



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

---

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 444/2021**

Vitória, 28 de Abril de 2021.

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

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de Informações Técnicas do 3º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória, por meio de MMº Sr Juiz de Direito Dr. Bernardo Alcuri de Souza, sobre: “**procedimento cirúrgico em mastologia**”.

**I – RELATÓRIO**

1. Segundo a inicial, a autora, de 59 anos de idade, é portadora de neoplasia maligna na mama direita (CID 10: C50.9), de modo que está fazendo tratamento em mastologia no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Assim, a autora foi submetida à quimioterapia neoadjuvante, a fim de reduzir o tamanho da lesão, antes de ser realizada a cirurgia oncológica. Ocorre que a quimioterapia foi finalizada em 26/02/2021 e o médico que a assiste assinalou que a cirurgia oncológica deve ser realizada em tempo satisfatório (dentro do prazo de 50 dias), para que não cessem os efeitos da quimioterapia neoadjuvante. Entretanto já se passaram mais de 50 dias, mas a cirurgia da requerente ainda não foi agendada e a paciente corre o grave risco de crescimento do tumor, de modo que a cirurgia deve ser feita urgentemente. Além disso, a filha da requerente já fez a solicitação administrativamente e, mesmo diante do reconhecimento da necessidade da cirurgia, a mesma não ocorreu, apenas recebendo a informação que a parte "deve aguardar". Assim, recorre à via judicial para realização da cirurgia em mastologia.



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

---

2. Às fls. 14 consta parecer médico com timbre do SUS, sem data, assinado pelo médico Ginecologista e Mastologista Dr. Cleverson Gomes do Carmo Júnior, CRMES 8267, atestando que a paciente acompanha no serviço de mastologia do HUCAM devido à neoplasia maligna de mama direita, estadiamento T2NoMo, e foi submetida a quimioterapia neoadjuvante a fim de reduzir o tamanho da lesão antes de realizar a cirurgia oncológica. A quimioterapia terminou em 26/02/2021 e obteve resposta clínica completa e imaginológica parcial maior que 50%. Orienta sobre a necessidade de operar em tempo satisfatório, a fim de não perder o benefício da quimioterapia neoadjuvante.
3. Às fls. não numerada consta solicitação de informação sobre a marcação da cirurgia por parte do médico assistente, Dr. Cleverson G. do Carmo Jr, no dia 22/04/21.
4. Às fls. 22 consta uma folha com dados que relatam a dificuldade em operar, a foto da Ultrassonografia das mamas da Requerente, realizada em 09/03/2021, com informações quase ilegíveis e um texto no rodapé que relata que “esta paciente já fez 60 dias de pós-quimioterapia e não foi chamada ainda. Pode ser que, pelo tempo, percamos o benefício da quimioterapia.

## **II – DA 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 I/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS e dá outras



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

---

- providências. 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. 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 SUS.
3. 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 SUS.
  4. A Portaria nº 346/SAS/MS de 23 de junho de 2008 mantém os formulários/instrumentos do subsistema 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.
  5. 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 SUS.
  6. 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.



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

---

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. Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células, que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase). Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo.
2. **Câncer de mama:** é o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, seja em países em desenvolvimento ou em países desenvolvidos. É considerado um câncer de relativo bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado precocemente. No entanto, quando diagnosticado em estágios avançados, com metástases sistêmicas, a cura não é possível. A sobrevida média após cinco anos do diagnóstico, na população de países desenvolvidos, tem aumentado, ficando em cerca de 85%. No Brasil a sobrevida aproximada é de 80%.<sup>(1)</sup> Os melhores resultados em sobrevida em países desenvolvidos estão relacionados principalmente ao diagnóstico precoce por mamografia (MMG), sendo este exame um método eficaz de rastreamento populacional, quando indicado na faixa etária e periodicidade adequadas, e à evolução dos tratamentos adjuvantes.
3. 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



