

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Varginha

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004251

**IDADE:** 61 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** C34

**PEDIDO DA AÇÃO:** Assistência *Home Care* com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia, Temodal® (Temozolamida 250 mg), e aparelho concentrador de oxigênio

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Tratamento paliativo com o uso de temozolamida e assistência domiciliar de enfermagem, para o manejo de paciente com neoplasia maligna em estágio avançado / metastático

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informações acerca da eficácia do tratamento de Temozolamida 150 mg e se era necessário o "*Home Care*" prescrito pelo médico da autora.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico datado de 28/12/2022, trata-se de paciente com diagnóstico de neoplasia maligna metastática - carcinoma de pequenas células de pulmão, doença extensa, com status funcional (ECOG 3 Capaz de autocuidado apenas limitado; confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas de vigília).

Consta que a paciente foi submetida à quimioterapia e imunoterapia, com resposta radiológica parcial, apresentando progressão da doença para sistema nervoso central. Foi submetida a radioterapia do crânio todo, e por último foi proposto tratamento paliativo com o uso de temozolamida oral 250 mg/m<sup>2</sup> (por cinco dias a cada 28 dias).

Consta que a paciente foi submetida a dois ciclos da medicação (temozolamida), com solicitação de receber o ciclo 3 iniciando impreterivelmente em 20/01/2023 (05 dias). Foi também solicitada a

disponibilização de profissional de enfermagem por período de 24 horas, para auxiliar a paciente nas atividades básicas da vida diária, e o fornecimento de concentrador para suplementação de oxigênio a 1-2L/min por cateter nasal, em caso de saturação  $\leq 90\%$ .

O tipo de tumor primário com maior probabilidade de metástase para o cérebro é o câncer de pulmão. Metástases cerebrais são uma fonte significativa de morbidade e mortalidade e anunciam um mau prognóstico em pacientes com câncer de pulmão metastático.

O câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) é um tipo agressivo de malignidade. Aproximadamente dois terços dos pacientes têm evidências de metástases à distância quando da sua apresentação. Pacientes com CPPC têm uma incidência de metástases cerebrais de 10% no momento do diagnóstico e 80% em 2 anos. Pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas (NSCLC) têm uma incidência de metástases cerebrais de 20% no diagnóstico e 40% na autópsia.

A metástase para o cérebro está associada a um mau prognóstico, apesar do tratamento agressivo, além disso, a maioria dos pacientes sofre de sintomas neurológicos debilitantes. Em pacientes submetidos a tratamento protocolar, há limitada opção de terapêutica paliativa disponível e os resultados das terapias disponíveis relatados na literatura são decepcionantes.

*“O uso de quimioterapia para o tratamento de metástases cerebrais decorrentes de câncer de pulmão tem sido limitado pela baixa eficácia e alta toxicidade. A temozolomida, um agente alquilante biodisponível por via oral que atravessa a barreira hematoencefálica, tem atividade contra metástases cerebrais de câncer de pulmão de células pequenas (CPPC) e câncer de pulmão de células não pequenas (NSCLC) quando usado como agente único, mas as taxas de resposta são baixas. Experimentos pré-clínicos e estudos clínicos iniciais em outras doenças malignas indicam que a temozolomida pode ter efeitos aditivos ou sinérgicos quando usada com outros agentes quimioterapêuticos”.*<sup>(20)</sup>

Segundo estimativas do INCA 2023, a taxa de sobrevida relativa em cinco anos para câncer de pulmão é de 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Apenas 16% dos cânceres são diagnosticados em estágio inicial (câncer localizado), para o qual a taxa de sobrevida de cinco anos é de 56%.

Pacientes em resposta parcial, progressão ou recidiva de doença são candidatos a tratamento paliativo. A doença em estágio extensivo pode ser tratada com quimioterapia e imunoterapia. Se necessária, a radioterapia paliativa pode ser utilizada.

**Temozolamida:** É um antineoplásico do grupo dos alquilantes, não disponível no SUS. Possui registro na ANVISA, com indicação de bula para o tratamento de glioblastoma multiforme, recém-diagnosticado, em tratamento combinado com radioterapia, seguido de tratamento isolado (monoterapia); tratamento de glioma maligno, glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, que apresentam recidiva ou progressão após tratamento padrão; e também possui indicação para o tratamento de pacientes com melanoma maligno metastático.

