



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

---

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 424/2024**

Vitória, 29 de março de 2022.

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]

[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de Informações Técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cariacica-ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito daquela comarca, sobre o procedimento: **quadrantectomia com biópsia de linfonodo sentinela.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, a Requerente, de 47 anos, foi diagnosticada em janeiro de 2022 com carcinoma mamário invasivo do tipo não especial, grau III em mama direita em quadrante superior lateral e necessita realizar quadrantectomia com biópsia de linfonodo sentinela. Alega que durante a consulta no Hospital das Clínicas a médica a orientou que buscasse o Juizado para agilizar a cirurgia, tendo em vista que a demora para o agendamento estar maior, pois houve redução nos dias de cirurgia, que antes era dois dias e agora é somente um dia.
2. Às fls. 12999432 – pág. 1 – consta Boletim de Procedimento Ambulatorial Individualizado – BPAI, solicitando marcação pré - cirúrgica de lesão não palpável de mama associada a mamografia. Informa a hipótese diagnóstica de carcinoma mamário invasivo do tipo não especial.
3. Às fls. 12999432 – pág. 2 e 3 – consta laudo de exame anatomopatológico de nódulo de



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

---

mama direita, datado de 10/05/2021, com a conclusão:

- a) Alteração fibrocística.
- b) Metaplasia apócrina.
- c) Calcificação arterial.
- d) Ectasia ductal.

4. Às fls. 12999432 – pág. 4 – consta laudo de risco cirúrgico cardiológico, datado 18/02/2022, informando que a Requerente está apta à cirurgia e baixo risco cardíaco (Classe I de Lee).
5. Às fls. 12999432 – pág. 6 – consta laudo de exame anatomopatológico de nódulo de mama direita, datado de 28/01/2022, com a conclusão:
  - a) Tipo do tumor: Carcinoma Mamário Invasivo do Tipo Não Especial.
  - b) Grau: III (Escore Nuclear: 3; Escore Tubular: 3; Escore Mitótico: 3).
  - c) Localização do tumor: Quadrante superior lateral.
  - d) Tamanho do tumor: não avaliável.
  - e) Componente "*in situ*": não foi observado.
  - f) Microcalcificações: presentes.
  - g) Invasão angiolinfática: não foi observada.
6. Às fls. 7 consta relatório de imuno-histoquímica da mama direita, datado de 25/02/2022, com a conclusão:
  - a) Carcinoma invasivo positivo para receptores de estrógeno e progesterona e escore 3+ (positivo) para HER2.
7. Às fls. 12999433 – pág. 1 – consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), datado de 25/03/2022, informando que a Requerente com diagnóstico de carcinoma mamário invasivo do tipo



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

---

não especial, grau III em mama direita em quadrante superior lateral estadiamento clínico T1N0MX. Exame imuno-histoquímica (21/02/22) receptor de estrogênio 90%, receptor de progesterona 90%, HER-positivo, KI-67-positivo. Mamografia (02.12.2021): mama direita: nódulo em quadrante superior lateral, de 15 mm, espiculado, definido categoria 5. Anatomopatológico 24/01/22: E253731AAP via core biópsia com resultado de carcinoma mamário invasivo tipo não especial grau III, paciente com autorização internação hospitalar emitida para quadrantectomia a direita com biópsia de linfonodo sentinela em aguardo de cirurgia, como prioridade. Assinado pela médica, Dra. Barbara Pereira Silvestre, CRM ES 13661 e pela médica mastologista, Dra. Janine Martins Machado, CRM ES 7157.

8. Às fls. 12999434 – pág. 1 – consta solicitação de internação/autorização hospitalar, datado de 23/02/2022, informando que a Requerente de 47 anos tem carcinoma maligno de mama a direita, com lesão invasiva, não palpável ao exame físico. Solicitação de quadrantectomia. E o carácter da internação: eletiva. Assinado pela médica, Dra. Luana Pelicioni Rangel Braga, CRM ES 14960.

