



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 128/2021

Vitória, 05 de fevereiro de 2021.

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cariacica – ES, requerida pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **Consulta com Oncohematologista.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição Inicial, a Requerente, 53 anos foi submetida a cirurgia de linfadenectomia cervical, pois necessitava de esclarecimento diagnóstico, tendo o resultado da biópsia constatado achados morfológicos suspeitos de linfoma. A Autora foi encaminhada para serviço de hematologia oncológica para o tratamento especializado, em caráter de urgência. Ao procurar o Centro Regional de Especialidades Juliano Almeida do Vale (CRE Metropolitano), não conseguiu realizar o agendamento da consulta para a especialidade, pois deveria ir ao atendimento na Unidade Básica de Saúde inicialmente. Entretanto, na Unidade Básica de Saúde foi informada que não havia médico desta especialidade. Como a Requerente arcou com os exames iniciais para seu diagnóstico, e tendo o resultado do exame desde 04/01/2021, sem conseguir agendar sua consulta para dar prosseguimento em seu tratamento e sem condições financeiras para tal, recorre a via judicial.
2. Às fls. 17 consta solicitação de exames pré operatórios e risco cardiológico com ECG, emitido em 10/11/2020 pelo Dr. Antônio Pinto, cirurgião de cabeça e pescoço, CRM ES 3562, descrevendo mulher de 53 anos portadora de linfonodos cervicais a esclarecer,



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

sudorese vespertina. Procedimento a ser realizado linfadenectomia cervical.

3. Às fls. 18 consta encaminhamento à Unidade Básica de Saúde ou CRE Metropolitana, emitido em 20/01/2021 pelo Dr. José Jorge da Silva, cirurgia geral, CRM ES 3658, descrevendo paciente encaminhada ao serviço de hematologia do Hospital Santa Rita para tratamento especializada de linfoma sob risco de morte. Favor regular para o referido hospital ou para outro que tenha vaga.
4. Às fls. 19 consta encaminhamento ao serviço de Hematologia oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia em caráter de urgência para tratamento de linfoma, emitido em 28/01/2021 pelo Dr. José Jorge da Silva.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Atenção Oncológica do SUS foi instituída através da **Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005 como a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**
2. A **Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de Março de 2009, considerando a necessidade de garantir o acesso da população à assistência oncológica, definiu os serviços de atendimento a estes usuários, a saber:
 - 2.1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (**UNACON**) é o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.



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

- 2.2 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (**CACON**) é o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.
- 2.3 Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia é o serviço que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.
3. **Os Serviços de Atendimento Oncológico tem como responsabilidade proporcionar Assistência Especializada e integral aos pacientes de câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento, incluindo o planejamento terapêutico integral dos mesmos.**
4. De acordo com o Art. 14 Portaria SAS/MS nº 741/05: “As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão”.
5. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos tem seu custeio financiado através do pagamento dos procedimentos realizados, incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS. O custo dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de quimioterapia para tumores malignos está incluído no valor dos procedimentos contidos na Tabela.
6. A **Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009** estabelece que a Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES define os complexos hospitalares e habilita os estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia.