No **caso concreto**, foi feita indicação de terapêutica oncológica paliativa fora de bula. Não foram encontrados estudos feitos pela CONITEC que tenham avaliado o uso da temozolomida para tratamento de metástase cerebral em pacientes com tumor de pulmão de pequenas células (doença extensa). Não foram identificadas evidências científicas que indiquem aumento de sobrevida global ou livre de progressão, com o uso da temozolomida para a finalidade terapêutica indicada (tratamento paliativo de neoplasia maligna de pulmão de pequenas células, doença extensa), cuja sobrevida média é de 7 a 11 meses, que justifique a relação custo/benefício.

A CONITEC em 04/07/2012 recomendou a incorporação do procedimento **oxigenoterapia domiciliar** para o tratamento da DPOC, conforme PCDT a ser elaborado pelo Ministério da Saúde. Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada.<sup>(21)</sup>

Em algumas doenças é preciso que se faça suplementação de oxigênio

por um cateter nasal ou máscara em pacientes que preencham critérios específicos. As indicações clássicas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (Oxigenoterapia de forma contínua por no mínimo 15h/dia) seguem o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022).

O uso de oxigênio está associado a um melhor desempenho nas atividades da vida diária, ao aumento da tolerância ao exercício e também ao aumento da sobrevida. Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado é o tratamento mais eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções cardiovasculares e muscular sistêmica, o desempenho em testes neuropsicológicos, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhora do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internações.

O Caderno de Atenção Domiciliar volume 2, traz os critérios administrativos para a admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar são necessários:

- Laudo atualizado emitido por médico (SUS e/ou Serviço de Saúde de Referência vinculado ao SUS) com solicitação da ODP, comprovando a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, as comorbidades associadas, o resultado da gasometria arterial, os medicamentos (nomes e doses) em uso e a data da última internação, bem como a prescrição que inclua o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara.

Exames complementares:

- Gasometria arterial recente, em repouso e em ar ambiente nos parâmetros especificados pela Sociedade de Pneumologia e Tisiologia; na impossibilidade de realização da gasometria, poderá ser utilizada a oximetria de pulso, se os valores se enquadrarem nos seguintes parâmetros: SpO<sub>2</sub>

menor ou igual a 88% em repouso e SpO2 menor ou igual a 88% após teste de esforço.

- Hematócrito: se necessário, o exame radiológico de tórax atualizado; eletrocardiograma ou ecocardiograma atualizados que constatem (ou não) sinais de cor pulmonale crônico.
- Documentos: apresentação da cópia do RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de endereço do paciente (área de abrangência do SAD) e cópia do RG e do CPF do seu responsável. Termo de compromisso e adesão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar assinado pelo paciente ou responsável legal.
- A situação domiciliar compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção do equipamento, o que constitui outro critério para admissão.

*“Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares têm sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminuir o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduzir as complicações decorrentes de longas internações hospitalares”.*<sup>(4)</sup>

“O cuidador, segundo a Portaria GM nº 963/2013, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa ocupação integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O cuidador é reconhecido como componente da atenção domiciliar, inclusive sua participação ativa é claramente prevista, em conjunto

com a equipe profissional e familiares (BRASIL, 2013)".<sup>(15)</sup>

*“Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”.*<sup>(4)</sup>

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

O termo **Home Care - Atenção Domiciliar** (AD) configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que para fins deste Parecer, o termo Home Care refere-se aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência de Vigilância Sanitária ANVISA.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, estabelece entre outras, as seguintes definições:

- 1) Atenção Domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro

clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, diz que a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD). Diz também que o SAD conforme definido no PAD deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, traz algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Apesar da morbidade e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados

exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem por 24 horas/dia (situação de internação domiciliar).

A elegibilidade para internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, seja compatível com a execução desses cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para a paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar.

Havendo alteração da situação clínica descrita na documentação apresentada, com instalação de necessidade de internação, e sendo possível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade assistencial por si só, prevê a realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem a finalidade de suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio de paciente de baixa mobilidade e grande fragilidade.

No **SUS**, a *Atenção Domiciliar (AD)* é modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de



cuidados. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

A equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) avalia o quadro do paciente, e elabora o plano de atenção domiciliar (PAD) em conformidade com as necessidades identificadas. O SAD, conforme definido no PAD provê os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade/nível de atenção necessária (AD1, AD2 e AD3) e o perfil clínico do paciente.

