



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0818/2018

Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2018.

Processo nº 5026159-90.2018.4.02.5101,
ajuizado por [REDACTED]
[REDACTED] representada por [REDACTED]
[REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas do 2º **Juizado Especial Federal** do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao procedimento **drenagem biliar percutânea** (pancreatoduodenectomia).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico do Hospital Albert Schweitzer – SUS (Evento1_Doc.2_pág.12), emitido em 13 de setembro de 2018, pelo médico [REDACTED] a Autora, 57 anos, apresenta **tumor de cólon e metástase hepática** obstruindo via biliar na região hilar. Foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que constatou impossibilidade de drenagem endoscópica, sendo indicada a **drenagem percutânea**.

II – ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. O Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS.
4. O Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIAMENTO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

5. A Portaria nº 140/SAS/MS de 27 de fevereiro de 2014 redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. A Portaria nº 346/SAS/MS de 23 de junho de 2008 mantém os formulários/instrumentos do sub-sistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais (APAC-SAI) na sistemática de autorização, informação e faturamento dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia.
7. O Capítulo VII, do Anexo IX, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (...).
8. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Deliberação CIB nº 2.883, de 12 de maio de 2014 pactuou as referências da Rede de Alta Complexidade Oncológica.
9. A Deliberação CIB-RJ nº 4609, de 05 de julho de 2017, pactua o Plano Oncológico do Estado do Rio de Janeiro, com vigência de 2017/2021, e contém os seguintes eixos prioritários: promoção da saúde e prevenção do câncer; detecção precoce/diagnóstico; tratamento; medicamentos; cuidados paliativos; e, regulação do acesso.
10. A Deliberação CIB-RJ nº 2795 de 18 de março de 2014, pactua as referências da Rede de Alta Complexidade Oncológica no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
11. A Deliberação CIB-RJ nº 4004, de 30 de março de 2017, pactua, *ad referendum*, o credenciamento e habilitação das unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em adequação a Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014, e a Portaria GM/MS nº 181, de 02/03/2016, que prorroga o prazo estabelecido na portaria anterior para 28/02/2016.
12. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;*
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e*
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.*

DA PATOLOGIA

1. O **câncer** é uma enfermidade que se caracteriza pelo crescimento descontrolado, rápido e invasivo de células com alteração em seu material genético. Muitos fatores influenciam o desenvolvimento do câncer, tanto os de causas externas (meio ambiente,



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural) como os de internas (geneticamente pré-determinadas), que resultam de eventos responsáveis por gerar mutações sucessivas no material genético das células, processo que pode ocorrer ao longo de décadas, em múltiplos estágios¹.

2. O **câncer de cólon** está entre as principais enfermidades do mundo ocidental. A maioria dos casos ocorre esporadicamente, sendo o tipo mais comum o adenocarcinoma, o qual se desenvolve a partir de células glandulares que cobrem a parede do intestino. Os **tumores** aumentam a partir do epitélio normal através de um acúmulo de mutações somáticas seguidas de uma seleção clonal que resulta na transformação maligna. Os tumores podem aparecer em qualquer lugar no cólon, embora a maioria esteja localizada no lado esquerdo do cólon distal (incluindo o reto, o sigmoide e o colón descendente)². Praticamente 98% de todas as neoplasias do intestino grosso são adenocarcinomas. Estes podem apresentar-se como tumores mucosos ou mucinosos que se diferenciam dos demais por, eventualmente, apresentarem células em “anel de sinete” secretando mucina em abundância³.

3. **Metástase** é basicamente a disseminação do câncer para outros órgãos – quando as células cancerígenas desprendem do tumor primário (não é uma regra) e entram na corrente sanguínea ou no sistema linfático. Ao espalhar-se pelo corpo e formar um novo tumor em outro órgão, longe do sítio primário ou local de origem da doença, esse novo tumor é chamado de metastático⁴.

4. Aproximadamente metade dos pacientes portadores de câncer colorretal apresenta **metástases hepáticas** durante a evolução de sua doença que afetam diretamente o prognóstico. O sítio mais comum de metástases do carcinoma colorretal é o fígado, sendo acometido em até 75% dos pacientes que desenvolvem alguma metástase desta afecção. Em 15 a 25% dos pacientes, detectam-se metástases hepáticas já ao diagnóstico do tumor primário, as quais são denominadas sincrônicas⁵. As **estenoses neoplásicas da árvore biliar extra-hepática** podem ser devidas a colangiocarcinomas localizados na confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, tumores de “Klatskin”, ou devido a neoplasias secundárias⁶.

