Nota Técnica 560590

Data de conclusão: 26/08/2026 12:04:58

Paciente

Idade: 54 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Cordilheira Alta/SC

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 5º Juízo da Unidade Estadual de Saúde Pública e Suplementar

Tecnologia 560590

CID: C50 - Neoplasia maligna da mama

Diagnóstico: câncer de mama direita

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: cirurgia de reconstrução mamária

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: cirurgia de reconstrução mamária

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Diferentes procedimentos cirúrgicos para reconstrução, com ou sem prótese, estão disponíveis.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: cirurgia de reconstrução mamária

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: cirurgia de reconstrução mamária

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A reconstrução mamária é um procedimento comumente oferecido às mulheres submetidas à mastectomia para tratamento do câncer de mama. Observa-se que, embora um número crescente de pacientes opte pela reconstrução mamária, nem todas são consideradas candidatas elegíveis do ponto de vista clínico, havendo ainda aquelas que, por decisão pessoal, optam por não se submeter a tal procedimento. Os desfechos centrais relacionados à reconstrução mamária e à decisão de a mulher se submeter a esse procedimento consistem, primordialmente, na obtenção de qualidade de vida em longo prazo, satisfação estética, sensação de normalidade corporal, preservação da autoestima, bem-estar emocional e bem-estar físico. Tais objetivos configuram elementos fundamentais na avaliação da indicação do procedimento, devendo ser considerados de forma integrada no contexto da assistência oncológica e da reabilitação da paciente (6).

Publicado em 2018 na revista JAMA Surgery uma coorte prospectiva multicêntrica de pacientes submetidas à mastectomia, buscando avaliar desfechos de qualidade de vida, bem estar psicológico e satisfação sexual entre pacientes que realizaram reconstrução autóloga ou com implante. Do total de 2.013 mulheres incluídas no estudo (idade média [desvio-padrão] de 48,1 [10,5] anos no grupo submetido à reconstrução baseada em implantes e de 51,6 [8,7] anos no grupo submetido à reconstrução autóloga), 1.217 pacientes (60,5%) completaram os questionários de avaliação no período de 2 anos após a reconstrução. Após o controle das variáveis basais das pacientes, aquelas submetidas à reconstrução autóloga apresentaram maior satisfação com suas mamas (diferença de 7,94; IC 95%, 5,68–10,20; $p < 0,001$), maior bem-estar psicossocial (diferença de 3,27; IC 95%, 1,25–5,29; $p = 0,002$) e maior bem-estar sexual (diferença de 5,53; IC 95%, 2,95–8,11; $p < 0,001$), quando comparadas às pacientes submetidas à reconstrução com implantes, no seguimento de dois anos (7).

Um estudo prospectivo, utilizando questionários de qualidade de vida, foi publicado na revista International Journal of environmental research and public health em 2022. Trata-se de estudo prospectivo conduzido no período de janeiro de 2018 a março de 2020 no Hospital Clínico de Osijek, utilizando-se como instrumento de avaliação da qualidade de vida o questionário de saúde SF-36, tendo sido incluídas 79 pacientes. Os resultados demonstraram que as pacientes submetidas exclusivamente à mastectomia apresentaram os piores escores no domínio de

limitação por dificuldades físicas, com média de 18,8 (intervalo: 6,3–31,3), bem como em funcionamento físico e limitação por dificuldades emocionais, com média de 16,7 (intervalo: 8,3–33,3), no domínio de saúde mental. Observou-se, ainda, que as pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata apresentaram melhor avaliação da saúde física ($p < 0,001$), ao passo que aquelas submetidas à reconstrução mamária tardia apresentaram pior avaliação da saúde mental ($p < 0,001$), conforme mensurado pelo referido questionário SF-36 (8).

Custo:

Não foram anexados orçamentos aos autos.

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. Reconstrução mamária pós-mastectomia total está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 5.648,16. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Ganho em qualidade de vida quando comparado à não reconstrução.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: cirurgia de reconstrução mamária

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O PCDT do câncer de mama e a legislação brasileira asseguram às mulheres o acesso à reconstrução mamária pelo SUS após a mastectomia. Trata-se de uma opção terapêutica e reabilitadora, capaz de contribuir para a recuperação da autoestima, da imagem corporal e da qualidade de vida quando desejada pela paciente. Contudo, sua realização não é obrigatória, dependendo de avaliação clínica individualizada, planejamento assistencial pela equipe responsável, esclarecimento quanto aos riscos e benefícios do procedimento e da manifestação de vontade da paciente em se submeter a uma nova intervenção cirúrgica.

Embora a paciente tenha sido submetida à mastectomia em 2017, não há comprovação de solicitação de reconstrução mamária, de inserção em fila para esse procedimento à época ou de registros assistenciais que documentem seu planejamento pela equipe assistente. A documentação acostada demonstra apenas a inclusão da paciente na fila em setembro de 2025, não sendo possível inferir omissão do gestor público no período anterior.

