



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1252/2019

Vitória, 09 de agosto de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 3º Juizado Especial Criminal da Fazenda Pública de Vitória – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Brunella Faustini Baglioli, sobre o fornecimento de: **“TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO para continuar tratamento oncológico após cirurgia de radioablação”**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente foi diagnosticada com câncer nos rins em 2016 e desde então começou seu tratamento fazendo alguns exames ainda no Estado do Espírito Santo, até o momento em que foi encaminhada para o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) em 16/08/2017, período em que deu continuidade de seu tratamento em São Paulo, local onde foram solicitados e realizados alguns exames, como urna nova Ressonância Magnética em 13/12/2017 e em seguida foi feita uma tomografia em 15/02/2018, para que assim estivesse em condições para a cirurgia de radioablação, que ocorreu em 05/03/2018. Após a realização da cirurgia a Requerente continuou no ICESP até o dia 07/03/2018, momento em que posteriormente retornou para o Espírito Santo, porém se comprometendo a retornar ao Hospital em São Paulo em meses. Contudo, quando voltou ao Espírito Santo começou a ter extremas dificuldades em conseguir retornar à São Paulo para prosseguir com o tratamento oncológico pós-cirúrgico. Devido a isso a autora procurou o CRE visando obter sua



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

inserção no Programa de Tratamento Fora de Domicílio administrativamente, todavia, não obteve sucesso, pois alegavam a "falta de um código" que a permitiria continuar o tratamento em São Paulo. Diante do exposto, recorre a via judicial.

2. Às fls. 15 a 17 consta o Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio, preenchido pelo Dr. Bernardo Pacheco, informando que a paciente [REDACTED] apresenta Tumor renal, atualmente assintomática, sendo solicitado seguimento após ablação por radiofrequência realizado no ICESP.
3. Às fls. 27 consta o Relatório Médico, em papel timbrado do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), informando que a paciente [REDACTED] realiza tratamento nesta instituição, tendo comparecido no dia 24/09/2018 para consulta no setor de radiologia Intervencionista e necessitará retornar em 6 meses (provavelmente a cada 6 meses até completar dois anos de tratamento) e realizar acompanhamento neste instituto.
4. Às fls. 28 consta o Laudo da Tomografia Computadorizada e o relatório oncológico, emitido em março de 2018, tendo como achados de maior relevância oncológica a formação cística complexa em rim esquerdo, medindo 3,2 x 2,7 cm nos maiores eixos axiais, caracterizada por apresentar conteúdo levemente hiperprotéico, classificada como Bosniak III.
5. Às fls. 32 anos consta o Resumo de Alta da paciente [REDACTED], emitido em 07/03/2018, descrevendo que foi realizada radioablação renal a esquerda, motivo da internação, estando a paciente sem apresentar sintomatologia importante após o procedimento.
6. Às fls. 33 consta o Relatório Médico, emitido em 11/04/2018, descrevendo que a paciente [REDACTED] é portadora de Doença Cística não especificada, apresentando Cisto Bosniak III em rim esquerdo e esteve internada no ICESP de 04/03/2018 a 07/03/2018 para realização de radioablação, tendo realizado RFA de nódulo renal a esquerda em 05/03/2018.



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.

DA PATOLOGIA

1. Cistos renais simples (com paredes finais e regulares e conteúdo líquido) são considerados benignos, não sendo necessário nenhum seguimento ou exame complementar para afastar neoplasia. São frequentemente observados em rins normais, podem ser solitários ou múltiplos e bilaterais. São as massas renais mais



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

comuns. São mais frequentes em homens, e em pessoas com mais de 50 anos.

