



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT N° 112/2019

Vitória, 21 de janeiro de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa a atender 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: **Transferência imediata para hospital com referência em onco-hematologia.**

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente está internado no Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves com diagnóstico de Síndrome Mielodisplásica, com plaquetopenia e necessidade de transfusão de hemoconcentrado. Após a avaliação com hematologista foi constatado a necessidade de transferência para serviço de referência para tratamento quimioterápico. Diante do exposto, recorre a via judicial para conseguir sua transferência.
2. As fls. 10 consta o laudo do mielograma do paciente [REDACTED] de 60 anos de idade, emitido em 17/12/2018, sendo constatado medula óssea com celularidade diminuída por provável hemodiluição, com maturação megaloblastoide na série eritroide, sendo sugerido avaliar a dosagem de vitamina b12 e ácido fólico e considerar o diagnóstico de mielodisplasia após afastadas outras causas de anemia macrocítica.
3. Às fls. 11 consta o Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA-I, com o encaminhamento para consulta com onco-hematologista para o paciente [REDACTED].



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

██████████ devido a pancitopenia grave, dependente de transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas, com resultado de hemoglobina de 5,9 mg/dl, leucócitos de 1.500/mm<sup>3</sup> e plaquetas de 3.000/mm<sup>3</sup>.

4. Às fls. 12 consta o laudo médico preenchido pelo Dr. Alexandre Luiz Bittencourt no dia 18/01/2019, em papel timbrado do Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves, informando que o paciente ██████████ está internado com quadro compatível de Síndrome Mielodisplásica, apresentando plaquetopenia severa com necessidade de transfusão de hemoconcentrado. Apresenta mielograma realizado em 17/12/2018 evidenciando medula óssea com celularidade diminuída por provável hemodiluição, com maturação megaloblastoide na série eritroide, sendo sugerido considerar o diagnóstico de mielodisplasia após afastadas outras causas de anemia macrocítica. Foi avaliado pelo hematologista que descreveu que há hipótese diagnóstica de síndrome mielodisplásica, com displasia megacariocítica, com mielograma evidenciando menos de 5% de blastos, ausência de bastões de Auer, de risco intermediário e orientado cadastrar o paciente na lista de transplante de medula e transferir paciente para serviço de referência para início de tratamento quimioterápico. Foi ressaltado no laudo que o paciente apresenta risco de sangramento e necessita de transferência para Hospital com suporte onco-hematológico.
5. Às fls. 14 a 27 consta o Prontuário Eletrônico do paciente ██████████, sendo informado que o mesmo foi internado no Hospital devido a quadro de fraqueza e, após realizações de exames foi constatado pancitopenia e alterações em mielograma sugestivas de síndrome mielodisplásica. Informado que o paciente é portador de hipertensão arterial sistêmica, vitiligo e diabetes mellitus. Foi avaliado pelo hematologista que descreveu que há hipótese diagnóstica de síndrome mielodisplásica com displasia megacariocítica, com mielograma evidenciando menos de 5% de blastos e ausência de bastões de Auer, de risco intermediário e orientado cadastrar o paciente na lista de transplante de medula e transferir paciente para serviço de referência para início de tratamento quimioterápico.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

### **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 condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
3. 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.
4. **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



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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.

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.

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.

## **DA PATOLOGIA**

1. As **síndromes mielodisplásicas (SMD)** representam um grupo heterogêneo de doenças com ampla variação de manifestações clínicas e patológicas, que têm em comum um defeito clonal nas células progenitoras hematopoéticas (stem cells). Clinicamente, caracterizam-se por citopenia de uma ou mais linhagens hematopoéticas.
2. Os sintomas, quando presentes, relacionam-se à insuficiência das linhagens afetadas e, eventualmente, à transformação leucêmica, que ocorre em cerca de um terço dos casos. Diferente das síndromes mieloproliferativas crônicas, nas SMD não se observam, em geral, organomegalias (hepato ou esplenomegalia).



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

3. A maioria dos casos em adultos é primária, com anomalias citogenéticas em 40%-60% dos casos. Uma minoria é secundária, relacionada à exposição a agentes tóxicos, como quimioterápicos e radiação ionizante. As SMD secundárias geralmente são mais agressivas, mais frequentemente relacionadas a anomalias citogenéticas complexas (80%) e podem ser de dois tipos: • tipo clássico: início tardio, em geral depois de sete anos após exposição a agentes alquilantes, frequentemente do tipo anemia refratária com excesso de blastos (AREB) e citogenética com alterações complexas envolvendo o cromossomo. • tipo rapidamente progressivo: histórico de exposição principalmente a inibidores da topoisomerase, com frequente expressão da proteína p53 e frequentemente com translocações do 11q23 e 21q22.
4. A evolução para leucemia mieloide aguda (LMA) pode ser muito rápida. Em pacientes pediátricos, as SMD podem ser secundárias a anomalias hematológicas congênitas, como a anemia de Fanconi, neutropenia congênita severa, síndrome de Shwachman-Diamond, anemia de Diamond-Blackfan.
5. O diagnóstico se baseia em dados clínicos, morfológicos (aspirado e biópsia medular) e citogenéticos, além da exclusão de outras doenças.
6. A classificação Franco-Americana-Britânica (FAB), baseia-se nas alterações morfológicas observadas na SMD, considerando significativa displasia em pelo menos duas linhagens hemopoéticas (no sangue ou na medula óssea), presença ou ausência de sideroblastos em anel, número de blastos no sangue e na medula e presença de bastonetes de Auer. Deste modo, os pacientes são classificados em cinco subgrupos: anemia Refratária (AR), anemia refratária com sideroblastos em anel (ARSA), anemia refratária com excesso de blastos (AREB), leucemia mielomonocítica crônica (LMMC), anemia refratária com excesso de blastos em transformação (AREB-T). A classificação FAB permite delinear grupos de baixo risco (AR e ARSA), risco intermediário (AREB) e alto risco (AREB-T) com rápida transformação para LMA.
7. A classificação da Organização Mundial da Saúde, publicada em 2001, associa a imunofenotipagem e a genética aos parâmetros clínicos, morfológicos e citotóxicos