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

DA PATOLOGIA

1. Linfomas são transformações neoplásicas de células linfóides normais que residem predominantemente em tecidos linfóides. São morfológicamente divididos em linfomas de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin. O linfoma não-Hodgkin (LNH) é a quarta neoplasia mais incidente nos Estados Unidos, excluindo o câncer de pele não melanoma, sendo responsável por 4% de todas as malignidades. É também a nona causa de morte por câncer no sexo masculino e a sétima no sexo feminino, envolvido em 5% das mortes por câncer.
2. Diferentes tipos de neoplasias linfóides implicam em características clínicas, morfológicas e moleculares distintas. Os linfomas de baixo grau caracterizam-se por baixo índice de proliferação celular, células de tamanho pequeno, formação de grandes massas linfonodais, envolvimento freqüente de medula óssea e de sítios extranodais. Paradoxalmente, são tumores de baixa agressividade, com sobrevida de anos mesmo sem tratamento específico. Este tipo de apresentação indolente de certos linfomas parece se dever a alterações na regulação da apoptose, com conseqüente acúmulo celular. Por outro lado, linfomas de alto grau apresentam alto índice de proliferação celular, células grandes, linfonodomegalias localizadas, porém com alta agressividade, cursando com sobrevida de semanas a meses se não tratados. Neste grupo, predominam as alterações na regulação do ciclo celular, como *bcl-6* e *c-myc*, freqüentemente em combinação com as alterações na apoptose. São considerados linfomas de alto grau o linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB), **o linfoma folicular pouco diferenciado (grau 3)**, o linfoma de células do manto, o linfoma de células T periférico, o linfoma de grandes células anaplásico e o linfoma de Burkitt. Uma fração destas neoplasias pode adquirir alterações adicionais no ciclo celular, mais freqüentemente afetando os inibidores de enzimas quinase dependentes de ciclina, como *p16INK4a*, *p21CIP1* e *p27KIP1*. A inativação destas enzimas determina alta agressividade e maior resistência ao tratamento, independente do grau histológico.
(grifo nosso)



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

3. Mais de dois terços dos pacientes se apresentam com linfadenopatia e sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento) são observados em cerca de 40%, indicando doença agressiva. Aproximadamente 20% dos pacientes têm massa mediastinal e cerca de 3% a 8% podem cursar com síndrome de veia cava superior. Doença extranodal é observada em 10% a 35% dos casos, acometendo principalmente o trato gastrintestinal. A medula óssea (MO) está infiltrada em 30% a 50% dos pacientes, mais comumente nos linfomas indolentes. O LNH pode também se apresentar como neoplasias pouco diferenciadas de sítio primário desconhecido, representando até 65% destes casos. Alguns pacientes abrem o quadro com emergências oncológicas, incluindo síndrome de lise tumoral, síndrome de compressão medular e hipercalcemia. Estas alterações podem ser fatais e devem ser prontamente reconhecidas e tratadas.
4. A investigação de alteração em linfonodo é muito comum na prática médica, já que pode representar um sinal de uma doença sistêmica como neoplasia, doença autoimune ou infecciosa. Devido à grande diversidade de diagnóstico diferencial, a anamnese e o exame físico bem detalhados são fundamentais para o raciocínio clínico e devem direcionar a investigação etiológica. Dados da história do paciente como sinais e sintomas associados, idade, duração dos sintomas, exposição e/ou antecedentes relevantes são fundamentais nesse processo. O exame físico deverá abranger as características gerais do paciente como presença ou não de hepatoesplenomegalia, por exemplo, e do linfonodo quanto à localização, tamanho, consistência, fixação e presença de dor/sinais flogísticos.
5. Doença do linfonodo pode ser definida como alteração das características do linfonodo secundária à invasão de sua estrutura por células inflamatórias ou neoplásicas. São inúmeras as etiologias associadas e, portanto, para diferenciá-las são necessários detalhados exame físico e anamnese como roteiro diagnóstico para solicitar exames complementares. A prevalência de neoplasia em pacientes com comprometimento do linfonodo parece ser baixa. A cada 100 pacientes com alteração em linfonodo, 3 serão submetidos à biópsia do mesmo e 1 indicará neoplasia
6. Destacam-se as faringites na investigação de alteração do linfonodo cervical com



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

duração geralmente menor que 2 semanas, mononucleose infecciosa com duração de 2 a 4 semanas, e tuberculose ganglionar dentre as de duração superior a 4 semanas. Mas certamente a principal causa de comprometimento agudo, comumente dolorosa, é a adenopatia reativa, achado inespecífico de infecções virais e bacterianas. Infecções bacterianas da pele correspondentes à drenagem de determinada cadeia linfonodal são causas frequentes e facilmente reconhecíveis, porém lesões escondidas em couro cabeludo ou mesmo micoses interdigitais e retroauriculares podem passar despercebidas.