2. Existem três principais critérios para caracterizar um cisto renal simples em ultrassonografia:
 - massa anecóica, arredondada e bem demarcada;
 - paredes lisas e finas;
 - reforço posterior, indicando boa transmissão através do cisto;
3. Essas características, quando presentes, permitem que o cisto seja diferenciado de um carcinoma ou abscesso. Qualquer outra lesão cística que não preencha os critérios ultrassonográficos de cisto simples deve ser estudada por outros métodos de imagem mais específicos, preferencialmente a tomografia computadorizada (TC).
4. Os seguintes critérios são altamente sugestivos de lesão neoplásica: Paredes espessas e irregulares; Septo espesso ou com realce no interior da massa; Realce da massa após a injeção de contraste; Massa multilocular.
5. Geralmente os cistos simples não produzem sintomas, sendo raramente necessário tratamento para dor ou infecção.
6. O sistema de classificação de Bosniak foi criado para ajudar a diagnosticar e gerenciar as massas renais císticas, com base em características morfológicas vistas na tomografia computadorizada:
 - I - Sem contraste Densidade de água (0 a 20 UH), margens finas, nítida separação para parênquima renal, parede lisa e fina, homogêneos.
 - II - Uma ou algumas finas septações, calcificações pequenas e finas; cistos hiperdensos de até 3,0 cm (60 a 70 UH).
 - II F - Lesões mais complexas que não se enquadram na categoria II ou III. Múltiplos septos. Parede ou septo contém calcificações, nodulares ou irregulares. Cistos hiperdensos: maiores que 3,0 cm ou somente com um quarto (25%) de suas paredes visíveis (exofítico).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- III - Lesão cística com parede espessa, irregularidade de septo e parede e/ou conteúdo não homogêneo; calcificações grosseiras e irregulares, com realce mensurável.
 - IV - Lesões com todos os achados da classe III, acrescidos de componente sólido, de partes moles, independentemente do achado da parede ou septos.
7. Uma das principais preocupações em pacientes com cistos renais é saber se eles podem ter doença policística renal hereditária, mais especificamente Doença Policística Renal Autossômica Dominante (DPRAD), a forma mais comum de doença renal hereditária. Para isso, a informação principal é questionar a presença de história familiar (parente de primeiro grau com doença policística renal). Em pacientes com história familiar positiva, as alterações ecográficas sugestivas de DPRAD (Doença Policística Renal Autossômica Dominante) são:
- entre 15 e 39 anos: três ou mais cistos uni ou bilaterais;
 - entre 40 e 59 anos: dois ou mais cistos em cada rim;
 - com idade igual ou superior a 60 anos: quatro ou mais cistos em cada rim.
8. Em pacientes sem história familiar de DPRAD, o diagnóstico é sugerido na presença de 10 ou mais cistos em cada rim, especialmente se presença de cistos extra-renais. Pacientes com suspeita de Doença Policística Renal devem ser encaminhados para um serviço de nefrologia para avaliação.

DO TRATAMENTO

1. O objetivo do tratamento é preservar a função renal, controlar a pressão arterial e minimizar os riscos de ruptura dos cistos por traumas. Para dor provocada pelos cistos, faz-se tratamento conservador com analgésicos (paracetamol) ou anti-inflamatório não esteroide (se função renal preservada), por três a cinco dias. Se a dor é persistente mesmo com o tratamento farmacológico, pode-se encaminhar o paciente para serviço de urologista para avaliar opção de procedimento cirúrgico.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Cistos infectados geralmente são refratários ao tratamento com antibióticos, já que alguns destes não penetram no interior do cisto. Em situações em que a terapia por via oral não apresenta efeito é necessário tratamento parenteral intra-hospitalar. Em casos reservados pode-se realizar a punção aspirativa do cisto e em casos extremos a nefrectomia pode ser considerada.
3. O tratamento da hipertensão pode ser feito com medicamento inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) associado a diuréticos. Nefrectomia pode ser necessária em pacientes com cistos grandes acima de 35 cm, infecções recorrentes, hipertensão incontrolável e suspeita de malignidade.
4. O manejo dos cistos renais de acordo com a classificação de Bosniak é:
 - Cisto I e II: Nenhuma avaliação complementar é necessária, ou mesmo necessidade de repetir o exame de imagem. Se não for possível diferenciar entre II e IIF, considerar seguimento como cisto IIF.
 - Cisto IIF: Apesar de ser considerado benigno, esta lesão deve ser monitorada e sua estabilidade documentada. É indicado o encaminhamento para serviço de urologia para acompanhamento. O seguimento com Tomografia computadorizada (TC) é uma maneira efetiva de manejar estes cistos, já que, se a lesão permanecer estável, é altamente sugestivo de doença benigna, ao passo que qualquer alteração indica um processo neoplásico. Sugere-se repetir o exame em seis meses e, se não houver mudança, uma vez ao ano.
 - Cisto III: Em caso de dúvida, se a lesão for IIF ou III, realizar ressonância magnética (RNM). Em caso de incerteza, pode-se ainda realizar RMN seriada em 3, 6 e 12 meses. Nos casos enquadrados como categoria III está indicado o encaminhamento para urologia para remoção cirúrgica.
 - Cisto IV: Devido à alta taxa de malignidade 90%-100%, está indicada a remoção cirúrgica.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

