



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 744/2019

Vitória, 27 de maio de 2019

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 1ª Vara de Santa Maria de Jetibá – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Marcelo Soares Gomes, sobre o procedimento: **Tireoidectomia total**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente é portadora de bócio multinodular de tireoide, sendo encaminhada em 17/04/2016 para tratamento cirúrgico (tireoidectomia total), porém, até hoje, não obteve o procedimento solicitado. Sem condições financeiras para arcar com os custos da cirurgia, recorre à via judicial.
2. Às fls. 14 consta a Guia de Referência e Contra-Referência do SUS, emitida no dia 17/04/2016, encaminhando a paciente [REDACTED] para o cirurgião geral, sendo justificado que a mesma tem 43 anos é portadora de bócio multinodular, evidenciado em ultrassonografia, sendo solicitado tratamento com tireoidectomia total.
3. Às fls. 15 consta o Encaminhamento para o Cirurgião de cabeça e pescoço, emitido no dia 12/09/2016, pelo Dr. George A. O. Traichel, sendo informado que a Requerente [REDACTED] apresenta bócio multinodular.
4. Às fls. 17 consta o Laudo da Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

05/09/2016, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta Bócio Multinodular (com fluxo intraparenquimatoso aumentado ao doppler), de dimensões: em lobo direito com volume de 61,52 cm³, em lobo esquerdo com volume de 44,39 cm³, em istmo 0,3 cm³ e com o volume total de 108,91 cm³.

5. Às fls. 18 consta o Laudo Citopatológico, emitido no dia 25/01/2017, sendo concluído que a paciente [REDACTED] apresenta quadro citológico consistente com tireoidite auto-imune; Bethesda categoria II.
6. Às fls. 49 consta o resultado dos exames laboratoriais do dia 20/12/2018, evidenciando TSH= 2,15, T4 livre de 0,93, Anti-TPO superior a 1.000,00, Anticorpos Anti-Tireoglobulina de 32,62 e FSH de 116,04.
7. Às fls. 65 consta o Espelho do SISREG III, com a solicitação de consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, emitida no dia 09/04/2018, sendo justificado que a paciente consultou no Hospital Santa Rita que a encaminhou para o HUCAM, com nódulos tireoidianos com crescimento progressivo, necessitando de tireoidectomia total. Esta solicitação foi atualizada no dia 10/12/2018 no Sistema, sendo informado que a paciente, com 45 anos de idade, tem antecedentes de hipotireoidismo, com bócio visível e palpável, com dificuldade para engolir, cefaléia, dor no ouvido, dificuldade de ouvir, entre outros.
8. Às fls. 80 consta o Espelho do SISREG III, com a solicitação de consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, emitida no dia 08/03/2018, sendo justificado que a paciente [REDACTED] está em pre-operatório para tireoidectomia.
9. Às fls. 97 a 104 consta a Nota Técnica nº 56/2019, elaborada pela Dra. Valeska Fundão Schmitz Giuberti (SESA), em resposta a solicitação de realização de cirurgia de tireoidectomia para a paciente [REDACTED], sendo concluído que, diante dos fatos apresentados, a paciente ainda está passando pelo processo de avaliação e consulta com médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço, não possuindo ainda a indicação de cirurgia efetuada pelo médico cirurgião de cabeça e pescoço do SUS. A solicitação de agendamento de consulta com médico cirurgião de cabeça e pescoço apresentada em 27/03/2019 foi cancelada, devendo a paciente procurar a



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Unidade de Saúde mais próxima de seu domicílio munida de seus documentos pessoais e dos encanhamentos efetuados para a especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço para que este seja novamente solicitado e adequadamente agendado, para que somente após a referida avaliação pelo especialista seja ou não indicada a cirurgia com seu devido agendamento seguindo a ordem estipulada, de acordo com a gravidade, prioridade e disponibilidade do serviço em que a cirurgia será efetuada.

10. Às fls. 44 consta o Laudo da Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia 19/02/2019, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta Bócio Multinodular, de dimensões: em lobo direito com volume de 56 cm³, em lobo esquerdo com volume de 70 cm³, em istmo 16 cm³ e com o volume total de 142 cm³.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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. **Bócio nodular:** bócio é o termo que designa aumento de volume da glândula tireoide. Os bócios são considerados atóxicos ou simples, quando não há hiperfunção da glândula. Podem ser endêmicos, se houver carência de iodo na alimentação, ou esporádicos, na ausência deste fator. Os bócios podem ser classificados pela sua forma como difuso, uninodular ou multinodular. Pode ocorrer bócio difuso atóxico, fisiologicamente, durante a gestação ou na puberdade, quando há uma grande alteração hormonal em todo o organismo. São considerados mergulhantes quando uma parte desta tireoide tóxica doente se insinua até o mediastino superior e não consegue palpar o seu limite inferior na altura da fúrcula esternal.
2. O **bócio multinodular** é mais frequente em mulheres e se correlaciona de modo inverso com o aporte de iodo da população, com prevalência acima de 30% em regiões com insuficiência de iodo. Hipertireoidismo clínico ou subclínico ocorrem em cerca de 25% desses casos.
3. A maioria das pessoas com bócio multinodular é assintomática ou tem desconforto estético. Podem apresentar compressão intratorácica e sintomas como dispneia, tosse, rouquidão ou disfagia. Situações clínicas como paralisia de nervo frênico, síndrome de Horner e síndrome de veia cava superior são extremamente raras. Dor e sintomas compressivos agudos geralmente são devido à degeneração cística ou hemorragia intranodular. O risco de malignidade é semelhante ao dos nódulos únicos de tireoide. Deve-se avaliar também função tireoidiana com TSH e sintomas compressivos (raros em bócios menores de 30-40 ml). Se o TSH estiver suprimido, deve-se realizar investigação adicional para hipertireoidismo com T4-livre ou T4 total, T3 e cintilografia de tireoide. No bócio intratorácico, deve-se solicitar TC sem contraste ou ressonância magnética da região cervical e torácica para avaliar indicação cirúrgica. Se