- Cadeias Cervicais: A faringite estreptocócica talvez seja a mais popular causa de aumento linfonodal cervical reconhecida pelo público leigo, sendo assim queixa frequente em atendimentos médicos. O achado é de linfonodomegalia cervical, principalmente submandibular, mas também retroauricular ou suboccipital. Outras causas infecciosas da cabeça e do pescoço podem cursar com os mesmos achados, dentre elas: infecções de pele, conjuntivites, otites e infecções da boca e dentição. O acometimento das cadeias cervicais posteriores ao músculo esternocleidomastóideo e periauriculares estão mais relacionadas a mononucleose (infecção pelo vírus Epstein-Barr) e micobacteriose quando estão excluídas infecções bacterianas de pele ou da orelha. A mononucleose é responsável por 80% dos achados clínicos mono-like (febre, linfadenopatia, esplenomegalia). Já a rubéola está particularmente relacionada à alteração retroauricular, e as conjuntivites e a ceratite herpética à pré-auricular. É comum que a tuberculose ganglionar (adenite tuberculosa, escrófula) acometa apenas um sítio identificável à palpação, inclusive com achados exuberantes (principalmente na linfadenite e até fistulização), mas também é causa de linfonodomegalia sistêmica assim como a mononucleose.
7. Compõem talvez a principal fonte de medo e apreensão associados ao estigma do comprometimento linfonodal. Se avaliados inicialmente na atenção primária, 1% dos pacientes terá câncer como causa. Na anamnese, a idade é o fator mais relacionado à suspeita de câncer, pois indivíduos com mais de 40 anos apresentam risco 10 vezes maior. Ao exame físico, a cadeia supraclavicular é a única preditora independente para



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

realização de biópsia, porém toxoplasmose, sarcoidose e tuberculose podem alterar tal cadeia como principais causas não-neoplásicas. Em relação ao tamanho, linfonodos menores de 1cm² são de risco irrisório para câncer, e o risco aumenta vertiginosamente a partir de 2,25cm². O consumo de etanol e tabaco favorece grande parte das neoplasias da cabeça e pescoço, sendo aquele um importante dado na anamnese que reforça a hipótese de causa neoplásica. No caso das metástases linfonodais, os primeiros linfonodos acometidos são os responsáveis pela drenagem fisiológica da região atingida pelo tumor primário. Os linfonodos metastáticos têm marcada firmeza, má-delimitação, e intensa aderência aos planos profundos, tornando-se pouco móveis. As leucemias e linfomas estão entre as principais causas dentre as neoplasias malignas. Hepatoesplenomegalia é frequente especialmente nas leucemias, podendo na sua forma mielóide crônica ser palpado um dos maiores baços da propedêutica (como a esplenomegalia da leishmaniose visceral). As leucemias podem trazer também sangramentos, equimoses e anemia. Já os linfomas têm a linfonodomegalia como apresentação característica, tipicamente não dolorosa, algumas vezes até sem qualquer outro sintoma sistêmico. Doença localizada, principalmente cervical e supraclavicular, é mais típica da variante de Hodgkin, e o achado generalizado é mais comum na forma não-Hodgkin (mais prevalente), com graus variados de hepatoesplenomegalia.

8. **Investigação e Propedêutica Armada** A maioria dos pacientes não necessita de biópsia e menos da metade precisam de qualquer exame laboratorial. Caso o exame clínico sugerir hipótese benigna, um primeiro passo nos exames complementares pode ser feito após observação por duas a quatro semanas, sem prejuízo ao prognóstico, mesmo se doenças malignas forem constatadas posteriormente. Listaremos abaixo alguns métodos invasivos e não-invasivos auxiliares da propedêutica clássica.