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

---

histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

4. A idade é o principal fator de risco para o câncer de mama feminino. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Outros fatores de risco estabelecidos incluem aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama, alta densidade do tecido mamário, obesidade, urbanização e elevação do status socioeconômico, entre outros.
5. A conduta quanto aos riscos de as mulheres desenvolverem câncer de mama está contemplada nas diretrizes do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, para a detecção precoce (rastreamento e diagnóstico precoce) desse câncer no Brasil, sendo as estratégias adotadas: o rastreamento mamográfico entre mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, e a conscientização sobre os sinais e sintomas suspeitos e encaminhamento para serviço de diagnóstico de câncer mamário.
6. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.
7. Quando há suspeita de câncer por métodos de detecção precoce ou do exame físico (nódulo mamário geralmente único, isolado, endurecido e, frequentemente, aderido ao tecido adjacente, podendo apresentar assimetria ou retração), a lesão deverá ser biopsiada. Após o diagnóstico ser confirmado por exame histopatológico, nova anamnese deve focar principalmente a história familiar, comorbidades e fatores de risco e a evolução cronológica da doença. Deve-se voltar a realizar exame físico completo à procura de outros potenciais sítios de doença, mormente o exame das axilas, da região cervical e das fossas supraclaviculares. O objetivo da biópsia inicial é a obtenção de material suficiente para o diagnóstico, sempre utilizando a conduta menos invasiva, para evitar a desnecessária excisão cirúrgica de lesões benignas. O tipo



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

---

histopatológico invasivo mais comum (observado em mais de 90% dos casos) é o carcinoma ductal infiltrante (CDI) e o segundo mais comum (em 5% a 10% dos casos), o carcinoma lobular infiltrante (CLI).

8. O mais aceito sistema de estadiamento do câncer de mama é o da União Internacional Contra o Câncer (UICC), a Classificação de Tumores Malignos, que utiliza as categorias T (tumor), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância), chamada simplificada de TNM, cuja 7ª edição é de 2010. Porém, cada vez mais vem sendo utilizado o manual da AJCC, que adota o mesmo sistema TNM e teve em sua 8ª edição publicada em 2017, atualizando, como as definições de T4, excluindo o Tis (CLIS): carcinoma intralobular in situ da classificação e incluindo outros fatores prognósticos

a) Os linfonodos regionais mamários são:

- Axilares homolaterais: linfonodos interpeitorais (Rotter) e linfonodos ao longo da veia axilar e suas tributárias, que podem ser divididos nos seguintes níveis, sendo que os linfonodos intramamários são classificados como linfonodos axilares:

Nível I (axilar inferior): linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo pequeno peitoral;

Nível II (axilar médio): linfonodos situados entre as bordas medial e lateral do músculo pequeno peitoral e linfonodos interpeitorais (Rotter); e

Nível III (axilar apical): linfonodos apicais e aqueles situados medialmente à margem medial do músculo pequeno peitoral, excluindo aqueles designados como subclaviculares ou infraclaviculares;

Infraclaviculares (subclaviculares) homolaterais;

Mamários internos homolaterais (linfonodos localizados nos espaços intercostais, ao longo da borda do esterno, na fáscia endotorácica); e

Supraclaviculares homolaterais.

b) Resumo da Classificação Clínica TNM da União Internacional Contra o Câncer (UICC)



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

---

Tx: o tumor não pode ser avaliado;

To: não há evidência de tumor primário;

Tis: carcinoma in situ; Tis (CDIS): carcinoma intraductal in situ/carcinoma intraductal;

Tis (CLIS): carcinoma intralobular in situ/carcinoma intralobular; Tis (Paget): Doença de Paget do mamilo não associada a carcinoma invasivo e/ou carcinoma in situ (CDIS e/ou CLIS) no parênquima mamário subjacente. Os carcinomas mamários associados à doença de Paget são classificados de acordo com o tamanho e características da neoplasia parenquimatosa, porém a presença da doença de Paget deve ser registrada.

T1: tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão

T1mic – microinvasão: tumor com até 0,1 cm em sua maior dimensão(\*);

(\* Microinvasão é a extensão de células neoplásicas além da membrana basal, alcançando os tecidos adjacentes, sem focos tumorais maiores do que 0,1 cm em sua maior dimensão. Quando há focos múltiplos de microinvasão, somente o tamanho do maior foco é utilizado para classificar a microinvasão (não usar a soma dos focos individuais). A presença de múltiplos focos de microinvasão deve ser anotada como se faz com os carcinomas invasores extensos múltiplos.

T1a: tumor com mais de 0,1 cm e com até 0,5 cm em sua maior dimensão;

T1b: tumor com mais de 0,5 cm e com até 1 cm em sua maior dimensão;

T1c: tumor com mais de 1 cm e com até 2 cm em sua maior dimensão;

T2: tumor com mais de 2 cm e com até 5 cm em sua maior dimensão;

T3: tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão;

T4: tumor de qualquer tamanho, com extensão direta para a parede torácica (T4a), pele (T4b\*) ou ambos (T4c); (T4d) câncer inflamatório(\*\*). (\*) Somente invasão da derme não classifica o tumor como T4. A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais e músculo serrátil anterior, mas não inclui o músculo peitoral. (\*\*) O carcinoma inflamatório da mama é caracterizado por um endurecido difuso e intenso da pele da mama com bordas erisipeloides, geralmente sem massa tumoral subjacente. Se a biopsia da pele for negativa e não existir tumor primário localizado mensurável, o



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

---

carcinoma inflamatório clínico (cT4d) é classificado patologicamente como pTX. A retração da pele e do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4b e T4d, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem alterar a classificação.

