



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 120/2020.

Vitória, 22 de janeiro de 2020.

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas Do Juizado Especial Cível de Cariacica –ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito deste juizado, sobre o procedimento: **prostatectomia radical videolaparoscópica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o requerente, 63 anos, apresentou aumento da taxa de PSA, e na RNM apresentou múltiplas áreas captantes de contraste dispersas na próstata inespecíficas, porém, devendo-se relacionar ao estudo anatomopatológico, optando-se, desta forma, pelo tratamento cirúrgico, o qual ainda não foi realizado. De acordo com as informações obtidas junto ao hospital Santa Rita, o requerente encontra-se na posição 12 da fila de espera. Portanto, mediante a gravidade do caso, recorre as vias judiciais para consegui-lo mais rapidamente.
2. Às fls 10, consta laudo histopatológico de biópsia de próstata com data de 19/12/2018, concluindo; Lobo direito: adenocarcinoma da próstata tipo acinar usual, grupo grau 1, Gleason 6, comprometendo menos que 5% do material examinado, infiltração neoplásica perineural e angiolinfática não observadas. Lobo esquerdo: adenocarcinoma da próstata tipo acinar usual, grupo grau 1, Gleason 6, comprometendo menos que 5% do material examinado, infiltração neoplásica perineural e angiolinfática não observadas.
3. Às fls. 11 e 12, resultados de exame de PSA total e livre em 12/09/2017 evidenciando



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

relação PSA livre/total de 11,91% e em 25/05/2018 de 9,86%

4. Às fls. 13 relatório de evolução médica ambulatorial, assinado pelo Dr. Carlos Henrique Segall Junior, CRMES 7755, com data de 15/04/2019 , relatando que paciente apresentou PSA de março/19 de 2,96, solicitou ressonância magnética e sugeriu manutenção da vigilância.
5. Às fls. 14 relatório de evolução médica ambulatorial, assinado pelo Dr. Carlos Henrique Segall Junior, CRMES 7755, com data de 02/08/2019, relatando que paciente apresentou acréscimo no PSA de 2,96 para 3,38, ressonância com múltiplas áreas captantes de contraste dispersas na próstata inespecíficas porém devendo estar relacionadas ao estudo anatomopatológico. Optamos por tratamento cirúrgico.
6. Às fls. 15, relatório de evolução da psicologia com data de 26/08/2019, relatando que paciente foi atendido e foi orientado sobre normas, funcionamento e documentações necessárias na internação, além de ter sido encaminhado para Casa Rosa, serviços de Yoga e/ou Respiração.
7. Às fls. 16, evolução médica de consulta cardiológica ambulatorial para risco cirúrgico, onde o paciente foi classificado como risco baixo de complicações intraoperatórias/ arritmia no esforço, encaminhado ao arritmólogo e, devido a alterações da válvula mitral, indicado profilaxia para endocardite infecciosa com ampicilina 2g EV, 30 min. Antes do procedimento. Assinado pela Dra. Elen Tatiana Cruz Pimentel, cardiologista, CRMES 8054.
8. Às fls. 17 , laudo de cintilografia de perfusão miocárdica, com data de 02/09/2019, descrevendo: ausência de sinais cintilográficos indicativos de isquemia miocárdica significativa no presente estudo. Hipoperfusão fixa na parede ântero-septal do ventrículo esquerdo. Ventrículo esquerdo com deficit contrátil seguimentar e com função sistólica global normal em condições de repouso e após exercício isotônico.
9. Às fls. 20 e 21, termo de consentimento informado anestesia, assinado em 26/08/2019 tanto pelo paciente, quanto pelo médico assistente, com carimbo não visível.



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

10. Às fls. 22 e 23, termo de consentimento sobre a cirurgia prostatectomia radical videolaparoscópica, sem data, assinada pelo paciente e pelo Dr. Carlos Henrique Segall Junior, CRMES 7755.
11. Às fls 25 e 26, avaliação pré anestésica, em papel timbrado do Hospital Santa Rita do dia 26/08/2019, carimbo ilegível, concluindo que paciente deve ser reavaliado na internação, reserva de 2 unidade de concentrado de hemácias e jejum de 8 horas
12. Às fls. 27, evolução médica ambulatorial, com data de 06/09/2019, referindo que o paciente está liberado pela cardiologia e anestesia e laboratório, em condições boas de cirurgia. Emitido AIH, consentimento, sangue. Assinado pelo Dr. Carlos Henrique Segall Junior, CRMES 7755.

