reside. Estas são recomendações que devem conter um grau de exigência significativa, sem o que o paciente não as cumpram. Caso ele não consiga aumentar a ingesta de fibra natural, devem ser utilizados suplementos comerciais. Um ponto relevante na terapêutica da constipação intestinal é a reeducação dos hábitos de evacuação, estimulando-se a disciplina de horário e a obediência ao reflexo evacuatório. É comum, especialmente entre mulheres e homens por demais apressados, não responder ao estímulo evacuatório imediatamente, o que causa a perda progressiva desse reflexo. Deve-se também estimular o exercício físico, em especial a natação e a deambulação. Terapêutica farmacológica Incrementadores do bolo fecal Com a ingestão suplementar de fibras aumenta-se o volume fecal, diminui-se a consistência das fezes e estimula-se fisiologicamente a evacuação. As fibras retêm água em sua estrutura e, por isso, os pacientes devem ingerir volume hídrico adequado.
3. Terapêutica farmacológica: Com a ingestão suplementar de fibras aumenta-se o volume



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

fecal, diminui-se a consistência das fezes e estimula-se fisiologicamente a evacuação. As fibras retêm água em sua estrutura e, por isso, os pacientes devem ingerir volume hídrico adequado. São exemplos de Incrementadores do bolo fecal: Fibras sintéticas (policarbofila cálcica), Metilcelulose, Psyllium e Ágar-ágar. Há também o tratamento com Laxativos, podendo ser osmóticos, irritativos e procinéticos.

4. Os Laxativos osmóticos agem fluidificando as fezes por meio de substâncias osmoticamente ativas, que desviam água do organismo humano através da mucosa digestiva e que correspondem a um grupo heterogêneo no qual se destacam o polietilenoglicol (PEG), os osmóticos salinos (sal de sódio ou magnésio) e os sacarídeos (lactulose).
5. Os Laxativos irritativos agem provocando aumento da contração da musculatura lisa intestinal por meio de estímulo ao plexo mioentérico. A grande vantagem é a ação rápida, em torno de seis a 12 horas; no entanto, seu uso crônico pode provocar lesão no plexo mioentérico, levando à dismotilidade colônica. São contraindicados na gravidez e na amamentação.
6. Os Laxativos procinéticos agem aumentando o trânsito intestinal de maneira mais fisiológica. Dentre estes se destacam a cisaprida, que, por sua cardiotoxicidade, se encontra fora de uso comercial em todo o mundo; a domperidona, pouco efetiva; o tegaserode, com indicação mais bem definida na constipação da síndrome do intestino irritável; a lubiprostona e a prucaloprida. A lubiprostona é um estimulador seletivo dos canais de cloro tipo 2, localizados na membrana apical do epitélio gastrointestinal. Como resultado, há um aumento na secreção de fluido intestinal rico em cloro, o que estimula os movimentos intestinais e facilita a passagem de fezes amolecidas (hidratadas) através do intestino, com conseqüente alívio dos sintomas de constipação intestinal.
7. Em caso de pacientes com inércia colônica o tratamento cirúrgico realizado através de ressecção colônica está indicado apenas nos casos graves refratários ao tratamento clínico. Esse procedimento apresenta complicações como obstrução de intestino delgado, diarreia e incontinência. E apresenta taxa de sucesso reduzida quando há dismotilidade



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

do trato gastrointestinal proximal ou distúrbio psicológico associado.

DO PLEITO

1. “Trânsito colônico”.

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos médicos anexados, trata-se de uma paciente de 47 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica de difícil controle e artralgia generalizada sem diagnóstico etiológico, com quadro de constipação intestinal grave, sem elucidação diagnóstica, sendo solicitado em 2017 o exame de “Trânsito Colônico”, também chamado: Tempo de Trânsito Colônico.
2. Não foi informado o quadro clínico detalhado da paciente, com anamnese e exame físico, assim como não foi informado se a paciente foi orientada quanto a mudança de estilo de vida, incluindo reeducação alimentar, e ingestão suplementar de fibras, visto que a maior parte dos quadros de constipação intestinal (85% ou mais) se deve à propulsão difícil do bolo fecal em seu caminho em direção ao canal anal, e, neste caso, classificado como constipação primária ou essencial, a principal causa é a ingesta alimentar pobre em fibras vegetais e líquidos. Habitualmente a constipação primária não necessita de investigação complementar específica, podendo ser iniciado o tratamento clínico com o aumento da ingesta oral de fibra vegetal, principalmente por orientação dietética nutricional adequada, ou com adição complementar de fibra (20-30 g / dia) sob a forma de farelos, mucilagens ou sementes e aumento da ingesta de água e líquidos (3 a 4 litros / dia). A melhora do quadro clínico com estas medidas e na ausência de outras alterações confirma o diagnóstico. Caso a paciente apresente uma forma grave de constipação e seja refratária ao tratamento clínico, pode-se suspeitar de inércia colônica (diagnóstico de exclusão), sendo importante a investigação com o exame de “Tempo de Trânsito Colônico”.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

3. O procedimento “Tempo de Trânsito Colônico” não foi encontrado 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. Assim, este NAT finaliza sugerindo ao Magistrado duas alternativas: Que a autoria apresente um laudo médico descrevendo quadro clínico detalhado, hipóteses diagnósticas diferenciais, e a imprescindibilidade do exame, além de informar se outro exame padronizado pelo SUS não poderia ser realizado no caso em tela. Com tal laudo, provavelmente o Magistrado obterá o convencimento para embasar a sua Decisão; Ou, compelir a Secretaria Municipal de Saúde a interagir com o médico 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.
4. Ressaltamos também que algumas enfermidades reumatológicas podem ter correlações com doenças intestinais (por exemplo: a Esclerodermia é um exemplo clássico, em que ocorre uma fibrose progressiva e alteração de motilidade, levando à constipação crônica e distúrbios de absorção), com a interação entre a microbiota intestinal e o sistema imune, sendo importante que a paciente tenha uma consulta agendada com o médico reumatologista para investigação.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

REFERENCIAS

Alves. J. G et. al, Constipação intestinal, disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v10i1n2/a3987.pdf>

Fischer B. F. C. Et al, CONSTIPAÇÃO CRÔNICA: INÉRCIA COLÔNICA, disponível em: <https://docplayer.com.br/74957439-Constipacao-cronica-inercia-colonica.html>