



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

PARECER TÉCNICO/ NAT/TJES Nº 134/ 2021

Vitória, 08 de fevereiro de 2021

Processo Nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Cível Criminal e da Fazenda Pública de Aracruz - ES, requeridas pela Juíza de Direito, Dra. Maristela Fachetti, sobre o procedimento: **Tratamento de adenocarcinoma de próstata.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, 75 anos, recebeu diagnóstico de adenocarcinoma de próstata há 1 ano, realizou biópsia no Hospital Santa Rita, sendo orientado a realizar os exames pré-operatórios para o procedimento cirúrgico, entretanto, devido a demora em realizar tal cirurgia, apresentou aumento significativo do PSA e após reavaliação do urologista foi verificada a impossibilidade de realização do tratamento intervencionista sendo então encaminhado para tratamento oncológico no Hospital Santa Rita. Foi realizada a solicitação administrativa via municipal, entretanto, até o momento, não obteve êxito no requerimento. Pelos fatos narrados, recorre à via judicial.
2. Às fls. não numeradas, consta resultado de histopatológico emitido em 26/08/2019 evidenciando adenocarcinoma de próstata tipo acinar usual, grupo 3, gleason 7 com



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

- infiltração neoplásica perineural e adenocarcinoma da próstata tipo acinar usual, grupo grau 1, gleason 6.
3. Às fls. sem número, resultado de exame de PSA: 10,72 (Valor de referência <4), datado de 19/03/2019.
 4. Às fls. sem número, resultado de exame de PSA: 9,79 (Valor de referência <4) datado de 14/12/2018.
 5. Às fls. sem número, resultado de exame de PSA: 31,53 (Valor de referência <4) datado de 17/12/2020.
 6. Às fls. sem número encontramos guia de referência do dia 24/12/2020, emitido pelo urologista, Dr. Italo Nunes Lyra, CRM-ES 3634, encaminhando ao Hospital Santa Rita para tratamento oncológico.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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 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:
 - 2.1 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.
 - 2.2 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.
 - 2.3 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.



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

DA PATOLOGIA

1. O adenocarcinoma de próstata tem como sinônimo “câncer de próstata” e representa um problema de saúde pública. Sua incidência encontra-se em forte elevação devido ao efeito combinado do envelhecimento da população, da melhoria da sensibilidade das técnicas diagnósticas e da difusão do uso da medida sérica do antígeno prostático específico (PSA). Paralelamente, observa-se uma diminuição de sua taxa de mortalidade devido à melhoria da eficácia dos tratamentos. A taxa de crescimento tumoral dessa neoplasia varia de muito lenta a moderadamente rápida, e, dessa forma, alguns pacientes podem ter sobrevida prolongada mesmo após desenvolverem metástases à distância. Como a idade média em que ocorre o diagnóstico é de 68 anos, muitos pacientes, especialmente aqueles com doença localizada, provavelmente morrerão por outras causas. Há três fatores de risco bem definidos para o câncer de próstata: idade, história familiar e tipo individual negro. Outros fatores também são considerados, mas todos de menor relevância.
2. O rastreamento populacional do câncer de próstata é um dos tópicos mais discutidos e controversos relacionados a essa neoplasia maligna, sendo motivo de debate constante. Apesar de ser facilmente posto em prática pela dosagem do PSA e realização do toque retal, sua validade como método para diagnóstico de neoplasias em estágios precoces e consequente diminuição da mortalidade ainda é muito questionada. O risco de um homem ter um câncer de próstata diagnosticado durante a vida é de 16%, dado que demonstra a prevalência dessa neoplasia no homem, mas o risco de mortalidade por câncer de próstata é de apenas 3,4%, o que reafirma a sua indolência em uma grande proporção dos casos. Há preocupação quanto ao excesso de diagnósticos e de supertratamentos. Atualmente, a principal recomendação quanto à realização do PSA como ferramenta para o rastreamento do câncer de próstata é de que a decisão seja individualizada e compartilhada com o homem, considerando os benefícios e as consequências de um diagnóstico precoce e as opções de tratamento.



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

3. A maioria absoluta dos pacientes é assintomática. Na prática médica, de um modo geral, os métodos por imagem possuem um papel limitado tanto no diagnóstico quanto no estadiamento clínico da doença. A ultrassonografia transretal é o método de escolha para a realização da biópsia prostática, porém com a finalidade de orientar o posicionamento da agulha nas diferentes zonas da próstata. A ressonância magnética (RM) tem indicação em casos bastante selecionados. Ambos os métodos também têm baixa acurácia na determinação da extensão local da doença.
4. O estadiamento do adenocarcinoma de próstata para definição do estágio da doença é determinado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), que utiliza os critérios T (tumor), N (linfonodo) e M (metástases) e a graduação histopatológica pelo escore de Gleason.
 - Gleason de 2 a 4 – existe cerca de 25% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.
 - Gleason de 5 a 7 - existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.
 - Gleason de 8 a 10 - existe cerca de 75% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.
5. O PSA é considerado o mais importante marcador para detectar, estagiar e monitorizar o câncer de próstata. Estudos demonstraram que o PSA pré-operatório pode prever a existência de doença extraprostática.



