



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 44/2022.

Vitória, 17 de Janeiro de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 3º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória – ES, requerido pelo MM Juiz de Direito, Dr. Bernardo Alcuri de Souza, sobre os procedimentos: **“consulta em neurocirurgia e cirurgia para retirada de tumor em região craniana”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, de 44 anos, realizou exames devido a cefaléia crônica e dificuldade visual, o qual evidenciou uma lesão expansiva intra-orbitária, que está pressionando seu globo ocular e estirando o nervo óptico, levando a perda visual gradual, por isso foi encaminhada para o neurocirurgião para realização de procedimento cirúrgico em 06/07/2021. No entanto, até o momento não obteve êxito. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.
2. Às fls. 11418267 (Pág. 1) consta encaminhamento médico, emitido em 29/06/2021 pela cirurgiã geral Dra. Daniela, para o Neurocirurgião devido a lesão expansiva orbitária à esquerda com hipótese diagnóstica de hemangioma ou schwannoma.
3. Às fls. 11418267 (Pág. 2) apresenta encaminhamento médico, emitido em 21/06/2021 pela oftalmologista Dra. Maria Luiza Colodetti Caus, para o neurocirurgião. Relata lesão expansiva orbitária à esquerda com necessidade de investigação histopatológica.



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

4. Às fls. 11418267 (Pág. 3) consta Guia de Especialidade – BPAI, emitido em 06/07/2021 pela Dra. Rachel Cecília Guerra de Azevedo, encaminhando para consulta em neurocirurgia geral.
5. Às fls. 11418267 (Pág. 4) consta laudo de Ressonância Magnética das órbitas, realizado em 20/05/2021, que evidencia lesão expansiva orbitária esquerda sólida, bem delimitada contorno regular e limites bem definidos, exibindo impregnação progressiva e centrípeta pelo contraste endovenoso, localizada no bordo ínfero-lateral da órbita esquerda, predominantemente extraconal e retrobulbar, aparentemente associada a discreta remodelação com expansão dos limites ósseos orbitários e ligeiro rebaixamento do assoalho da órbita esquerda, medindo 2,4x1,6x1,7 cm. Esta lesão está localizada entre os músculos reto inferior e reto lateral, toca a parede pósterio-inferior do globo ocular e promove proptose significativa. Hipótese diagnóstica de hemangioma ou schwannoma, sugere prosseguir investigação com avaliação histopatológica.
6. Às fls. 11418267 (Pág. 5) apresenta laudo de ressonância magnética de crânio, realizada no dia 20/05/2021, onde evidencia-se lesão óssea bem delimitada na alta convexidade frontoparietal à esquerda da linha média, mantendo grande proximidade da sutura coronal de natureza indeterminada.
7. Às fls. 11418267 (Pág. 6) apresenta encaminhamento médico, emitido em 05/08/2021 pelo Dr. Lucas Loss Possatti, solicitando avaliação oftalmológica com fundoscopia.
8. Às fls. 11418267 (Pág. 7 e 8) consta laudo de ultrassonografia ocular e imagem, realizada em 16/08/2021, sem alterações.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO



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

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.

DA PATOLOGIA

1. Os tumores do sistema nervoso central (SNC) dividem-se em tumores intracranianos e intra-raqueanos, estando os últimos localizados no interior do canal medular. Os tumores intracranianos podem originar-se dos tecidos cerebrais ou extracerebrais e cada um destes sítios pode dar origem a diversos tumores, os quais apresentam



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

comportamento biológico, prognóstico e tratamento distintos. No que se refere aos tumores intracranianos, sua apresentação clínica, conduta diagnóstica e terapia inicial são em geral semelhantes (De Angelis, 2001), diferindo com relação ao seu tratamento definitivo. Ainda que estas neoplasias apresentem graus variados de malignidade, grande parte delas possui comportamento invasivo e tendência à transformação maligna, produzindo elevado grau de morbidade.

2. Conforme sua localização, os tumores do SNC podem causar sintomas e sinais neurológicos focais (crises convulsivas focais ou generalizadas, déficits motores ou sensitivos, afasia, paralisias de pares cranianos, disfunção cerebelar) ou generalizados, estes últimos devido ao aumento da pressão intracraniana (cefaléia, náuseas, vômitos, sonolência e alterações visuais). A disfunção cognitiva de grau variável pode estar presente em tumores da região frontal, na infiltração cerebral difusa ou quando ocorre disseminação meníngea da neoplasia. Os tumores da fossa posterior frequentemente comprimem o 4^o ventrículo produzindo hidrocefalia, ataxia e vômitos frequentes. A frequência e a duração da sintomatologia variam conforme o tipo de tumor.
3. Os tumores cerebrais primários são um conjunto de neoplasias malignas originárias de células de sustentação do tecido nervoso (a glia). São tumores raros, correspondendo a 2% de todos os cânceres conhecidos. A sua evolução varia com a célula original e comportamento biológico tumoral, e alguns tipos mais agressivos ainda mantêm elevada mortalidade em adultos – condição pouco modificada pelo emprego das modalidades terapêuticas disponíveis.
4. A classificação dos tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), divide estas neoplasias em grandes grupos conforme sua localização e seus tecidos de origem: tumores do tecido neuroepitelial, tumores meníngeos, linfomas primários do SNC, tumores germinativos, tumores da região selar, além dos tumores metastáticos com origem fora do SNC.
5. A avaliação inicial compreende o exame físico e neurológico detalhados e exames de neuroimagem. A extensão da doença é diagnosticada minimamente por tomografia