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador.

*A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.*

No **caso concreto**, a paciente tinha indicação de prestação de assistência ambulatorial sob regime de assistência multidisciplinar domiciliar

intermitente com a participação de profissionais conforme as exigências de seu quadro clínico. Era recomendável a elaboração de um plano de atenção domiciliar (PAD) com a especificação da frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos e dos insumos necessários. Não tinha indicação de assistência *Home Care*, para substituir a carência da presença do cuidador.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html)
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.)
- 7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.  
<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>
- 8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.  
[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016\\_8124.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html)
- 9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.  
[http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015\\_8196.html](http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html)

10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

11) Aferição de Sinais Vitais. Um indicador do Cuidado Seguro em Idoso. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8. <https://www.scielo.br/j/tce/a/c7Z8Jf3MMJxRcVd9xchrMNP/?format=pdf&lang=pt>

12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. *“Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência”.*

13) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)

14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

16) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.  
<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016>

18) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_ventilacao\\_mecanica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf)

19) Guia. Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>

20) Uso de temozolomida com outra quimioterapia citotóxica no tratamento de pacientes com metástases cerebrais recorrentes de câncer de pulmão. *Oncologista*.2003;8(1):69-75. doi: 10.1634/theoncologist.8-1-69.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12604733/>

21) A) Ensaio de um regime de dosagem de 5 dias de temozolomida em pacientes com recidiva de câncer de pulmão de pequenas células com avaliação de metilguanina-DNA metiltransferase. *Câncer de pulmão*. Novembro de 2014; 86(2): 237–240.

Publicado on-line em 17 de agosto de 2014. doi: [10.1016/j.lungcan.2014.08.007](https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2014.08.007)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4497567/>

B) Combinação de Olaparibe e temozolomida em câncer de pulmão de pequenas células recidivante. Ensaio Clínico. *Câncer Descoberta*. Outubro de 2019;9(10):1372-1387. doi: 10.1158/2159-8290.CD-19-0582.Epub 2019, 15 de agosto.

C) Temozolomida para o tratamento de metástases cerebrais associadas ao melanoma metastático: um estudo de fase II. Ensaio Clínico. *J Clin Oncol*.1º de junho de 2004;22(11):2101-7. doi: 10.1200/JCO.2004.11.044.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15169796/>

22) Temozolomida oral em metástases cerebrais fortemente pré-tratadas de câncer de pulmão de células não pequenas: estudo de fase II. *Câncer de pulmão*.2005 nov;50(2):247-54.

doi: 10.1016/j.lungcan.2005.05.026. Epub 2005 20 de julho.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16039010/>

23) Temozolomida em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas, avançado com e sem metástases cerebrais. Um estudo de fase II do EORTC Lung Cancer Group (08965). *Eur J Câncer*.2003 junho;39(9):1271-6.

doi: 10.1016/s0959-8049(03)00234-x.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12763216/>

24) Phase II study of temozolomide in heavily pretreated cancer patients with

brain metastases. *Annals of Oncology* 12: 249-254. 2001. © 2001 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands. C. Christodoulou, D. Bafaloukos, P. Kosmidis, E. Samantas, A. Bamias, P. Papakostas, A. Karabelis, C. Bacoyiannis & D.V. Skarlos for the Hellenic Cooperative Oncology Group.

[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)47294-3/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)47294-3/pdf)

25) Protocolo de Atenção à Saúde. Tratamento do Câncer de Pulmão. Portaria SES-DF Nº 422 de 23 de outubro de 2023, publicada no DODF Nº 199 de 24 de outubro de 2023.

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+Tratamento+do+C%C3%A2ncer+de+Pulm%C3%A3o.pdf/27fb3837-a1d6-c3c7-11db-c49c8d821a54?t=1698233496902>

26) INCA. Câncer de Pulmão.

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>

27) Perfil Epidemiológico e Análise de Sobrevida em Pacientes com Neoplasia de Pulmão tratados em um Hospital Público no Município de São Bernardo do Campo - SP: um Estudo Retrospectivo. Luz et. al. *Clin Onc Let*, 2019;4(1)

<https://www.clinicaloncologyletters.com/article/10.4322/col.2019.004/pdf/col-0-AheadOfPrint-5f10936a0e8825d4195a5963.pdf>

#### **V – DATA:**

31/01/2023

NATJUS – TJMG