Tal procedimento cirúrgico é eletivo, após adequado planejamento, e não possui caráter de urgência (conforme definição da Resolução CFM nº 1451/95: ocorrência imprevista com ou sem risco potencial de vida. É preciso buscar assistência médica imediata, podendo ser necessário internação hospitalar, sem tempo para esperar alguns dias). A priorização jurisdicional de procedimento cirúrgico já disponível no SUS e sujeito a fila de espera pode, em regra, afrontar o princípio da isonomia entre os cidadãos, na medida em que a antecipação do tratamento de um paciente, sem conhecimento da prioridade clínica dos demais que aguardam

pelo mesmo procedimento, pode acarretar prejuízo a terceiros e comprometer a equidade no uso do sistema de saúde.

Ressalta-se, contudo, que o processo de encaminhamento e ordenação por filas não pode se esgotar como finalidade em si mesmo, sendo recomendável que o prestador de serviço e a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde promovam a adequada atualização cadastral da paciente, bem como informem, de forma clara e objetiva, a previsão de tempo para avaliação especializada no âmbito da rede pública, garantindo transparência e continuidade do cuidado assistencial.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. INCA. Estimativa 2020 – Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology—Breast Cancer (version 2.2023) [Internet]. 2023. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf
3. Schott A. Systemic treatment for HER2-positive metastatic breast cancer. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2023.
4. McAndrew NP, Finn RS. Management of ER positive metastatic breast cancer. Elsevier; 2020.
5. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/c/cancere-de-mama/view
6. Gašpar D, Taka? I, Sobo?an M. Current approaches to breast reconstruction: A scoping review of outcomes and factors influencing core outcome sets. Surg Oncol. 2025;60:102191.
7. Santosa KB, Qi J, Kim HM, Hamill JB, Wilkins EG, Pusic AL. Long-term Patient-Reported Outcomes in Postmastectomy Breast Reconstruction. JAMA Surg. 2018;153(10):891–899.
8. Pa?ari? S, Orki? Ž, Babi? M, Far?i? N, Milosti?-Srb A, Lovri? R, et al. Impact of Immediate and Delayed Breast Reconstruction on Quality of Life of Breast Cancer Patients. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8546.

NatJus Responsável: SC - Santa Catarina

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Trata-se de paciente feminina, de 53 anos, acometida por neoplasia maligna da mama (CID10: C50). Conforme documentos médicos anexados, a paciente teve o diagnóstico de câncer de mama direita em 2017, subtipo triplo negativo, realizando quimioterapia neoadjuvante e sendo posteriormente submetida à mastectomia com esvaziamento axilar ipsilateral, com resultado anatomopatológico pT2pN0 (EVENTO1, DOC8). Está também anexada avaliação cardiológica pré operatória, datada de 08/03/2017, prévia ao procedimento de mastectomia realizado em 28/03/2017. Não há comprovação de inserção em fila ou descrição em fila de procedimento cirúrgico após mastectomia em 2017. Posteriormente, em setembro de 2025, foi inserida na fila de reconstrução mamária (EVENTO1, DOC8). Encontra-se em acompanhamento psicológico em razão de episódio depressivo (CID10: F32), quadro que pode estar relacionado e/ou agravado pelas repercussões psicossociais decorrentes da mastectomia, incluindo alterações da autoimagem corporal (EVENTO4, DOC2). Nesse contexto, pleiteia a priorização de procedimento cirúrgico de reconstrução mamária.

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Apenas no ano de 2020, estimou-se a ocorrência de 66.280 casos novos de câncer da mama no Brasil. É considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado precocemente. No entanto, quando diagnosticado em estágios avançados, com metástases sistêmicas, é considerado como incurável. O câncer de mama tem seu comportamento e tratamento definidos pela localização, características histopatológicas e imunohistoquímicas do tumor, idade de apresentação e estadiamento. A sobrevida média após cinco anos do diagnóstico, em países desenvolvidos, é de aproximadamente 85%. No Brasil, a sobrevida aproximada é de 80% (1).

As opções terapêuticas do câncer de mama incluem cirurgia do tumor primário, linfonodos regionais e, em casos selecionados, das metástases; radioterapia; hormonioterapia; quimioterapia; e tratamento com drogas alvo tais como anticorpos monoclonais (2). O tratamento sistêmico pode ser prévio (também dito neoadjuvante) ou adjuvante (após a cirurgia e a radioterapia). Quando o status do HER2 tumoral é categorizado como positivo está indicada a terapia direcionada a esse alvo. Em mulheres com câncer de mama metastático HER2-positivo, o tratamento objetiva a melhora da qualidade de vida e o aumento da sobrevida, usando terapias que incluem quimioterapia, hormonioterapia e medicações alvo (3,4).