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

computadorizada contrastada (TC), complementada, se disponíveis, por ressonância magnética (RM) e espectroscopia/perfusão.

6. O diagnóstico definitivo é firmado pelo estudo histopatológico. Nos pacientes candidatos à cirurgia, recomenda-se que o diagnóstico seja realizado pelo procedimento cirúrgico definitivo. Nos pacientes que não são candidatos à cirurgia como primeiro tratamento (por condições clínicas desfavoráveis ou localização do tumor em áreas críticas), o diagnóstico poderá ser obtido por intermédio de biópsia estereotáxica ou a céu aberto. Preferencialmente, o patologista deve ser informado sobre o quadro clínico do doente e os achados ao exame de neuroimagem. A gradação dos tumores é baseada em aspectos histopatológicos, quais sejam: atipias nucleares, índice mitótico, proliferação endotelial e grau de necrose.

DO TRATAMENTO

1. Os pacientes devem ser avaliados e o plano de tratamento determinado por uma equipe multidisciplinar especializada, incluindo neurocirurgião, oncologista clínico, radioterapeuta, patologista e neuroradiologista.
2. Alguns tipos de tumores são caracterizados por intensa infiltração do parênquima cerebral, a qual torna a ressecção cirúrgica completa impossível. As células tumorais estendem-se por vários centímetros além da margem cirúrgica, em alguns casos envolvendo um hemisfério cerebral inteiro ou grandes porções do cérebro. Tal condição é conhecida como “gliomatosis cerebri”. Apesar disso, a cirurgia tem um importante papel no manejo destes pacientes. A cirurgia serve para obtenção de material para o diagnóstico histopatológico e também para alívio dos sintomas resultantes do efeito compressivo, o que reduz a necessidade do uso de corticoesteróides. Ainda, a ressecção cirúrgica pode remover o “núcleo” hipóxico do tumor, o qual é caracterizado por apresentar-se resistente a quimio\radioterapia.



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

3. A abordagem terapêutica atual emprega a ressecção cirúrgica associada aos tratamentos com radioterapia ou quimioterapia. A escolha da conduta e a resposta aos tratamentos empregados diferem de acordo com o subtipo histológico, o grau de malignidade e a localização do tumor.

DO PLEITO

1. **“Consulta em neurocirurgia e cirurgia para retirada de tumor em região craniana”.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, a Requerente apresenta lesão expansiva orbitária à esquerda, confirmada com exame de imagem (ressonância magnética das órbitas), com hipótese diagnóstica de hemangioma ou schwannoma, já avaliada pela oftalmologista no dia 21/06/2021, que encaminhou ao neurocirurgião para investigação histopatológica e tratamento. A paciente foi avaliada pelo neurocirurgião no dia 05/08/2021, no Hospital Estadual Central, que informou que a paciente já está em programação cirúrgica. Não ficou claro para este Núcleo o motivo pelo qual a paciente ainda não concluiu seu tratamento, visto que há documentos médicos anexados de especialistas (neurocirurgião e oftalmologista), que já consultaram a paciente.
2. **A consulta médica em atenção especializada é regularmente ofertada pelo SUS**, inscrita sob o código: 03.01.01.007-2, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP), assim como a **craniotomia para biópsia encefálica** (04.03.03.001-3) e/ou **craniotomia para**



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

retirada de tumor intracraniano (código 04.03.03.004-8).

3. Por fim, concluímos que **a paciente tem indicação de ser reavaliada pelo neurocirurgião, com maior brevidade possível, para iniciar/concluir seu tratamento**, preferencialmente no Hospital Estadual Central, uma vez que já foi avaliada neste nosocômio e está em programação cirúrgica pelo médico dele.



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASÍLIA – DF 2020 - DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS DE TUMOR CEREBRAL NO ADULTO, disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/20201218_PCDT_Tumor_Cerebral_em_Adulto_ISBN.pdf

ALDAPE, K.D., BALLMAN, K., FURTH, A. et al. Immunohistochemical detection of EGFRvIII in high malignancy grade astrocytomas and evaluation of prognostic significance. Journal of Neuropathology and Experimental Neurology, v.63, n.7, p.700-707, 2004