Exames laboratoriais e radiológicos:

- O teste rápido para pesquisa de Streptococcus beta-hemolítico do grupo A em swab de orofaringe (RST – rapid strep test)
- exames sorológicos revelam anticorpos contra diversos agentes infecciosos com



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

manifestações clínicas semelhantes

- O teste de Mantoux (PPD) e a baciloscopia no escarro
- A pesquisa de auto-anticorpos, iniciando com os inespecíficos VDRL e FAN, até a pesquisa de anti- -Sm
- A ultrassonografia
- A radiografia de tórax
- A tomografia com contraste
- A biópsia
- A ressonância magnética

Punção e biópsia excisional:

- A Punção aspirativa com agulha fina (PAAF): Melhor método para diferenciar lesões benignas das malignas; realizar em todos os nódulos > 1 cm ou | 1 cm c/ características suspeitas à US. Usada com ou sem guia ultrassonográfico. Para o diagnóstico utilizamos o sistema Bethesda para classificação citopatológica de nódulos de tireoide: BI (Bethesda categoria I): material insatisfatório; BII (Bethesda categoria II): nódulo benigno: bócio colóide, nódulo hiperplásico, tireoidite linfocítica; BIII (Bethesda categoria III): atipia (ou lesão folicular) de significado indeterminado; BV (Bethesda categoria V): suspeito para malignidade; BVI (Bethesda categoria VI): maligno. Há grande divergência sobre a utilidade da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) dos linfonodos para o diagnóstico das mais variadas etiologias. Hoje, a biópsia excisional é o exame de escolha para adenomegalias de etiologia a esclarecer.
- É bem estabelecido que há casos em que a gravidade da doença suspeita requer alta sensibilidade do método diagnóstico, e é exatamente nos linfomas que a PAAF mostrou-se imprecisa. Na suspeita de linfoma, deve-se sempre proceder à retirada integral do linfonodo acometido para biópsia. Já nos casos de tuberculose, a



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

sensibilidade é elevada de 41 para 70% quando se é optado por biópsia excisional após tentativa com PAAF.

DO TRATAMENTO

- 1. Tratamento do linfoma folicular:** As guidelines para o tratamento do LF aplicam-se aos graus histológicos 1 e 2, enquanto os graus 3A e 3B são normalmente abordados de acordo com as orientações para o LDGC. Os LF que se apresentam de forma localizada (grau I/II) correspondem a menos de 10% do total dos LF, já que a grande maioria se apresenta com adenopatia generalizada (grau III) ou com invasão medular (grau IV) (Horner et al., 2009). Em muitos casos, o estágio que é estabelecido com base na clínica e exames imagiológicos é subestimado. É fundamental realizar uma biópsia para excluir invasão medular, o que implicaria uma abordagem totalmente diferente. Mesmo assim pode haver erros, tal como Wirth demonstrou recentemente com o recurso a PET-FDG, aumentando o estágio de cerca de 1/3 dos linfomas previamente estadiados com recurso a TAC e biópsia de medula óssea (Wirth et al., 2008).
- 2.** O tratamento de eleição para o LF localizado (estádios iniciais da doença, grau I/II) é a radioterapia, dada a notável radiosensibilidade deste tipo de tumor (McNamara C. et al., 2011, Zelenetz A. D. et al., 2011)
- 3.** A radioterapia involved field tem demonstrado excelentes resultados, com um intervalo livre de doença aos 10 anos entre 40 e 50% e sobrevivência aos 10 anos de 60-65%, representando uma possível cura numa fração dos doentes. Existe uma diminuição progressiva no risco de recidiva, sendo esta bastante rara após os 10 anos e, quando ocorre, é normalmente em gânglios não tratados e que se conseguem detetar ao exame objetivo. Em 70% dos casos corresponde igualmente a um estágio I/II, existindo invasão medular em menos de 10% das recidivas. Nos casos de recidiva, 20 a 30% demonstram evidência de transformação histológica no momento da descoberta ou pouco tempo depois. O prognóstico após recidiva depende do estágio e da



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

transformação histológica, variando a sobrevivência média entre 5,3 e 12,8 anos (Hoppe, 2011).