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



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

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. **Adenocarcinoma da próstata** é uma das neoplasias malignas mais frequentes em homens, com uma prevalência estimada em 30%, de acordo com dados histopatológicos, em pacientes acima de 50 anos. Em termos de mortalidade, corresponde à segunda neoplasia mais importante, sendo os tumores de pulmão os mais prevalentes. Nas duas últimas décadas, tanto a incidência como a prevalência aumentaram de forma gradual, possivelmente associadas à dosagem do antígeno prostático específico e ao emprego mais frequente da ultrassonografia. Em estudos de necropsia, mais de 80% dos pacientes acima de 90 anos apresentam um quadro histológico de adenocarcinoma desse sítio anatômico.
2. Devido aos diversos modos de apresentação clínica e à extensão variável da doença, diferentes fatores prognósticos e sistemas de estadiamento têm sido descritos. O prognóstico do adenocarcinoma de próstata está relacionado fundamentalmente com alguns dados histopatológicos, entre eles: topografia/lateralidade, volume/tamanho tumoral, tipo histológico, grau de diferenciação, presença de invasão neoplásica capsular e extraprostática, estado das margens cirúrgicas e presença de metástases em linfonodos regionais ou a distância. Em geral, o adenocarcinoma compromete as regiões posterior e lateral da zona periférica da próstata, sendo multifocal em 50% dos casos e estendendo-se frequentemente ao ápice. Em geral, o volume tumoral está associado ao grau histológico, à extensão extraprostática, ao comprometimento de margens cirúrgicas e ao tempo de sobrevida. Por apresentar padrões arquiteturais variados e características citológicas próprias, o adenocarcinoma de próstata tem sido graduado em diferentes sistemas, sendo o grau de Gleason um dos mais utilizados. Nesse sistema, as lesões bem moderadamente e pouco diferenciadas são graduadas de um a cinco, conforme o padrão arquitetural encontrado em cada caso. Além do grau de



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

Gleason, o prognóstico de cada indivíduo também está associado ao emprego da classificação TNM (T: tumor, N: linfonodo, M: metástase).

3. Na graduação histológica, as células do câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferentes das células normais forem as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida será sua disseminação. A escala de graduação do câncer da próstata varia de 1 a 5, com o grau 1 sendo a forma menos agressiva. Para se obter o escore total da classificação de Gleason, que varia de 2 a 10, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. Escores entre 2 e 4 significam que o câncer provavelmente terá um crescimento lento. Escores intermediários, entre 5 e 7, podem significar um câncer de crescimento lento ou rápido e este crescimento vai depender de uma série de outros fatores, incluindo o tempo durante o qual o paciente tem o câncer. Escores do final da escala, entre 8 e 10, significam um câncer de crescimento muito rápido.
4. Antígeno prostático específico (PSA) - aceita-se como valores limites normais até 4 ng/ml, porém podem existir tumores com PSA abaixo deste valor. Quando o PSA estiver acima de 10 ng/ml há indicação formal para biópsia. Para valores entre 4-10 ng/ml deve-se também levar em consideração a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total.

DO TRATAMENTO

1. O Deve ser individualizado para cada paciente levando-se em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis.
2. **A Prostatectomia radical** consiste na ressecção total da próstata, incluindo as vesículas seminais, ampolas dos ductos deferentes e uretra prostática associado a ou não a linfadenectomia bilateral. Poder ser realizada por via laparoscópica, perineal ou



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

retropúbica. É considerado tratamento de eleição para o câncer de próstata localizado.

3. **A Radioterapia** no câncer próstata localizado possui diversos tipos e para escolha técnica inclui-se diversos fatores como o volume prostático, existência de doença extraprostática, comorbidades, sintomas e disponibilidade do serviço. Pode ser realizada com radiação interna(braquiterapia) ou externa. Seu mecanismo de ação consiste em utilizar radiações ionizantes para combater ou inibir o crescimento tumoral.
4. **A Terapia hormonal** pode ser realizada de forma cirúrgica com orquiectomia (retirada dos testículos) e/ou uso de medicações como o agonista do hormônio liberador de hormônio luteinizante. É uma forma de supressão hormonal e pode ser utilizada em associação a radioterapia nos casos de cânceres localmente avançados e de risco elevado. Pode também ser indicada antes do início do tratamento com radioterapia com objetivo de reduzir o volume da próstata independentemente do grau de risco que estejam classificados.

DO PLEITO

1. **Prostatectomia radical videolaparoscópica.** É ofertado pelo SUS, como o nome de RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA sob número 04.09.03.004-0, sendo considerado um procedimento de média complexidade.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com diagnóstico histológico de neoplasia de próstata com aumento progressivo do PSA e indicação de procedimento cirúrgico
2. **Em conclusão, este NAT entende que, considerando a classificação histopatológica do câncer de próstata do requerente e as opções de tratamento indicadas pela literatura, a cirurgia de prostatectomia radical videolaparoscópica está indicada no caso em tela.**



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

REFERÊNCIAS

CAMBRUZZI, Eduardo et al . Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro , v. 46, n. 1, p. 61-68, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442010000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442010000100011>.

CONSENSO EM CÂNCER DE PRÓSTATA – Ministério da Saúde – INCA/Instituto Nacional do Câncer – 2002. Disponível em: ,
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf

Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata – CONITEC/Ministério da Saúde. Outubro de 2015. Disponível em: www.conitec.gov.br

Manual de Atualização Conduta. Cancer de Próstata. Unicamp. Disponível em www.fcm.unicamp.br