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

isso não for possível, pode-se solicitar raio-x da região ou na presença de sintomas compressivos, encaminhar para o endocrinologista.

4. São três os objetivos ao se fazer o diagnóstico do bócio: avaliar se a natureza da lesão é benigna ou maligna; avaliar se a tireoide é hipo, hiper ou normofuncionante; avaliar se a presença do bócio provoca compressão da via aérea, digestiva ou estruturas vasculares, como a artéria carótida e os vasos da base. Para que esses objetivos sejam atingidos, são avaliados os aspectos epidemiológicos, anamnese, exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem. Havendo suspeita de malignidade, emprega-se a punção biópsia por agulha fina.
5. A Classificação TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) é ultrassonográfica, numa tentativa de se identificar o potencial de malignidade de nodulação tireoideanas.
 - 1: Negativo - Tireoide normal
 - 2: Benigno - Características benignas
 - 3: Provavelmente benigno - sem características suspeitas
 - 4A: Pouca suspeita - uma característica suspeita
 - 4B: Suspeita intermediária - duas características suspeitas
 - 4C: Suspeita moderada - três ou quatro características suspeitas
 - 5: Alta suspeita - cinco características suspeitas
 - 6: Malignidade comprovada

DO TRATAMENTO

1. O tratamento dos bócios atóxicos é a tireoidectomia, que pode ser classificada conforme a sua extensão em nodulectomia, istmectomia, lobectomia parcial, lobectomia total com istmo, tireoidectomia subtotal bilateral e tireoidectomia total. Sempre que possível, deve se realizar tireoidectomia parcial, com intuito de manter a função fisiológica da glândula, levando em conta o risco de recidiva do bócio, principalmente nos casos de bócio multinodular com tireoidite associada. Quando há



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

hipotireoidismo prévio, a tireoidectomia total é mais facilmente indicada. A operação deve ser realizada preferencialmente com anestesia geral, e o paciente deve ser observado por um período de 12 a 48 horas, onde complicações mais graves, como hemorragia e hematoma, lesão do nervo laríngeo recorrente e hipoparatiroidismo, são identificadas.

2. A cirurgia é o tratamento de escolha nos bócio com suspeita de neoplasia, com sintomas compressivos importantes ou extensão intratorácica. Pode-se utilizar iodo radioativo em pacientes não candidatos à cirurgia, o qual está associado à redução do volume tireoidiano em 40-60% em 1-2 anos, havendo melhor resultado nos 3 primeiros meses após o procedimento.

DO PLEITO

1. **Tireoidectomia total:** procedimento regularmente ofertado pelo SUS, inscrito sob código nº 04.02.01.004-3, considerado de média complexidade.
2. Esta cirurgia deve ser realizada preferencialmente por especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, trata-se de uma paciente de 46 anos de idade, com diagnóstico de bócio multinodular, com volume total de 142 cm³, evidenciada em ultrassonografia de fevereiro de 2019 (com aumento de volume comparada ao exame realizado em 2016), apresentando quadro de disfagia (dificuldade de engolir) e outros sintomas, podendo caracterizar sintomas compressivos. Sabe-se que, de acordo com a literatura atual, a cirurgia (tireoidectomia) é o tratamento de escolha nos bócio com suspeita de neoplasia, com sintomas compressivos importantes ou extensão intratorácica.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Diante do exposto, este NAT considera indicada a cirurgia (tireoidectomia) para o caso, porém é importante a consulta prévia com a cirurgia de cabeça e pescoço que realizará o procedimento, pois cabe ao mesmo determinar a extensão da retirada glandular e a avaliação pré-operatória.
3. O procedimento é classificado como eletivo, porém deve ser considerado o tempo decorrido de 03 anos desde a solicitação, feita em 2016, e os sintomas relatados, devendo este caso ser tratado com prioridade.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

RegulaSUS, Nódulo e Bócio de tireóide; Bócio Multinodular, disponível em: https://www.ufrgs.br/tsrs/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_nodulo_e_bocio_de_tireoide_TSRS_20160324.pdf

Arap SS, et al. Bócio Atóxico: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2005. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/03-Bocioat.pdf