



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0033/2021

Rio de Janeiro, 26 de janeiro de 2021.

Processo nº 5002527-30.2021.4.02.5101,
ajuizado por [REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 6ª Turma Recursal -- 2º Juiz Relator do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto à cirurgia de mastectomia à esquerda sob anestesia geral.

I – RELATÓRIO

1. Para a elaboração deste parecer foram considerados os documentos médicos anexados ao processo originário de nº 5001641-31.2021.4.02.5101, visto que não constam documentos médicos apensados ao presente processo (5002527-30.2021.4.02.5101).

2. De acordo com o documento do Hospital Jardim Amalaia – HINJA Duque de Caxias (Evento 1_ANEXO2 p. 15 do processo originário), emitido em 28 de outubro de 2020, pelo oncologista clínico [REDACTED], a Autora, de 46 anos de idade, encontra-se em acompanhamento oncológico no Centro Oncológico de Duque de Caxias, com diagnóstico de câncer de mama esquerda. À época estava realizando quimioterapia neoadjuvante, iniciada em 24 de junho de 2020, com resposta parcial ao tratamento. Foi encaminhada para avaliação cirúrgica.

3. Contudo, conforme consta em documento do Ministério da Saúde (Evento 1 ANEXO2 p. 12 do processo originário), emitido em 15 de dezembro de 2020, por [REDACTED] a Autora encontrava-se à época em período de pós quimioterapia, em pré-operatório de ressecção segmentar (RS) e biópsia de linfonodo sentinela (BLS), sendo solicitado risco cirúrgico com urgência.

4. Em complemento, de acordo com o documento da Clínica Alba Saúde (Evento 1 ANEXO2 p. 11 do processo originário), emitido em 04 de janeiro de 2021, por [REDACTED] a Autora realizou o risco cirúrgico prescrito previamente, estando liberada para o procedimento de mastectomia esquerda sob anestesia geral -- avaliação de risco ASA I.

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.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

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).
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. 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.
9. A Deliberação CIB-RJ nº 5892, de 19 de julho de 2019, pactua as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
10. 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.
11. 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.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

DO QUADRO CLÍNICO

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, 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 mama** é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos². As modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer de mama atualmente são a cirúrgica, a radioterápica para o tratamento loco-regional, a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. Para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia também está recomendada. A terapia adjuvante sistêmica (hormonioterapia e quimioterapia) segue-se ao tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação deve basear-se no risco de recorrência³.

DO PLEITO

1. A **cirurgia** é o principal tratamento do câncer de mama inicial. E ela inclui a intervenção cirúrgica nas mamas e axila. Evolutivamente, os procedimentos cirúrgicos caminham de tratamentos mais agressivos para menos invasivos e com maior ganho cosmético sem afetar a curabilidade das pacientes. O tipo mais comum de **mastectomia** é a mastectomia radical modificada, que compreende a retirada total da mama e o esvaziamento axilar, normalmente nos níveis I, II e III, e que pode ser classificada como mastectomia “a Patey”, quando é preservado o músculo peitoral maior, ou “a Madden”, quando há preservação dos músculos peitorais. As cirurgias parciais recebem nomes variáveis, dependendo do volume mamário retirado: **quadrantectomia**, **segmentectomia**, **centralectomia**, **tumorectomia**, **excisão ampla** e **adenomastectomia**, entre outros, e são associadas ou não a esvaziamentos axilares de primeiro nível (amostragem, ou **linfonodo sentinela - LS**) até radicais incluindo os três níveis. As cirurgias parciais em casos de tumores invasivos com axilas clinicamente negativas de uma forma geral são acompanhadas pela técnica de LS, pela qual os linfonodos axilares do nível I são identificados por meio do corante azul patente ou de radiotraçador. Embora o método de LS seja comprovadamente válido em inúmeros estudos, todos os estudos relatam um número definido de procedimentos falso-negativos⁴.

¹ BRASIL. 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: 25 jan. 2021.

² INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Câncer de mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

³ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Abr/2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 19 de 3 de julho de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Disponível em: <<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/Portaria-Conjunta-n-19-PCDT-Carcinoma-de-Mama.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

