



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

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 236/2019

Vitória, 08 de fevereiro de 2019

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas requeridas pelo 2º Juizado Especial Criminal de Cariacica - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamim de Azevedo Quaresma, sobre os procedimentos: **Radioterapia**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial a Requerente de 60 anos de idade, foi diagnosticada com neoplasia de pulmão em estado avançado – adenocarcinoma. Sendo submetida a quimioterapia paliativa com carbotaxol, tendo recebido encaminhamento para realizar radioterapia associada a quimioterapia, foi conseguindo o agendamento para 11/03/2019. Como tem urgência para o tratamento recorre à via judicial.
2. Às fls. 22 consta encaminhamento, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, em 23/01/2019 pelo Dr. Antônio Carlos dos Santos, cirurgia torácica, CRM ES 2190, à oncologia clínica com urgência.
3. Às fls. 23 consta orientações e agendamento para 11/03/2019. Às 12:30 h, no hospital Santa Rita de Cássia de Vitória – setor de radioterapia.
4. Às fls. 24 consta encaminhamento para radioterapia, em 30/01/2019 pela Dr<sup>a</sup> Morgana Stelzer Rossi, oncologia clínica, CRM ES 9269, descrevendo paciente [REDACTED] de 60 anos de idade, ex tabagista, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão estágio IV (pleura/pulmão/SNC). Em quimioterapia paliativa com carbotaxol. Encaminhada para radioterapia paliativa sobre SNC. CID 10:



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

---

C34 – neoplasia maligna de brônquio.

5. Às fls. 25 consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital São Francisco, em 08/01/2019 pelo Dr. Marcelo O. Machado, cirurgia geral, CRM ES 6087, encaminhando para Hospital Santa Rita – consulta com oncologia com urgência. Apresentando hipótese diagnóstica de neoplasia de pulmão com metástase hepática.

## 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.
3. A Atenção Oncológica do SUS foi instituída através da **Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005** como a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades



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

---

federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

4. A **Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de Março de 2009, considerando a necessidade de garantir o acesso da população à assistência oncológica, definiu os serviços de atendimento a estes usuários, a saber:
  - Unidade de Assistência de **Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)** é o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.
  - Centro de Assistência de **Alta Complexidade em Oncologia (CACON)** é o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.
  - Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia é o serviço que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.
5. Os Serviços de Atendimento Oncológico tem como responsabilidade proporcionar Assistência Especializada e integral aos pacientes de câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento, incluindo o planejamento terapêutico integral dos mesmos.
6. De acordo com o Art. 14 Portaria SAS/MS nº 741/05: “As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão”.
7. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos tem seu custeio financiado através do pagamento dos procedimentos realizados, incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS. O custo dos medicamentos antineoplásicos utilizados no



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

---

tratamento de quimioterapia para tumores malignos está incluído no valor dos procedimentos contidos na Tabela.

8. A **Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009** estabelece que a Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES define os complexos hospitalares e habilita os estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia.

## **DA PATOLOGIA**

1. O **câncer de pulmão** é, atualmente, o tumor maligno com a maior taxa de mortalidade mundial no homem e o segundo na mulher, só perdendo para o câncer de mama. Apesar de mais frequente entre indivíduos do sexo masculino, sua incidência no homem se estabilizou ou diminuiu, enquanto nas mulheres vem aumentando drasticamente nas últimas décadas. Apenas 20% dos casos são diagnosticados em fases iniciais. **Na maioria das vezes, o diagnóstico é tardio, quando a doença já se encontra em fases avançadas, o que impede o tratamento curativo.**
2. O câncer de pulmão é um dos tipos de câncer com maior incidência e uma das principais causas de mortalidade por câncer no Brasil. As tendências da mortalidade por câncer de pulmão no Brasil refletem o modelo epidemiológico da mortalidade relacionada com o tabaco. O uso do tabaco aumentou durante as décadas de 1950 e 1960 e atingiu o ponto máximo na década de 1970. A alta taxa de diagnósticos em estágio tardio, a baixa frequência de pacientes que recebem terapia com intenção curativa e o grande número de pacientes que não recebem tratamento voltado à doença refletem significativo atraso e ineficiência do processo diagnóstico, pelo menos no sistema público de saúde.
3. os carcinomas de pulmão são classificados em carcinoma de pequenas células e carcinoma não pequenas células. Este último compreende o carcinoma de células



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

---

escamosas ou carcinoma espinocelular, adenocarcinoma e carcinoma indiferenciado de grandes células. Os patologistas têm preferido a classificação da Organização Mundial de Saúde publicada em 1999, que reconhece sete tipos maiores de câncer de pulmão: carcinoma de células escamosas, carcinoma de pequenas células, adenocarcinoma, carcinoma de grandes células (neuroendócrino e não neuroendócrino), carcinoma adenoescamoso, carcinoma pleomórfico e sarcomatóide, e tumor carcinóide.

