



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 712/2022

Vitória, 21 de maio de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas, do 2º Juizado Criminal e da Fazenda Pública de Vitória-ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Mariana Lisboa Cruz, sobre o procedimento: **Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) ou Colangiorressonância magnética para posterior colecistectomia videolaparoscópica.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos do Termo de Atermação, a Requerente de 46 anos, apresenta conforme laudo médico quadro de pancreatite aguda, quadro em resolução e necessita realizar o exame de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) ou Colangiorressonância magnética, para posterior colecistectomia videolaparoscópica. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. número 14278322 pág. 1 a 11, encontra-se Espelho de Solicitação da Central de Regulação datado de 12/05/2022 em nome da Requerente, informando o quadro



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

clínico de pancreatite biliar já em resolução (sem dor e sem indicação cirúrgica no momento) internada no PA da Praia do Suá, necessitando de CPRE ou Colangiorressonância após resolução da pancreatite para posterior abordagem cirúrgica. Associado paciente portadora de Diabetes Mellitus e Transtorno Bipolar. Situação aguardando disponibilidade em 15/05/2022 – leito Cirurgia Geral Adulto. Negada vaga, em São José do Calçado (não realiza CPRE) e retirado da tela do Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras – devido paciente de auto internação (paciente do Hospital, aguardando vaga); sendo assim está no aguardo de disponibilidade de leito.

3. Às fls. 14278318 pág. 1 e 2, conta laudo médico datado de 16/05/2022, assinado pelo médico Dr. Marcos Rogério Farias Filho CRM-ES 5876, do Pronto Atendimento da Praia do Suá, atualizando a Central de Vagas – e solicitando o procedimento, e informando que a paciente **foi internada em 10/05/2022 – com quadro de abdome agudo – pancreatite aguda biliar – queixas começaram há 1 semana. US de 03/05/2022 – lama biliar e esteatose hepática. Informa ainda que o quadro clínico está em resolução(grifo nosso).**

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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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. A **pancreatite aguda** é definida como processo inflamatório do pâncreas e possui amplo espectro de manifestações e variações clínicas. É considerada a doença pancreática mais comum em crianças e adultos. Esta inflamação pancreática pode determinar síndrome de resposta inflamatória sistêmica acarretando significativa morbidade e mortalidade dos pacientes. Dentre os adultos, metade dos casos de pancreatite aguda está relacionada com doença biliar (como colelitíase) e etilismo, enquanto o serviço pediátrico enfrenta variação maior de causas. Em concordância com grande parte da literatura, as principais em crianças são (em ordem de frequência): doença biliar, medicamentos, idiopática, doenças sistêmicas, trauma, doenças metabólicas, hereditárias e infecciosas. Os exames de imagem possuem importância fundamental no diagnóstico, determinação de severidade, reconhecimento de complicações e na escolha terapêutica. Eles possuem impacto direto em casos clinicamente suspeitos e no diagnóstico diferencial.
2. O diagnóstico de pancreatite requer dois dos três critérios: dor abdominal consistente



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

com pancreatite; níveis séricos de lipase ou amilase pancreática no mínimo três vezes acima do limite normal; achados radiológicos na tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia transabdominal. Nas apresentações tardias a dor abdominal pode ser característica; no entanto, a amilase e lipase séricas estarão menores que três vezes o limite de normalidade, sendo assim o exame de imagem é necessário para confirmação diagnóstica.

3. A classificação da pancreatite define três níveis de gravidade: branda, moderada e grave. A categorização desses pacientes inclui a presença de falha orgânica temporária (falhas presentes por menos que 48 h) ou persistente (que persiste por mais de 48 h) e por complicações locais (coleções peripancreáticas líquidas ou necróticas) ou sistêmicas (as quais podem estar relacionadas com comorbidades pré-existentes).
4. A Revisão da Classificação de Atlanta, 2012, subdivide as pancreatites agudas em dois subtipos: edematosa e necrótica. A Pancreatite aguda edematosa intersticial é a forma branda da doença que geralmente é resolvida na primeira semana; sua principal característica é o aumento local ou difuso do pâncreas sem a presença de necrose; esse aumento é decorrente do intenso processo inflamatório causando edema intersticial ou peripancreático. A Pancreatite necrosante é a forma com pior prognóstico, caracterizada por inflamação com consequente necrose de tecido pancreático ou peripancreático. O prejuízo à perfusão pancreática e os sinais de necrose peripancreática evoluem ao longo de vários dias, sendo assim a realização da tomografia computadorizada com contraste realizada precocemente pode subestimar a gravidade do quadro.
5. A determinação da gravidade da pancreatite no momento do seu diagnóstico é fundamental no seu tratamento, já que permite a identificação precoce das complicações. Os critérios de Ranson foram o primeiro score largamente utilizado na pancreatite aguda, em que é considerado: Idade do paciente, Leucometria, Glicose,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

LDH, TGO, queda de hematócrito, cálcio sérico, Aumento de BUN, PaO₂, déficits de base e sequestro de líquido estimado.

