



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 269/2021

Vitória, 09 de março de 2021.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública da Serra - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito deste referido Juizado, sobre o procedimento: **Transferência e Internação hospitalar para CTI (Centro de Terapia Intensiva) com suporte em hematologia.**

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente, de 72 anos de idade, encontra-se internada no Hospital Estadual Dório Silva, necessitando de leito de UTI com suporte em hematologia. A Autora é portadora de doença linfoproliferativa, provável linfoma de Hodgkin conforme biópsia de medula óssea realizada em 23/02/2021, está grave, intubada e com auxílio de ventilação mecânica. A paciente encontra-se regulada na Central de Regulação de Leitos, desde 26/02/2021, aguardando disponibilidade de leito de UTI. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 11 consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital Dório Silva, emitido em 03/03/2021 pela Dr^a Lorena Brunoro, descrevendo que a paciente encontra-se internada na UTI do Hospital Dório Silva em estado grave, intubada, respirando com auxílio de ventilação mecânica, necessitando de transferência para leito de UTI, referência em hematologia devido diagnóstico de doença linfoproliferativa, provável



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

linfoma de Hodgkin, conforme biópsia de medula óssea realizada em 23/02/2021.

3. Às fls. 12 a 15 consta o espelho da solicitação de transferência, emitida em 26/02/2021, descrevendo que já havia sido solicitado transferência para o serviço de origem, HUCAM (hematologia). Descrevendo que foi internada devido febre de origem obscura. É portadora de diabetes, hipertensão, tem doença refluxo gastro intestinal, com diagnóstico principal de sepse de foco pulmonar. Diagnóstico inicial de doença proliferativa, provável linfoma de Hodgkin. Plaquetopenia.

II - ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. O conceito de **seps**se abrange as situações nas quais se estabelece síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS, do inglês systemic inflammatory response syndrome) desencadeada por infecção suspeita ou confirmada.
2. O diagnóstico é sugerido pelos achados clínicos e laboratoriais inespecíficos e confirmado, posteriormente, pelo isolamento do agente etiológico (utilizando-se culturas de diferentes materiais biológicos)

Variáveis	Características
Generais	Temperatura: febre (temperatura > 38,3 °C) ou hipotermia (temperatura < 36,0 °C) Frequência cardíaca > 90 bpm ou > 2 DP acima do valor normal para a idade Frequência respiratória: taquipnéia Alteração do sensorio Edema importante ou BH positivo (> 20ml/kg/24 horas) Hiperglicemia (excluída a possibilidade de diabetes <i>mellitus</i>): glicemia > 120mg/dl
Inflamatórias	Leucometria: leucocitose (LT > 12.000 células/mm ³) ou leucopenia (LT < 4.000 células/mm ³) ou LT normal mas com mais de 10% de formas imaturas Proteína C reativa plasmática > 2 DP acima do valor normal Procalcitonina plasmática > 2 DP acima do valor normal
Hemodinâmicas	Pressão arterial: hipotensão – PAs < 90mmHg, PAm < 70mmHg ou redução da PAS > 40mmHg em adolescentes; ou PAs/PAm < 2 DP abaixo do normal para a idade Saturação de oxigênio venoso misto: > 70%** Índice cardíaco > 3,5 litros/min**
Perfusão tecidual	Lactato sérico: hiperlactatemia (> 2,5mmol/l) Enchimento capilar reduzido
Disfunção orgânica	Gasometria arterial: hipoxemia (PaO ₂ / FiO ₂ < 300) Função renal: oligúria aguda (diurese < 0,5ml/kg/h) e creatinina sérica > 0,5mg/dl Coagulação sangüínea: INR > 1,5 ou TTP > 60s ou plaquetopenia (< 100.000/mm ³) TGI: íleo paralítico (ausência de ruídos hidroaéreos) Bilirrubinas: hiperbilirrubinemia (BT > 4mg/dl)

Fonte: Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, Cohen J, Opal SM, Vincent JL, Ramsay G; SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003;31(4):1250-6.

BH - balanço hídrico; BPM - batimentos por minuto; BT - bilirrubina total; DP - desvio-padrão; FiO₂ - fração inspirada de oxigênio; INR - *international normalized ratio*; LT - leucometria total; PAm - pressão arterial média; PAO₂ - pressão parcial de oxigênio no sangue arterial; PAS - pressão arterial sistólica; TGI - trato gastrointestinal; TTP - tempo de tromboplastina parcial. * Para caracterização da seps, é necessária a presença de um destes critérios em associação a infecção documentada ou suspeitada. ** Parâmetros não válidos para crianças.

