



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 301/2021

Vitória, 12 de março de 2021.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[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 Dr. Rubens José da Cruz, sobre o procedimento: **Translado e Internação hospitalar para Hematologia.**

I-RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o Requerente, de 46 anos é portador de tumor retroperitoneal, com diagnóstico de neoplasia maligna de diferenciação não determinada, denominado linfoma de alto grau. Refere que o Requerente pesava 130 quilos e em 2 meses perdeu 40 quilos, não consegue mais andar e encontra-se depressivo. O Requerente tem o tumor entre as vértebras L1 e L5, causando parestesias e dores dilacerantes. Desde dezembro de 2020 iniciou a procura por atendimento médico pois não conseguia se alimentar, em fevereiro de 2021 fez a biópsia que constatou ser um câncer agressivo. Informa que seus pais muito preocupados com a evolução da sua doença, levaram o mesmo para Linhares-ES e tentaram internação no Hospital Rio Doce sem sucesso. Em 25 de fevereiro de 2021 o Requerente foi levado ao hospital novamente, pois estava com muita dor e não conseguia urinar. Foi informando que o mesmo precisava de tratamento especializado e foi solicitado vaga para internação, mas pediu que o mesmo esperasse em casa. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 11 consta pedido de solicitação de regulação de internação, em papel timbrado do Hospital Rio Doce, emitido em 25/02/2020 pela Dr. Bruno Vidigal, CRM ilegível



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

descrevendo que o Requerente de 46 anos, apresenta massa retroperitoneal vista à RNM causando compressão medular acometendo L1 a L5 cuja biópsia revelou linfoma de alto grau. Aguarda estudo imunohistoquímico desde 11/02/2021; solicitando internação em serviço de referência em hematologia, informando que o paciente está estável, com sonda vesical de demora e solicita enfermaria.

3. Às fls. 12 consta laudo ambulatorial individualizado (BPAI) pedindo Hematologia – Hipótese diagnóstica – Linfoma de Alto Grau, descrevendo que o Requerente de 46 anos, apresenta massa retroperitoneal vista à RNM causando compressão medular acometendo L1 a L5 e causando parestesia e bexigoma, emitido em 25/02/2020 pela Dr. Bruno Vidigal, CRM ilegível.
4. Às fls. 18 encontramos resultado de exame histopatológico do Requerente em papel timbrado do LAPAES – Laboratório de Patologia do Espírito Santo recebido em 03/02/2021 – com a seguinte informações – material tumor de retroperitônio com a conclusão de Neoplasia Maligna de Diferenciação não determinada e que do ponto de vista morfológico levam a possibilidade de neoplasia hemato-linfoide especialmente Linfoma de Alto Grau, sendo solicitado que aguardasse o exame imuno-histoquímico. Assinado eletronicamente por Dr. Hamilton de Andrade Fernandes CRM-ES 15671.
5. Às fls. 23 à 25 encontramos espelho de solicitação de internação datado de 26/02/2021, informando a situação do Requerente e solicitando transferência para hospital com suporte de tratamento onco hematológico específico.

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



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

complexidade do sistema.

2. 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.**
3. 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:
 - 3.1 – 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.
 - 3.2 – 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.
 - 3.3 – 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.
4. 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.



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

5. 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”.
6. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos têm 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.
7. 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.
8. **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.



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

DA PATOLOGIA

1. **Linfomas** são transformações neoplásicas de células linfoides normais que residem predominantemente em tecidos linfoides. 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 linfoides 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 frequente 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*, frequentemente 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. **(grifo nosso)**. Uma fração destas neoplasias pode adquirir alterações adicionais no ciclo celular, mais frequentemente 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.



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 hipercalemia. Estas alterações podem ser fatais e devem ser prontamente reconhecidas e tratadas.
4. **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.
5. 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.
6. Comumente, pacientes com subtipo de depleção linfocitária e de celularidade mista tem pior prognóstico que pacientes com subtipo esclerose nodular, e pacientes com subtipo de predomínio linfocitário tem o melhor prognóstico.



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

DO TRATAMENTO

1. 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 com o tratamento de primeira linha com quimioterapia associada ou não a radioterapia.
2. 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.
3. Os principais tratamentos de primeira linha recomendados pelo protocolo da NCCN para o Linfoma de Hodgkin clássico são:

Estadiamentos I e II:

Esquemas de quimioterapia como o ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vimblastina e 10 dacarbazina), sendo este o principal esquema de tratamento;

Stanford V (doxorrubicina, vimblastina, mecloretamina, etoposido, vincristina, bleomicina e prednisona);

BEACOPP (bleomicina, etoposido, doxorrubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazona e prednisona), AVD (doxorrubicina, vimblastina e dacarbazina), também a radioterapia, e combinações destes.

Estadiamento III e IV:



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

Esquemas de quimioterapia ABVD;

Stanford V;

BEACOPP com ou sem radioterapia, ou o brentuximabe vedotina em associação com o esquema AVD.

DO PLEITO

- 1. Translado e Internação Hospitalar em unidade com suporte onco-hematológico.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 46 anos de idade, com um tumor de retroperitônio que foi operado e aguarda resultado de exame imuno-histoquímico para definição de patologia de provável etiologia onco hemato-linfoide – **linfoma de alto grau**. Já com tentativas de ser internado no SUS, porém sem sucesso. Encontra-se regulado e aguarda leito hospitalar em domicílio.
2. O Espírito Santo conta com um estabelecimento de saúde habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e sete estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon):
 - Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – instituição pública estadual, vinculada a instituição de ensino, classificada como Unacon, único serviço de pediatria oncológica no estado.
 - Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) - instituição filantrópica conveniada ao SUS, classificada como Cacon;
 - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) – instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como Unacon;



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

- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam) – instituição pública federal, vinculada à Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), classificada como Unacon;
 - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) – instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como Unacon, vinculada a instituição de ensino (Emescam);
 - Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV) – instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como Unacon, vinculada a instituição de ensino (Univix);
 - Hospital Maternidade São José (HMSJ) – instituição filantrópica, vinculada ao SUS, classificada como Unacon;
 - Hospital Rio Doce – instituição filantrópica, vinculada ao SUS, classificada como Unacon.**
11. **UNACON** são Unidades hospitalares que possuem 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. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica. Enquanto **CACON** são Unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física.
12. Considerando que o Requerente é jovem e necessita de ser avaliado por uma equipe multidisciplinar especializada; considerando ser portador de doença neoplásica hematológica, aguardando o resultado da imuno-histoquímica; **este NAT entende que o Requerente necessita de transferência para leito hospitalar com suporte onco hematológico para melhor tratamento. Como já está em acompanhamento no Hospital Rio Doce que é um UNACON, o estabelecimento hospitalar deve, caso não realize o tratamento que o**



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

Requerente necessita deverá referenciar para outro hospital de referência em oncologia que trate pacientes portadores de Linfoma.

13. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), mas em se tratando de patologia onco hematológica, acreditamos que a internação deva ser priorizada.
14. Quanto ao transporte, caso seja necessário, é de responsabilidade do Município providenciar caso esteja em domicílio, ou do estabelecimento hospitalar, caso esteja internado.

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/v02/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-%20Estado%20da%20Arte.pdf>