DO PLEITO

¹ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2009, 126 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso_Nutricao_internet.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

² CORDEIRO, F.; et al. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. p 1-12; 2001. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/diagnostico-estadiamento-e-tratamento-cirurgico-e-multidisciplinar-do-cancer-colorreta.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

³ ACM – Arquivos Catarinenses de Medicina. Tratamento cirúrgico do câncer colorretal: série histórico-epidemiológica de cinco anos do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Regional Alto Vale/Santa Catarina (SC). Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1281.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁴ SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. O que é metástase. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/o-que-e-a-metastase.aspx>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁵ Scielo. LUPINACCI, R. M. Et al. Manejo atual das metástases hepáticas de câncer colorretal - recomendações do Clube do Fígado de São Paulo. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia. 2012; 40(3): 251-260. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n3/16.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁶ Scielo. NICOLUZZI, J. E. Et al. Derivação Bíleo-Digestiva com o Ducto do Segmento III do Fígado em Obstrução Hilar Maligna. v. 33 – n.1, jan. / fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n1/v33n1a14.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

1. A **drenagem biliar** é idealizada como método de diminuir as taxas de complicações e mortalidade da **pancreatoduodenectomia**, acreditando proporcionar melhor qualidade de vida e de morte⁷. A **duodenopancreatectomia** é o único tratamento com possibilidade de cura para tumores da região peri-ampular. Inicialmente realizada por Kausch⁸. A **drenagem percutânea** trans-hepática também é um método alternativo para os pacientes que não puderam ser drenados por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica CPRE, devido ao insucesso técnico⁹. A drenagem mecânica, seja cirúrgica ou não cirúrgica, é a única opção paliativa para a maioria dos pacientes, com exceção dos portadores de linfoma, já que não há nenhum tratamento quimioterápico ou radioterápico confiável que proporcione cura em longo prazo de doenças primárias avançadas ou metastáticas no fígado e na área periportal¹⁰.

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia, o **câncer de cólon** e reto abrange tumores malignos do intestino grosso. Tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo uma doença tratável e frequentemente curável quando localizada no intestino (sem extensão para outros órgãos) por ocasião do diagnóstico. A recorrência após o tratamento cirúrgico é um relevante evento clínico no curso da doença, constituindo-se nestes casos, em geral, na causa primária de morte. O tipo histopatológico mais comum é o adenocarcinoma; outros tipos são neoplasias malignas raras, perfazendo 2% a 5% dos tumores colorretais, e requerem condutas terapêuticas específicas. Doentes com diagnóstico de câncer colorretal devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento¹¹.

2. A **obstrução biliar maligna** é um problema oncológico comum. As doenças malignas primárias, tais como colangiocarcinoma, carcinoma de vesícula biliar, carcinoma pancreático ou linfoma periportal podem causar obstrução direta da árvore biliar. As doenças malignas metastáticas de mama, pulmão, **cólon**, rins, pele e outros sítios também causam obstrução maligna secundária à adenopatia periportal metastática. Sem drenagem biliar, a icterícia acentuada e a falência hepática progressiva serão a causa de morte desses pacientes¹².

3. Mesmo com uma drenagem adequada, o alívio dos sintomas é, geralmente, a perspectiva mais otimista para esses pacientes, cujo tempo de vida é medido em meses após o

⁷ Scielo. LUCENA, G. C. M.; BARROS, R. A. Drenagem Biliar Pré-Operatória na Neoplasia Periamplular – Uma Revisão Sistemática. ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva. 2018;31(2):e1372. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/pt_0102-6720-abcd-31-02-e1372.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁸ Scielo. ROCHA, L. C. G. Et al. Duodenopancreatectomia: Avaliação dos Resultados em 41 Pacientes. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n6/v33n6a09.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁹ LOUREIRO, J. F. M. Drenagem Biliar na Palição dos Tumores Malignos da Confluência Biliopancreática: Estudo Comparativo das abordagens Cirúrgica e Endoscópica Ecoguiada. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/07595037700/Downloads/JarbasFaracoMaldonadoLoureiro.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁰ MOORE, A. V.; et al. Colégio Brasileiro de Radiologia. Drenagem biliar percutânea em obstrução biliar maligna. p. 183. Disponível em: <http://cbr.org.br/wp-content/biblioteca-cientifica/v1/02_05.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹¹ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. Câncer colorretal. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹² Colégio Brasileiro de Radiologia. Critérios de Adequação do ACR. MOORE, A. V. Et al. Drenagem Biliar Percutânea em Obstrução Biliar Maligna. Disponível em: <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/06/02_05.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

diagnóstico. O desvio biliar cirúrgico, a drenagem endoscópica e a drenagem biliar percutânea radiológica têm sido usados para descompressão, com o método individual de tratamento sendo escolhido dependendo do estágio clínico da doença na época do diagnóstico, da condição clínica e da disponibilidade local de especialistas⁷.