## 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 1/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 providências. O Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de



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

---

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 **Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;**

Art. 9º § | ° o Complexo Regulador será organizado em:

Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência, e

Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de



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

---

urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

7. 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. 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



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

---

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 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. O carcinoma invasivo de tipo não especial (ou carcinoma invasivo sem outra especificação) é o tipo mais frequente de câncer de mama. Também é conhecido por carcinoma ductal invasivo. O ideal é que seja detectado em fase inicial, através de mamografia. Quando o tratamento é feito corretamente as chances de cura são superiores à 95%.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

6. O carcinoma invasivo de tipo não especial representa cerca de 75% dos casos de câncer de mama e engloba uma grande variedade de subtipos de tumor mamários. Este nome deve-se ao fato dele não ter nenhuma característica que o diferencie dos demais nos exames de patologia.
7. 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.
8. 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.
9. 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 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).
10. O mais aceito sistema de estadiamento do câncer de mama é o da União Internacional



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

---

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)

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;





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

---

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 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



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

---

tido 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 (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 biopsia excisional, é designada



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

---

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 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,



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

---

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 radioterapia 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.
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



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

---

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. A cirurgia do carcinoma invasivo de tipo não especial consiste na retirada de todo o tumor, com margens livres. Nos casos com lesão pequena (ou com boa proporção entre o tumor e a mama) a cirurgia preferencial é a quadrantectomia (cirurgia conservadora da mama). Afinal, este tratamento tem a mesma eficiência da mastectomia, porém menor dano físico e psicológico.
8. A mastectomia deve ser reservada para lesões extensas ou múltiplas (tumor multicêntrico). Em algumas situações de tumor grande, pode ser feito uso de



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

---

medicações para diminuir o câncer e permitir a cirurgia conservadora de mama. Nos casos que a mastectomia é obrigatória, muitas vezes é possível preservar a pele e a papila mamária (mamilo), facilitando a reconstrução da mama.

9. Além da cirurgia mamária é necessária a avaliação dos linfonodos (gânglios) da axila. Normalmente, apenas a biópsia do linfonodo sentinela (primeiro linfonodo a receber a drenagem da mama) é suficiente. Porém, alguns casos necessitam de retirada de todos os linfonodos da axila (linfadenectomia ou esvaziamento axilar).
10. 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 doença, ocorrem alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher

## **DO PLEITO**

1. A cirurgia do câncer de mama, **quadrantectomia da mama**, também conhecida como cirurgia conservadora de mama, segmento de mama ou ressecção segmentar, é uma das alternativas de tratamento para câncer na região. Nesse procedimento cirúrgico apenas parte da mama que foi afetada pela doença é retirada.
2. No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, consta o código 04.10.01.011-1 - setorectomia / quadrantectomia.

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, a Requerente, de 47 anos, com diagnóstico de carcinoma mamário invasivo do tipo não especial, grau III em mama direita, estadiamento clínico T1NoMX



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

---

- (T1 - O tumor tem até 2 cm de diâmetro; No - os linfonodos próximos estão livres; MX - a disseminação não pode ser avaliada) e solicita realização de quadrantectomia a direita com biópsia de linfonodo sentinela.
2. Consta nos documentos enviados ao NAT, solicitação do pleito em 23/02/2022, de forma eletiva, o que comprova que a cirurgia foi solicitada administrativamente, mas não há informações sobre negativa de disponibilização do procedimento pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), onde a Requerente está sendo assistida.
  3. Em conclusão, este NAT entende que a cirurgia pleiteada, que é padronizada pelo SUS, está indicada para os casos de em casos de carcinoma mamário invasivo do tipo não especial, sem evidência de metástase, que é o caso da Requerente. Observa-se na Inicial que a Requerente informa que a médica assistente a orienta a buscar a justiça para agilizar a cirurgia, mas não há evidências de negativa pelo nosocômio, assim como também não é possível informar em qual local da fila de espera se encontra a Requerente. Sugerimos que o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes se pronuncie nos autos, informando qual a data prevista da cirurgia. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde monitorar esse agendamento. Informamos ainda, que o prognóstico do câncer ductal invasivo varia de acordo com o tamanho do tumor, grau histológico, comprometimento ou não dos linfonodos, presença de invasão angiolinfática, expressão de receptores hormonais e de HER2. Assim, apesar de no formulário de solicitação de internação/autorização hospitalar, está classificada como cirurgia **eletiva**, quanto mais tempo demorar a retirada do tumor maior a chance do mesmo crescer, de surgirem metástases, o que alterará o prognóstico.
  4. 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 ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em



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

---

cada caso. Sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados.

5. Importante ainda informar que a Unidade de Saúde onde a Requerente está sendo acompanhada – HUCAM – pertence à Rede de Alta Complexidade Oncológica do Espírito Santo.



**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.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/12/artigo3.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\]a\\_situacao\\_ca\\_mam a Brasil 2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document]a_situacao_ca_mam a Brasil 2019.pdf)>.





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

---

Instituto Nacional do Câncer - INCA. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Abr/2004. Disponível em:  
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf>.