Nx: os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por exemplo, por terem sido previamente removidos);

No: ausência de metástase em linfonodo regional;

N1: metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(ais), nível(eis) I, II, móvel(eis);

N2: metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(ais), nível(eis) I, II, móvel(eis), clinicamente fixos ou confluentes; ou metástase detectada clinicamente(\*) em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(ais), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo axilar;

N2a: metástase em linfonodos axilares homolaterais, nível(eis) I, II, fixos uns aos outros ou a outras estruturas;

N2b: metástase detectada clinicamente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(ais), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo axilar;

N3: metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) (nível III) com ou sem acometimento de linfonodo(s) axilar(es) axilar(es) nível(eis) I, II; ou metástase detectada clinicamente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(ais), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es), nível(eis) I, II; ou metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem acometimento de linfonodo(s) axilar(es) axilar(es) ou mamário(s) interno(s);

N3a: metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais), com ou sem acometimento da cadeia axilar;

N3b: em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilar(es) homolateral(ais);

N3c: metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(ais); (\*) Metástase detectada clinicamente é definida como por exame clínico ou de imagem



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

---

(exceto linfocintilografia), tendo características altamente suspeitas de malignidade, ou uma micrometástase patologicamente presumida, baseada em punção aspirativa por agulha fina e exame citológico. A confirmação de metástase detectada clinicamente detectada por punção aspirativa por agulha fina, sem biópsia excisional, é designada com um sufixo (f), por exemplo cN3a(f). A biópsia excisional de um linfonodo ou a biópsia de um linfonodo sentinela, na ausência de uma designação para pT, é uma classificação clínica para N, por exemplo cN1. A classificação patológica (pN) é usada para a excisão de um linfonodo ou biópsia de um linfonodo sentinela, somente em associação com a designação patológica do T.

Mo: ausência de metástase a distância;

M1: presença de metástase a distância (inclusive metástase em qualquer outro linfonodo que não os regionais homolaterais, entre eles os linfonodos cervicais ou mamários internos contralaterais).

E assim fica o agrupamento TNM em estágios:

- Estágio 0 (TisNoMo);
- Estágio IA (T1\*NoMo);
- Estágio IB (ToN1miMo, T1\*N1mi Mo);
- Estágio IIA (ToN1MO, T1\*N1Mo, T2NoMo);
- Estágio IIB (T2N1Mo, T3NoMo);
- Estágio IIIA (ToN2Mo, T1\*N2Mo, T2N2Mo, T3N1Mo, T3N2Mo);
- Estágio IIIB (T4NoMo, T4N1Mo, T4N2Mo);
- Estágio IIIC (Qualquer T N3Mo);
- Estágio IV (Qualquer T Qualquer N M1).

(\*) T1 inclui T1mic.

9. Os exames complementares necessários para o estadiamento são: hemograma completo, dosagens séricas de glicose, ureia, creatinina, fosfatase alcalina (FA) e aminotransferases/transaminases, eletrocardiograma (ECG) e radiografia simples de tórax. Em casos de estágio I ou II e FA normal, bastam os exames supracitados. Nos casos de pacientes com FA aumentada, com dores ósseas ou, em estágio III, recomenda-se adicionar os exames de cintilografia óssea e ultrassonografia abdominal. A cintilografia



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

---

óssea também está indicada em caso de elevação de FA, dor óssea, sintomas abdominais e aumento de aminotransferases /transaminases (estágio IIIb e IV).

10. A tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen superior pode ser utilizada, em casos selecionados, como parte do estadiamento, quando o paciente apresentar doença locorregionalmente avançada (estágio III); Os marcadores tumorais CA15-3, CA72.4, CEA e outros não possuem papel no diagnóstico, prognóstico, seguimento ou acompanhamento após tratamento de pacientes com câncer de mama. A ressonância magnética (RM) pode ser utilizada em casos específicos, para complementar o diagnóstico de doença metastática, como na síndrome de compressão medular.