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

utilizados na classificação FAB. A diminuição do número de blastos para LMA de 30% para 20% foi a maior alteração, desaparecendo, assim, a categoria AREB-T. Nesta classificação, a AREB foi dividida em dois grupos: AREB-1, com blastos 5% - 9% na medula, e AREB-2, com blastos entre 10%- 19%. Nos casos com menos de 5% de blastos pacientes com displasia apenas na linhagem eritroblástica e os com displasia multilineagem, devem ser distinguidos devido ao impacto comprovado no prognóstico.

## **DO TRATAMENTO**

1. Para os pacientes de baixo risco (IPSS: risco baixo e intermediário-1) que são assintomáticos e não dependem de transfusão, podemos apenas nos restringir à observação e ao tratamento de suporte. O sucesso desse tratamento traduz-se na melhoria da qualidade de vida desses pacientes com poucos riscos de complicações. As opções de tratamento específico incluem: a lenalidomida (uma droga imunomoduladora) para pacientes com del (5q); agentes estimuladores da eritropoetina (*erythropoetin stimulating agent - ESA*) como a epoetina alfa ou dabepoetina para pacientes com baixo nível sérico de eritropoetina (500mU/ml ou menos) e baixa necessidade transfusional, que pode ser usada isolada ou em associação ao fator estimulador de colônia de granulócitos (G-CSF); terapia imunossupressiva como globulina antitimócitos, com ou sem ciclosporina para pacientes com altos níveis de eritropoetina e MO hipocelular, idade inferior a 60 anos, tipo HLA DR15 ou a presença de hemoglobinúria paroxística noturna. Alternativamente azacitidina ou decitabina podem ser considerados. O transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH) não é recomendado em pacientes de baixo risco de doença, mesmo se forem jovens, pois o risco antecipado da mortalidade precoce associada ao transplante não se sobrepõe ao potencial benefício da sobrevida obtida pelo tratamento, em relação à sobrevida esperada sem ele.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

2. O suporte transfusional, com hemácias ou plaquetas, assim como o uso apropriado de antibióticos é frequentemente necessário. A anemia pode requerer inúmeras transfusões, que levam à sobrecarga de ferro. Devido ao alto custo e aos efeitos colaterais, a terapia com quelantes do ferro (deferroxamina, deferasirox) ainda é controversa. Está indicada quando o valor de ferritina sérica for igual ou maior do que 2500ng/ml (embora alguns considerem o valor maior ou igual a 1000ng/ml), quando houver transfusão de 2 Unidades de concentrado por mês em um ano, ou na iminência da realização de transplante.
3. Para pacientes com alto risco de doença (risco alto e intermediário-2), que possuam doadores de medula óssea (MO) e que tenham idade e condição clínica satisfatória, o TCTH permanece sendo a única opção curativa a ser considerada.

### **DO PLEITO**

1. **Transferência imediata para hospital com referência em onco-hematologia.**

### **III – CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados o paciente [REDACTED] está internado com quadro compatível de Síndrome Mielodisplásica, já avaliado pelo hematologista que analisou o mielograma, tendo classificado paciente como de risco intermediário e orientado cadastrar o paciente na lista de transplante de medula e transferir paciente para serviço de referência para início de tratamento quimioterápico. Foi ressaltado no laudo que o paciente apresenta risco de sangramento e necessita de transferência para Hospital com suporte onco-hematológico.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

2. Diante do exposto, este NAT entende que o paciente necessita de ser transferido para Hospital com suporte onco-hematológico para início do tratamento quimioterápico e suporte clínico, com prioridade, visto que, caso o paciente seja classificado como risco intermediário-2, é necessário iniciar tratamento que visa suprimir o clone leucêmico, aumentando assim a sua expectativa de vida. Para esses pacientes, o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, único tratamento curativo para a síndrome mielodisplásica, pode representar a melhor opção, algumas vezes precedido por quimioterapia, que foi proposto pelo hematologista assistente do hospital em que o paciente se encontra.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**REFERÊNCIA**

MAIOLI M. C. P. ET AL, SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS (SMD), disponível em:  
[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=289](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=289)

Vecina A. F. C. Et al, SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS: ASPECTOS CLÍNICO-LABORATORIAIS E CLASSIFICAÇÃO PROGNÓSTICA, disponível em:  
[file:///D:/SW\\_Users/PJES/Pictures/Downloads/12984-38069-1-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/SW_Users/PJES/Pictures/Downloads/12984-38069-1-PB%20(2).pdf)





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---