5. Técnicas de ablação dos tumores renais localizados visam a destruição do mesmo tecido renal que seria excisado durante nefrectomia parcial (NP) convencional ou laparoscópica. Crioblação e ablação por radiofrequência são as principais alternativas minimamente invasivas. Uma metanálise, publicada pela American Urological Association (AUA), revelou taxa mais alta de recorrências locais e decréscimo nas chances de sobrevida com terapias ablativas em comparação com NP, sugerindo que essas terapias sejam indicadas seletivamente e esses achados sejam considerados. Efetividade oncológica e complicações induzidas por esses procedimentos ainda precisam ser melhores avaliadas. Salvamento cirúrgico com cirurgia parcial ou laparoscópica pode ser difícil por causa de fibrose reativa extensa. Candidatos ideais para procedimentos ablativos termais são pacientes com lesões renais pequenas e detectadas incidentalmente, com idade avançada ou com comorbidades significativas, que prefiram abordagem ativa e aceitem a necessidade de acompanhamento radiológico a longo prazo e não sejam considerados bons candidatos para cirurgia convencional. Incluem-se também pacientes com recorrência local após cirurgia preservadora de néfrons prévia e pacientes com câncer renal hereditário, que tenham lesões multifocais para as quais NPs múltiplas sejam difíceis, se não impossíveis. Biópsia tumoral deve ser realizada sempre antes do tratamento para definir a histologia e deve ser considerada após tratamento, particularmente se houver suspeita de recorrência.
6. A nefrectomia parcial (NP) é o tratamento padrão nos casos de lesões pequenas (<4cm) e periféricas, nas quais a chance de multifocalidade é reduzida, e nos cistos complexos (Bosniak III e IV), devendo ser indicada mesmo quando o rim contralateral for normal, sempre que se obtiver uma margem cirúrgica mínima de segurança. Há também uma tendência de se considerar a realização de NP em lesões de até 7 cm em casos selecionados. São várias as motivações para realização desse procedimento: melhor diagnóstico de lesões sólidas pequenas e de cistos complexos; melhores condições de planejamento pré-operatório possibilitadas pelos métodos de imagem; conhecimento sobre a anatomia vascular do rim e sobre as técnicas de prevenção de isquemia transoperatória; excelentes taxas de sobrevida, comparáveis às séries de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

nefrectomia radical tradicional (80 a 95% em cinco anos); baixas taxas de complicações (7 a 11%); e excelente controle local (recorrência local em menos de 5% dos casos). Além disso, 15 a 20% das lesões menores que 4 cm foram benignas nas séries contemporâneas e até 28% das menores que 3,5 cm são benignas.

DO PLEITO

1. **“TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO para continuar tratamento oncológico após cirurgia de radioablação”.**

III – CONCLUSÃO:

1. De acordo com os documentos anexados, a paciente [REDACTED] é portadora de Doença renal policística não especificada, com diagnóstico de cisto complexo de classificação Bosniak III em 2016, tendo iniciado seu tratamento no Espírito Santo e encaminhada para São Paulo em 2017, para o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), onde foi realizado o tratamento com ablação por radiofrequência. Após este procedimento minimamente invasivo, a paciente foi orientada em consulta ambulatorial do dia 24/09/2018 no ICESP que necessita retornar provavelmente a cada 6 meses para acompanhamento até completar dois anos de tratamento.
2. **Este Núcleo entende que as consultas de reavaliação/seguimento, assim como a realização de exames de imagem de controle, são importantes para a continuidade do tratamento da paciente e deve ser agendada em tempo a ser determinado pelo especialista, não devendo ultrapassar em grande proporção este período.** Quanto à manutenção de seu tratamento ser realizada somente em São Paulo, local em que fez a radioablação, o NAT entende que **cabe a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) informar se esse tipo de**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

manutenção é disponibilizada por algum prestador no Estado ou se é necessário acionar o Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

3. Por fim, este NAT conclui que caso não haja a possibilidade deste tratamento pelo SUS no Espírito Santo (conforme documentos formais da Regulação Estadual), é de responsabilidade da SESA ordenar ao setor TFD que acione efetivamente o tratamento em São Paulo (no ICESP), ou, em última instância, licitar para tratamento em entidade privada, e que a próxima consulta de retorno seja disponibilizada com brevidade, visto que se trata de doença renal complexa.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Cistos e doença policística renal, disponível em:
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/resumo_cistos_e_doe_nca_policistica_renal_TSRS.pdf

Urologia Fundamental – capítulo 15, Câncer de Rim, disponível em:
http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1331413614Urologia_cap15.pdf