## **DO TRATAMENTO**

1. 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 opções terapêuticas do câncer de mama incluem cirurgia do tumor primário, avaliação do acometimento axilar e radioterapia como forma de tratamento local e o tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia, inclusive hormonioterapia). O tratamento sistêmico pode ser prévio (também dito neoadjuvante) ou adjuvante (após a cirurgia e a radioterapia). As modalidades terapêuticas combinadas podem ter intento curativo ou paliativo, sendo que todas elas podem ser usadas isoladamente com o intuito paliativo.
2. 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.
3. A terapia adjuvante sistêmica (hormonioterapia e quimioterapia) segue-se ao tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação deve basear-se no risco de recorrência.



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

---

4. 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
5. 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. Este tipo de mastectomia é uma evolução da mastectomia “a Halsted”, que compreende a retirada da mama, dos músculos peitorais e o esvaziamento completo da axila. O esvaziamento axilar considerado eficaz deve ter em torno de 10-12 linfonodos na peça operatória. A cirurgia suprarradical (proposta por Urban), que incluía a retirada da cadeia mamária interna, foi há muito tempo abandonada.
6. 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. Para decisão sobre cirurgia conservadora de mama, esta é indicada em casos de tumores invasivos com perspectiva de atingir margens negativas e se houver uma proporção favorável entre de tamanho do tumor e volume da mama. A cirurgia conservadora não deve ser considerada em caso de microcalcificação extensa, multicentricidade, multifocalidade, carcinoma inflamatório, probabilidade de um resultado cosmético insatisfatório, contraindicação à radioterapia após a cirurgia conservadora ou discordância da paciente.
7. No que se refere à alteração na percepção do próprio corpo, as mulheres revelam a insatisfação e não aceitação da perda da mama, gerando assim sentimentos de autodepreciação. A situação da doença e da mastectomia podem afetar os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo da



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

---

doença, ocorrem alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher

### **DO PLEITO**

1. A cirurgia do câncer de mama, mastectomia, consiste na retirada da mama afetada pelo câncer e pode ser considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher.
2. Existe no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com os códigos 04.10.01.005-7 - MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA; ou 04.10.01.006-5 - MASTECTOMIA SIMPLES.

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No caso em tela a Autora apresenta neoplasia maligna da mama direita, estadiamento T2N0Mo, e foi submetida a quimioterapia neoadjuvante a fim de reduzir o tamanho da lesão antes de realizar a cirurgia oncológica. Não consta laudo médico detalhando qual tipo de cirurgia será realizada e também não foi relatado o diagnóstico histológico, nem anexados exames de imagem.
2. O procedimento pleiteado foi indicado pelo médico assistente e é indispensável ao tratamento do quadro clínico da Autora. Além disso, estão cobertos pelo SUS, conforme consta na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), sob o nome de: 04.10.01.005-7 - MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA; ou 04.10.01.006-5 - MASTECTOMIA SIMPLES.
3. 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

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.

4. Cabe à SESA informar quais hospitais têm condições de realizar o procedimento solicitado pelo SUS que possua equipe de Cirurgia oncológica e com seus critérios de avaliação para a realização do procedimento em questão. Importante ainda acrescentar que **a unidade de saúde onde a Autora está sendo acompanhada – HUCAM – pertence à Rede de Alta Complexidade Oncológica do Espírito Santo** e entende-se que este serviço deve priorizar o agendamento do procedimento cirúrgico da Autora, devido ao risco de metástase e morte. Assim, **entendemos que o tratamento cirúrgico é indicado para o caso em tela e salientamos que a demora exacerbada na realização da cirurgia pode comprometer o prognóstico em questão.**





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

---

**REFERÊNCIAS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS; PORTARIA CONJUNTA Nº 04, DE 23 DE JANEIRO DE 2018; Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Disponível em : <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/07/PORTARIA-no-04-PCDT.carcinoma.mama.2018.pdf>

Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168p. Disponível em: [file:///D:/SW\\_Users/PJES/Downloads/10-resenha-diretrizes-para-a-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil.pdf](file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/10-resenha-diretrizes-para-a-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil.pdf)

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC. SCHULZE. M. M. Tratamento Quimioterápico em Pacientes Oncológicos. Rev. Bras. Oncologia Clínica 2007. Vol. 4. N.º 12 (Set/Dez) 17-23. Disponível em: <<https://www.sbec.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/12/artigo03.pdf>>. Instituto Nacional do Câncer - INCA. O que é câncer?

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Câncer de mama. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/ja\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/ja_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Abr/2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2019.