III – CONCLUSÃO

1. Inicialmente, cabe destacar que não há, no presente processo (5002527-30.2021.4.02.5101), documentos médicos anexados para análise do pleito por este Núcleo. No entanto, existe um processo relacionado de nº 5001641-31.2021.4.02.5101, do qual foram analisados os documentos médicos acostados ao Evento 1_ANEXO2_pp. 11, 12 e 15, para a elaboração do presente parecer.
2. Em síntese, trata-se de Autora, de 46 anos de idade, com diagnóstico de **câncer de mama esquerda**, em período de **pós quimioterapia** e **pré-operatório de ressecção segmentar e biópsia de linfonodo sentinela**, liberada após **risco cirúrgico** (avaliação de risco ASA 1) para realização de **mastectomia esquerda sob anestesia geral** (Evento 1_ANEXO2_pp. 11, 12 e 15).
3. Diante o exposto, informa-se que a cirurgia de **mastectomia à esquerda sob anestesia geral** pleiteada **está indicada** ao manejo terapêutico do quadro clínico que acomete a Autora (Evento 1_ANEXO2_pp. 11, 12 e 15).
4. Considerando o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a referida cirurgia **encontra-se coberta pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: mastectomia radical c/ linfadenectomia, mastectomia simples, mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia e mastectomia simples em oncologia, sob os códigos de procedimento: 04.10.01.006-5, 04.16.12.002-4 e 04.16.12.003-2.
5. Considerando as diversas técnicas cirúrgicas, somente após a avaliação do médico especialista (cirurgião geral oncologista / cirurgião mastologista) que irá assistir a Autora, poderá ser definida a abordagem cirúrgica mais adequada ao seu caso.
6. Quanto à organização da 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.
7. 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.
8. 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, incluindo serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso. Sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados (ANEXO 1).
9. O acesso aos serviços habilitados para o caso em tela ocorre com a inserção da demanda junto ao sistema de regulação. Cumpre salientar que a Política Nacional de Regulação, está organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde⁵.

10. Em consonância com o regulamento do SUS, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 4004, de 30 de março de 2017), o Estado do Rio de Janeiro conta com uma **Rede de Alta Complexidade Oncológica**.

11. Cabe esclarecer que, no âmbito do SUS, para o acesso a procedimentos cirúrgicos, é necessária, primeiramente, a realização de uma consulta de 1ª vez no ambulatório da especialidade correspondente.

12. Adicionalmente, em consulta ao site da plataforma do Sistema Estadual de Regulação – SER, verificou-se que a Autora foi inserida:

- Em 11 de março de 2020, para consulta no “ambulatório 1ª vez – mastologia (oncologia)”, classificação de risco “vermelho” e situação “alta”. Ao visualizar o histórico desta regulação, identificou-se que:
 - ✓ Em 27 de abril de 2020: a Autora foi atendida no Instituto Oncológico do Rio de Janeiro.
- Em 27 de abril de 2020, para consulta no “ambulatório 1ª vez – mastologia (oncologia)”, classificação de risco “amarelo” e situação “chegada confirmada”. Ao visualizar o histórico desta regulação, identificou-se que:
 - ✓ Em 29 de maio de 2020: a Autora foi atendida no Hospital Jardim Amalaia – HINJA Duque de Caxias.
- Em 29 de maio de 2020, para consulta no “ambulatório 1ª vez – cirurgia geral (oncologia)”, classificação de risco “vermelho” e situação “chegada confirmada”. Ao visualizar o histórico desta regulação, identificou-se que:
 - ✓ Em 15 de junho de 2020: a reguladora da central REUNI-RJ informou o que segue: “Data do agendamento: 16/07/2020 08:05 | Consulta solicitada: Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia) | Consulta regulada: Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia) por decisão do médico Maria Cecília Brazílio da Nobrega” (grifo nosso).
 - ✓ Em 29 de maio de 2020: a Autora foi atendida no Hospital Federal do Andaraí, na data de 16 de julho de 2020, pelo serviço de ambulatório 1ª vez – mastologia (oncologia).

13. Neste sentido, cabe destacar que mesmo tendo sido solicitada a regulação para o serviço de cirurgia geral (oncologia), a Autora foi redirecionada para o serviço de mastologia (oncologia), do Hospital Federal do Andaraí. Considerando que o referido hospital pertence ao SUS, e integra a Rede de Alta Complexidade Oncológica do SUS, é de responsabilidade da referida instituição realizar a cirurgia pleiteada ou, no caso de impossibilidade, encaminhar a Requerente à outra unidade da Rede apta ao atendimento da demanda.

14. Cabe esclarecer 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

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação, Gestão do SUS. Disponível em: <<http://portals.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao>>. Acesso em: 25 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

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 prontuário único^{6,7}.

15. Adicionalmente, informa-se que a demora exacerbada na realização da cirurgia pleiteada e prescrita pode influenciar negativamente no prognóstico da Autora.

É o parecer.

À 6ª Turma Recursal – 2º Juiz Relator do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

JAQUELINE COELHO FREITAS
Enfermeira
COREN/RJ 330.191
ID: 4466837-6

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

MARCIA LUZIA TRINDADE
MARQUES
Farmacêutica
CRF- RJ 13615
Mat. 5.004.792-2

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

⁶ BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em: 25 jan. 2021.

⁷ BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>>. Acesso em: 25 jan. 2021.