6. A **Colelitíase** é formação de cálculos (“pedras”) no interior da vesícula biliar ou dos ductos biliares. Mais de 50 % dos pacientes que tem cálculos não apresentam sintomas, permanecendo assim por vários anos. Os casos sintomáticos, que pode ser em decorrência da obstrução do ducto da vesícula biliar por um cálculo, possuem dor principalmente do lado direito do abdômem, náuseas, vômitos, sinais de má digestão, que pioram principalmente após ingestão de alimentos gordurosos. Nestes casos denomina-se cólica biliar. Nos casos em que a dor persiste pode ocorrer evolução para uma inflamação aguda da vesícula que é conhecida como colecistite aguda.
7. A **Colecistite** consiste em uma inflamação da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução do ducto cístico provocada por um cálculo.
8. A **Coledocolitíase** refere-se à presença de cálculos biliares no interior do colédoco (ducto formado entre o canal cístico, vindo da vesícula biliar, e o ducto hepático comum, vindo das vias biliares intra-hepáticas, que transporta a bile), sendo normalmente uma complicação da Colelitíase, já que 90% a 95% dos casos de coledocolitíase ocorrem devido a passagem de cálculos oriundos da vesícula biliar para o colédoco, sendo raro os casos em que o cálculo é formado diretamente no colédoco, ou seja, a coledocolitíase decorre da migração do cálculo biliar para a via biliar comum na maior parte dos casos. Se não diagnosticada e tratada adequadamente, pode ter consequências como colangite, pancreatite aguda e, em casos graves, cirrose e hipertensão portal. Para evitar o manejo inapropriado da suspeita de coledocolitíase, criaram-se os “fatores preditivos de coledocolitíase”, os quais associam critérios clínicos, laboratoriais e de imagem, o uso de qualquer desses de forma independente tem pouco valor diagnóstico. De critérios clínicos, os mais importantes são a presença de sinais como icterícia, colestase (colúria e acolia fecal) e colangite. Como critérios laboratoriais, bilirrubina total, gama-glutamilttransferase (gama-GT), fosfatase alcalina,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

transaminase oxalacética (TGO) e transaminase pirúvica (TGP) tem sido os mais usados, os quais, quando elevados, sugerem processo obstrutivo da via biliar. A ultrassonografia abdominal (USG) tem sido o exame de imagem mais usado para investigação primária da coledocolitíase, sendo de importante valor quando há dilatação da via biliar ou cálculo presente na mesma.

DO TRATAMENTO

1. Em relação a Pancreatite, na maioria dos casos, as apresentações são brandas e tratadas com suporte clínico. Já os casos graves (Pancreatite Aguda Grave – PAG) necessitam de cuidado especializado e intervenção cirúrgica.
2. A base do tratamento de Pancreatite é o suporte clínico e a suspensão da ingesta oral, já que ainda não há tratamento específico para a pancreatite. Este suporte clínico consiste em manutenção da perfusão tecidual através de reposição volêmica vigorosa e manutenção da saturação de oxigenação, analgesia e suporte nutricional. Pacientes com pancreatite aguda geralmente apresentam hipovolemia importante secundária ao sequestro de líquido, necessitando de hidratação volêmica agressiva para melhorar a perfusão tecidual pancreática e tentar evitar o desenvolvimento de necrose pancreática e prevenir a evolução para formas graves. Como não há como antecipar as necessidades de reposição volêmica, os pacientes devem ser monitorados continuamente para avaliar a efetividade do tratamento. Os critérios utilizados são o hematócrito, débito urinário, frequência cardíaca, azotemia e turgor cutâneo. No caso de pacientes com comorbidades como insuficiência renal ou cardiopatias, pode ser necessária a utilização de monitorização invasiva. A analgesia também é essencial, sendo classicamente utilizados opioides parenterais, como a morfina e a meperidina, sendo ainda controversa qual a melhor opção de droga.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