4. **Adenocarcinoma:** Cerca de 40% dos cânceres de pulmão são adenocarcinomas. Esses tumores começam nas células que revestem os alvéolos e produzem substâncias como muco. Este tipo de câncer de pulmão ocorre principalmente em fumantes e ex-fumantes, mas também é o tipo mais comum em não fumantes. É mais frequente em mulheres do que em homens, e é mais propenso a ocorrer em pessoas mais jovens do que outros tipos de câncer de pulmão. O adenocarcinoma é normalmente encontrado nas áreas externas do pulmão. Ele tende a crescer mais lentamente do que os outros tipos de câncer de pulmão, e é mais provável de ser diagnosticado antes de se disseminar. Os pacientes com adenocarcinoma in situ têm um melhor prognóstico do que aqueles com outros tipos de câncer de pulmão.
5. Em uma análise realizada 89% dos pacientes receberam diagnóstico de câncer feito por meio de radiografia de tórax, ao passo que apenas 20% foram diagnosticados por meio de TC. O acesso a procedimentos diagnósticos invasivos é limitado: poucos serviços realizam broncoscopia ou biópsia transtorácica. A introdução de testes moleculares para casos de câncer de pulmão é fundamental para melhorar os resultados terapêuticos. Infelizmente, as estratégias de acesso, acessibilidade e incorporação continuam a ser desafios significativos em países de baixa e média renda.
6. Recentemente foram publicadas evidências de que a profilaxia do SNC não só pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes como também da sobrevivência. Também foram descritas complicações neurológicas tardias em pacientes que receberam



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

---

irradiação profilática do SNC (distúrbios de memória, concentração e rebaixamento mental).

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento do câncer de pulmão, quando o tumor ainda se encontra localizado, sem disseminação para fora do pulmão, é cirúrgico. Tumores restritos ao pulmão, nos estágios I e II, devem ser operados e removidos. Nestes casos, a chance de cura é grande e a sobrevida em cinco anos é de 67, 57, 55 e 39%, respectivamente, para os estádios IA, IB, IIA e IIB. Alguns ensaios clínicos têm mostrado que a quimioterapia utilizada no pós-operatório (adjuvante) tem melhorado a sobrevida mesmo nos casos de ressecção completa. A quimioterapia pré-operatória (neo-adjuvante ou de indução) pode ser empregada no estágio III, sendo complementada no pós-operatório, mas a quimioterapia prévia tem aumentado a morbidade pós-operatória para estes pacientes. O resgate cirúrgico pode ser tentado mesmo no estágio mais avançado (IV). Caso exista metástase única, que pode ocorrer tanto no cérebro como adrenal, esta poderá ser ressecada e o tumor primitivo pulmonar também extirpado. No entanto, a sobrevida média esperada para a maioria dos pacientes em estádios avançados é muito baixa.

## **DO PLEITO**

1. **Sessões de radioterapia do SNC associado a quimioterapia**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente com neoplasia de pulmão que foi encaminhado para oncologia clínica para avaliação e tratamento. Iniciou tratamento com quimioterapia paliativa,



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

sendo solicitado a radioterapia paliativa de SNC. O que podemos inferir é que a mesma não realizará o tratamento cirúrgico, uma vez que na grande maioria (80-90% dos casos) a cirurgia não é possível na ocasião do diagnóstico, devido à extensão da doença (estágio avançado) ou à condição clínica debilitada do paciente.

2. Considerando que o Hospital Santa Rita de Cássia é um CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) e que a Requerente foi encaminhada para realização da radioterapia em SNC no referido hospital, e já está em tratamento ambulatorial no Hospital Evangélico de Vila Velha, **sendo que já está agendada para 11/03/2019 Às 12:30 h a radioterapia, este NAT conclui que o pleito foi atendido, e confirmado para o devido tratamento paliativo. Se o questionamento for a data agendada para início da radioterapia, este Núcleo entende que cabe ao médico assistente e ao Santa Rita informar se este tempo de espera poderá agravar o quadro da paciente, já que a mesma já está em tratamento quimioterápico.**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**REFERENCIAS**

Novaes, Fabiola Trocoli et al. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida; J. bras. pneumol. Vol.34 no.8 São Paulo Aug. 2008; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132008000800009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000800009)



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

---

INCA. Câncer de pulmão. Disponível em:

[www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//seminario-radioterapia-capitulo-quatro-cancer-de-pulmao.pdf](http://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//seminario-radioterapia-capitulo-quatro-cancer-de-pulmao.pdf)

Instituto oncoguia; Tipos de Câncer de Pulmão de Não Pequenas Células; Disponível em:

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-pulmao-de-nao-pequenas-celulas/1577/196/>