3. As **Pneumonias** são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. A Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades especiais de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 horas da admissão à unidade assistencial.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. O diagnóstico baseia-se na presença de sintomas de doença aguda do trato respiratório inferior (tosse e um ou mais dos seguintes sintomas: expectoração, falta de ar e dor torácica), achados focais no exame físico do tórax e manifestações sistêmicas (confusão, cefaleia, sudorese, calafrios, mialgias e temperatura superior a 37,8°C), os quais são corroborados pela presença de uma opacidade pulmonar nova detectada por radiografia do tórax.
5. Em relação aos critérios de indicação de tratamento em UTI estão a presença de dois critérios menores ou de um critério maior, ilustrados abaixo:
 - Maiores: Choque séptico com necessidade de uso de droga vasoativa (DVA); Insuficiência Respiratória com necessidade de ventilação mecânica (VM).
 - Menores: Hipotensão arterial, medidas da pressão arterial parcial de O₂/ fluxo de oxigênio inspirado (FiO₂) PaO₂/FiO₂ < 250, Infiltrados multilobulares.
6. **O Linfoma de Hodgkin** é um câncer raro que acomete de crianças a idosos, sendo que o tipo clássico (CD30+) corresponde a 95% dos casos. O linfoma de Hodgkin tem baixa prevalência, correspondendo a aproximadamente 1% de todas as neoplasias e ocorre ligeiramente mais em homens do que em mulheres.
7. A Organização Mundial da Saúde divide os linfomas de Hodgkin em dois tipos: clássico e predominante nodular linfocitário. Esse último se difere do linfoma de Hodgkin clássico por apresentar escassez de células de Reed-Sternberg habituais e presença de células “pipoca”, variantes das primeiras. No tipo clássico, que representa mais de 90% dos casos, as células de Reed-Sternberg apresentam receptores CD15 e CD30 em suas membranas, i.e., são CD15 e CD30 positivas; e não apresentam receptor CD45. Os linfomas de tipo predominante nodular linfocitário são CD15 e CD30 negativos e CD45 positivos. O tipo clássico é dividido em quatro subtipos com características e prognósticos diferentes: Esclerose Nodular, Celularidade Mista, Predomínio linfocitário e Depleção linfocitária.
8. **Comumente, pacientes com subtipo de depleção linfocitária e de celularidade mista tem pior prognóstico que pacientes com subtipo**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

esclerose nodular, e pacientes com subtipo de predomínio linfocitário tem o melhor prognóstico.

9. Para admissão em UTI: São listadas como precedências para admissão, segundo o CFM:
- Pacientes que necessitam de tratamento que não podem ser oferecidos fora da UTI (instáveis; suporte ventilatório; drogas vasoativas);
 - Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata;
 - Complicações reversíveis em pacientes com doença de base (criticamente doentes, com possibilidade reduzida de sobrevida).
 - Pacientes fora de possibilidade terapêutica, ou que tenham estado geral muito bom para se beneficiar da UTI;
 - Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento das **pneumonias** se baseia no uso de antibióticos associados a cuidados gerais. Será feito ambulatorialmente ou em nível hospitalar dependendo de cada caso.
2. O tratamento clássico da **Doença de Hodgkin**, em geral, consiste de poliquimioterapia, com ou sem radioterapia. Dependendo do estágio da doença no momento do diagnóstico, pode-se estimar o prognóstico do paciente com o tratamento. Mais de 80% dos pacientes diagnosticados em estádios iniciais e mais de 65% dos pacientes diagnosticados em estádios avançados alcançam longas remissões



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

com o tratamento de primeira linha com quimioterapia associada ou não a radioterapia.

3. Entretanto, cerca de 10% a 15% dos pacientes em estádios precoces, e 20% a 35% daqueles em estádios avançados, progridem após o tratamento de primeira linha, necessitando de tratamento adicional, que consiste de quimioterapia em alta dose (de resgate ou salvamento), seguida por transplante autólogo de células-tronco, quando não há contraindicação para esse procedimento (SANTOS et al., 2008). Essa segunda linha de tratamento induz remissão em longo prazo para aproximadamente 50% dos pacientes.
4. Os principais tratamentos de primeira linha recomendados pelo protocolo da NCCN para o Linfoma de Hodgkin clássico são:

Estadiamentos I e II:

5. Esquemas de quimioterapia como o ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vimblastina e 10 dacarbazina), sendo este o principal esquema de tratamento;
6. Stanford V (doxorrubicina, vimblastina, mecloretamina, etoposido, vincristina, bleomicina e prednisona);
7. BEACOPP (bleomicina, etoposido, doxorrubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazina e prednisona), AVD (doxorrubicina, vimblastina e dacarbazina), também a radioterapia, e combinações destes.

Estadiamento III e IV:

8. Esquemas de quimioterapia ABVD;
9. Stanford V;
10. BEACOPP com ou sem radioterapia, ou o brentuximabe vedotina em associação com o esquema AVD.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

DO PLEITO

- 1. Transferência e Internação hospitalar para CTI (Centro de Terapia Intensiva), com suporte hematológico.**

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 72 anos de idade, que se encontra internada no Hospital Estadual Dório Silva, necessitando de leito para tratamento de câncer. A Autora é portadora de doença linfoproliferativa, provável linfoma de Hodgkin conforme biópsia de medula óssea realizada em 23/02/2021, está grave, intubada e com auxílio de ventilação mecânica. A paciente encontra-se regulada na Central de Regulação de Leitos, desde 26/02/2021, aguardando disponibilidade de leito de UTI. Já é acompanhada pela hematologia do HUCAM
2. Considerando a gravidade do quadro da Requerente, estando inclusive com ventilação mecânica; considerando ser portadora de doença neoplásica hematológica; considerando ter idade avançada; este NAT entende que a Requerente/paciente necessita de um suporte hematológico para melhor tratamento conjunto, pois a sepse de foco pulmonar com linfoma de Hodgkin se torna doença grave, que poderá ser fatal se não tratada adequadamente.
3. Caso o Hospital Dr. Dório Silva não tenha o suporte hematológico necessário ao caso em tela, a transferência para leito de UTI em unidade hospitalar que seja contratualizada para tratamento das neoplasias hematológicas está indicada.
4. Alguns hospitais de referência com UTI da Grande Vitória e que fazem tratamento oncológico: Hospital Santa Rita, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, HUCAM, Hospital Evangélico de Vila Velha.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

5. Vale lembrar que a Requerente só pode ser transferida se seu quadro clínico atual permitir, sem impor riscos maiores de complicação.



REFERÊNCIAS

Resolução do CFM define critérios de admissão de pacientes em UTIs; Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/resolucao-do-cfm-define-criterios-de-admissao-de-pacientes-em-utis/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA: Linfoma Não-Hodgkin. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457