3. A pancreatite aguda grave (PAG) deve ser tratada, inicialmente, com medidas gerais de suporte já descritas, idealmente em unidade de terapia intensiva.
4. Apesar do tratamento inicial da PAG ser conservador, em casos particulares de pancreatite biliar pode ser necessário o emprego precoce de tratamento invasivo (grifo nosso).
5. O tratamento da colelitíase depende da existência de sintomatologia ou não. Colelitíase assintomática: o tratamento cirúrgico é controverso. Alguns grupos defendem a cirurgia profilática antes que aconteça alguma complicação, e outros defendem que é preferível aguardar e acompanhar clinicamente, pois existem pacientes que convivem o resto da vida com o cálculo biliar sem apresentar sintoma algum. Colelitíase sintomática (cólica biliar): nestes casos, o tratamento cirúrgico está indicado principalmente para evitar maiores complicações, que podem colocar a vida do paciente em risco.
6. O tratamento de pacientes com cálculos no colédoco deve ser individualizado, levando em consideração as condições de cada paciente, doenças associadas, complicações secundárias aos cálculos biliares, a experiência do cirurgião e as taxas de resolução da instituição.
7. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) no tratamento da coledocolitíase, é amplamente defendida por ser menos invasiva e proporcionar recuperação mais rápida, apesar de a exploração das vias biliares por laparoscopia apresentar o mesmo nível de resolução, com custo menor e menor taxa de complicação. O insucesso do tratamento por CPRE encontra-se na literatura em torno de 6% a 13%, sendo a não cateterização da papila uma das causas. A tendência mundial é tentar a resolução da coledocolitíase em um só procedimento. As principais indicações da CPRE com papilotomia endoscópica são: Coledocolitíase – é a mais comum indicação da papilotomia endoscópica; Pancreatite aguda biliar, Colangite; Fistula biliar; Disfunção



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

de esfíncter de Oddi; Estenoses benignas da via biliar (cirurgia, trauma, Síndrome de Mirizzi); Tumor de papila; Coledococele; Acompanhamento de cólica biliar; Icterícia e/ou pancreatite recorrente; Síndrome do Sifão (Sump syndrome).

8. Os procedimentos em dois tempos (papilotomia endoscópica pré-operatória seguida de colecistectomia laparoscópica) devem ficar reservados aos pacientes de maior gravidade e de idade mais avançada, pois nestes doentes, parece haver vantagem em restringir o ato operatório unicamente a colecistectomia laparoscópica

DO PLEITO

1. **Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) ou Colangiorressonância magnética para posterior colecistectomia videolaparoscópica.**

III– CONCLUSÃO

1. De acordo com os autos, trata-se de Requerente de 46 anos, portadora de diabetes mellitus controlado e transtorno bipolar, que deu entrada no Pronto Atendimento da Praia do Suá em 10/05/2022, com quadro clínico de provável pancreatite aguda biliar – já em resolução clínica (sem dor / melhora dos exames laboratoriais/ já se alimentando), com US de abdome que mostrou lama biliar e esteatose hepática. Sendo então solicitado transferência hospitalar para realização de procedimento diagnóstico e posterior cirurgia, a depender do laudo do procedimento diagnóstico. Não comprovado nos laudos médicos a necessidade do procedimento diagnóstico.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

2. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é um procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 02.09.01.001-0, sendo considerada de média complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), descrita como um procedimento indicado para avaliação diagnóstica e como tratamento das doenças que acometem os ductos de drenagem do fígado e do pâncreas (as vias biliares intra e extra-hepáticas e o canal pancreático principal ou ducto de Wirsung, respectivamente).
3. Tendo em vista o laudo médico e o espelho da solicitação da transferência, não ficou evidenciado a urgência nem na realização do procedimento diagnóstico nem na cirurgia, pois há relato médico de melhora clínica e laboratorial dos exames da requerente, sendo assim esse NAT entende como foi informado que o quadro clínico da pancreatite está em resolução, que a paciente poderá receber alta médica e realizar os exames em nível ambulatorial. Cabe ao Município inserir a solicitação do exame no sistema de regulação, encaminhar a Secretaria de Estado da Saúde e esta disponibilizar o exame em prazo que respeite o princípio da razoabilidade, visto que a Requerente pode vir até outra crise.

REFERÊNCIAS

SOUZA G. D. et al, ENTENDENDO O CONSENSO INTERNACIONAL PARA AS PANCREATITES AGUDAS: CLASSIFICAÇÃO DE ATLANTA 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29n3/pt_0102-6720-abcd-29-03-00206.pdf



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

Guimarães-Filho A C et al, Pancreatite Aguda: ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=170