4. Diante o exposto, informa-se que a **drenagem biliar percutânea** (pancreatoduodenectomia) **está indicada** diante do quadro clínico apresentado pela Autora - tumor de cólon e metástase hepática obstruindo via biliar na região hilar (Evento1_Doc.2_pág.12). Além disso, **está coberta pelo SUS**, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: Drenagem biliar percutânea interna (04.07.03.011-5), drenagem biliar percutânea externa (04.07.03.010-7) e pancreato-duodenectomia (04.07.03.020-4).

5. A atenção oncológica no SUS, essa foi reestruturada em consonância com a Rede de Atenção à Saúde e de forma articulada entre os três níveis de gestão.

6. O Componente de Atenção Especializada é composto por ambulatorios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica. Esses devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no **tratamento do câncer** (...), garantindo-se, dessa forma, a **integralidade do cuidado** no âmbito da rede de atenção à saúde. O componente da Atenção Especializada é constituído pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar.

7. A Atenção Hospitalar é composta por hospitais habilitados como UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e CACON (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e por Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, nos quais são oferecidos os **tratamentos especializados de alta complexidade**, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados.

8. Assim, em consonância com o regulamento do SUS, considerando que o Estado do Rio de Janeiro conta com uma **Rede de Alta Complexidade Oncológica (ANEXO)**¹³, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB nº 2.883, de 12 de maio de 2014, entende-se que **é responsabilidade da unidade de saúde pertencente ao SUS na qual a Autora é assistida, a saber, o Hospital Albert Schweitzer** (Evento1 Doc.2_pág.12), **realizar o encaminhamento da Autora a uma das instituições de saúde que integram a referida Rede oncológica, a fim de que seja garantido o atendimento integral preconizado pelo SUS para sua condição clínica.**

9. Ressalta-se que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), **no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor**, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário¹⁴.

¹³ Deliberação CIB nº 4.004 de 30 de Março de 2017. Pactuar "ad referendum" o credenciamento e habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, nas unidades abaixo listadas, em adequação a Portaria GM/MS nº 140 de 27/02/2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/abril2017/dia10/delib4004.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.220, de 03 de junho de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html>. Acesso em: 19 set. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE APOIAMENTO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

10. Conforme documento do acostado (Evento1_Doc.2_pág.13), a Autora encontra-se inserida no SER (Sistema Estadual de Regulação) para o procedimento Pancreatoduodenectomia - drenagem biliar percutânea, com solicitação feita pelo Hospital Municipal Albert Schweitzer, em 31 de agosto de 2018, sob o código de solicitação n. 2202862, com situação: **Em fila**; observação: solicitação alterada.

11. Adicionalmente, acostado ao processo (Evento1_Doc.4_págs.1/2), consta Parecer Técnico da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde nº 48882/2018, emitido em 18 de setembro de 2018, sobre transferência para unidade oncológica, informa que "... *Em consulta realizada ao SER com CNS 704503376681816, a Assistida encontra-se inserida para gastroenterologia, procedimento pancreato-duodenectomia, desde o dia 31/08/2018, com a situação em Fila. Sem Vaga no momento*".

É o parecer.

Ao 2º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

VIRGINIA S. PEDREIRA
Enfermeira
COREN/RJ 321.417

MARCELA MACHADO DURAÓ
Assistente de Coordenação
CRF-RJ 11517
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ
Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

ANEXO

Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Oncologia no Estado do Rio de Janeiro

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON/CACON Adequação a nova Portaria Ministerial 140/2014			
CNES	Estabelecimento	Município	
2287250	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Campos dos Goytacazes	UNACON
2287285	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda - IMNE	Campos dos Goytacazes	UNACON
0012505	Hospital Universitário Antonio Pedro	Niterói	UNACON
3477371	Clínica de Radioterapia Ingá	Niterói	UNACON
2296241	Hospital Regional Darcy Vargas	Rio Bonito	UNACON
2269988	Hospital Federal dos Servidores do Estado	Rio de Janeiro	UNACON
2295415	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Rio de Janeiro	UNACON
2269783	Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro	UNACON
2296616	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Rio de Janeiro	UNACON
2295067	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti - Hemorio	Rio de Janeiro	UNACON
2273462	INCA - Hospital do Cancer III	Rio de Janeiro	UNACON
2280167	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Rio de Janeiro	CACON
2292386	Hospital São José	Teresópolis	UNACON

Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 – Anexo