4. **O tratamento do LF em estádios avançados (grau III/IV)** : Em 1997 houve uma revolução no tratamento do LF com a introdução do Rituximab, um anticorpo monoclonal anti-CD20. A combinação do Rituximab e da quimioterapia resultou num grande aumento das taxas de resposta, na sobrevivência livre de doença e na sobrevivência, sendo atualmente a primeira linha, tanto no tratamento inicial, como nas recidivas (van Oers e Kersten, 2011). No entanto, no momento presente ainda não há evidência de um tratamento curativo e muitas questões permanecem por responder.
5. As orientações internacionais recomendam que o tratamento do LF em estágio avançado deverá ser efetuado apenas caso exista sintomatologia ou se verifique progressão da doença (Ardesna et al., 2003). Esta política de “wait and see” nos casos assintomáticos baseia-se em dois fortes argumentos: em primeiro lugar, ainda não existe um tratamento curativo (com a possível exceção do transplante alogénico de células estaminais, uma opção viável numa minoria de doentes com recidiva de LF); em segundo, e mais importante, está demonstrado que o tratamento imediato não oferece benefícios na sobrevivência dos doentes (Ardesna et al., 2003). Ainda assim, importa referir que os estudos que analisam as duas opções ou são anteriores à descoberta do Rituximab ou ainda não contemplam esta alternativa, pelo que são necessários estudos randomizados para avaliar a situação na atual era da imunoquimioterapia (van Oers e Kersten, 2011).
6. Indicações para tratamento de doentes com Linfoma Folicular (critérios GELF modificados).



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

Critérios GELF modificados (qualquer um dos critérios)

- Grande massa tumoral definida por um dos seguintes:
 - tumor > 7 cm
 - 3 gânglios em 3 áreas distintas, cada um > 3cm
 - esplenomegália sintomática
 - compressão de órgão
 - ascite ou derrame pleural
- Sintomas sistêmicos
- LDH ou β 2m séricas aumentadas

DO PLEITO

1. **Consulta com Oncohematologista.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 53 anos, submetida a biópsia linfonodal, sugestivo de linfoma, encaminhada pelo cirurgião geral para o serviço de Hematologia do Hospital Santa Rita.
2. No presente caso, existe um laudo informando que a paciente/Requerente é portadora de linfoma, porém não foram visualizados os exames que corroborem com o diagnóstico, apesar de às fls. 19, referir histopatológico em anexo. Entretanto, há de entender que se a patologia for linfoma, **a Autora necessita de avaliação oncohematológica para iniciar tratamento de acordo com a análise do especialista.**
3. Considerando que o laudo médico afirma que paciente/Requerente é portadora de



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

linfoma; considerando que existe uma hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa; considerando que já está com encaminhamento; este NAT conclui que **está indicada a consulta com oncohematologista, e esta deve ser priorizada**, para melhor avaliação do tratamento dentro do diagnóstico já existente.

4. **Existe no Plano de Atenção Oncológica do Estado do Espírito Santo**, homologado pela Resolução CIB/ES nº 014/2015 e publicado em dezembro de 2016, consta que a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – Eixo dos Cânceres, no território capixaba, em processo de implementação, tem com referências de cirurgias em alta complexidade em oncologia adulto, na especialidade de hematologia, os seguintes estabelecimento de saúde: **Hospital Santa Rita; Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes. (grifo nosso – hospitais em Vitória)**
5. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), mas considerando a possibilidade diagnóstica de neoplasia, e a importância do diagnóstico e tratamento precoce, deve ser agendado tal consulta com prioridade, apesar da situação atual de pandemia de Covid19.





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

REFERÊNCIAS

Araújo, Luiz Henrique de Lima; Linfoma não Hodgkin de alto grau – Revisão da Literatura; Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 175-183; disponível em:

https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_54/vo2/pdf/revisao_5_pag_175a183.pdf

Neto, Fernando M. F. Didier et al; Comprometimento dos linfonodos em adultos; Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2013; 58: 79-87; disponível em:

<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/228/240>

Martins, Cláudio Alexandre de Sousa; LINFOMA FOLICULAR - O ESTADO DA ARTE; Artigo de Revisão; FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA; MARÇO 2012; disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47686/1/Linfoma%20Folicular%20-%20O%20Estado%20da%20Arte.pdf>