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

DO TRATAMENTO

1. A seleção do tratamento (cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia) deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença, capacidade funcional, condições clínicas e preferência do doente após confirmação diagnóstica.
2. Com o uso do PSA na busca de câncer de próstata em indivíduos de risco, ocorreu um aumento do diagnóstico de pacientes com doença localizada e de baixo risco, que representam quase a metade dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata. As opções terapêuticas disponíveis atualmente variam conforme a agressividade do tumor e as características do paciente, e incluem: a) apenas observação; b) vigilância ativa em casos de bom prognóstico ou em pacientes com comorbidades; ou c) condutas invasivas (como a prostatectomia radical) ou radioterapia nos pacientes com tumores de comportamento mais agressivo.
3. O uso da quimioterapia do câncer de próstata originalmente se restringia ao tratamento da doença metastática avançada, refratária a hormonioterapia, e seu início normalmente está indicado quando tais pacientes se tornam sintomáticos, ressaltando-se que, quando indicada a quimioterapia, a hormonioterapia não deve ser suspensa.
4. A radioterapia do câncer de próstata localizado inclui diversos tipos (externa e interna ou braquiterapia – com o uso de implante radioativo permanente ou temporário), técnicas de radioterapia externa e interna (de baixa ou de alta taxa de dose) e formas de aplicação (isolada ou combinada). Radioterapia externa hipofracionada e ultra-hipofracionada, radioterapia estereotática (radiocirurgia fracionada) e planejamento em tempo real (intraoperatório) necessitam de estudos consistentes para que se possa estabelecer que se trata de boas práticas terapêuticas do câncer de próstata.

DO PLEITO

1. **Tratamento oncológico para neoplasia de próstata**



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

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente em tela, 75 anos, possui diagnóstico de adenocarcinoma de próstata sem indicação cirúrgica, encaminhado para tratamento em centro oncológico.
2. Conforme documentos anexados, está claro que o diagnóstico do paciente é de neoplasia de próstata, confirmado pela biópsia e pela dosagem do PSA. Levando em consideração que se trata de paciente idoso, com dosagem muito alta do PSA (> 20ng/ml), associado a gleason 7 na biópsia, fatores que identificam neoplasia mais avançada, **o tratamento com radioterapia associado ou não a hormonioterapia é uma opção terapêutica.** Ademais, o paciente já foi avaliado pelo urologista que descartou a possibilidade de tratamento cirúrgico.
3. Portanto, este NAT entende que o paciente **tem indicação de avaliação pelo oncologista em centro de referência oncológica do estado.** Cabe ao especialista avaliar as condições clínicas do paciente e definir a melhor propedêutica.
4. Destacamos que o procedimento radioterapia de próstata é oferecido pelo SUS, sob o código 03.04.01.045-6, assim como a braquiterapia sob o código 03.04.01.045-6 e a hormonioterapia de 1º linha (03.04.02.007-9), hormonioterapia de 2º linha (03.04.02.006-0), hormonioterapia prévia a radioterapia externa (03.04.04.020-7) e hormonioterapia adjuvante à radioterapia externa (03.04.05.034-2). Todos procedimentos de alta complexidade.
5. **Existe no Plano de Atenção Oncológica do Estado do Espírito Santo,** homologado pela Resolução CIB/ES nº 014/2015 e publicado em dezembro de 2016, consta que a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – Eixo dos Cânceres, no território capixaba, em processo de implementação, tem com referências de cirurgias em alta complexidade em oncologia adulto, e que contem com a especialidade de radioterapia, os seguintes estabelecimento de saúde: **Hospital**



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

Santa Rita, Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim, Santa Casa de Misericórdia de Vitória. (grifo nosso – hospitais em Vitória)

6. Cabe a Secretaria Estadual de Saúde definir o prestador e fornecer a consulta em centro de referência de oncologia **com prioridade, já que se trata de paciente com diagnóstico definido de neoplasia de próstata com alto risco de progressão da doença caso não seja realizado o tratamento imediato.**



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata, disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Projeto e Diretrizes/Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de Próstata: Prevenção e Rastreamento.** Disponível em:
<http://www.projetoDiretrizes.org.br/5_volume/10-CancerPrev.pdf>.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Nota oficial 2018 – Rastreamento do Câncer de Próstata. Disponível em <https://portaldaurologia.org.br/medicos/destaque-sbu/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata>.

Steffen RE, Trajman A, et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280209.pdf>

Nardi AC, Pompeo ACL et al. Câncer de Próstata: Diagnóstico. Disponível em: http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/cancer_de_prostata_diagnostico.pdf

CALVETE, A.C. et al. Avaliação de extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala de gleason. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(3): 250-4. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a26v49n3.pdf>