



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1093/2020**

Vitória, 21 de setembro de 2020

Processo nº [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal de Cariacica - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **Cirurgia de cabeça e pescoço com urgência.**

**I - RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, de 62 anos de idade, é portadora de Hipertireoidismo (Doença de Graves) é bócio multinodular tóxico e mergulhante, com indicação de cirurgia de cabeça e pescoço desde 2006, sendo que até o momento não foi realizada. Tem indicação médica de cirurgia de cabeça e pescoço com urgência. Por esse motivo recorre à via judicial.
2. Às fls. 10 consta encaminhamento do Requerente ao ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço urgente, feito pela endocrinologista Dra. Carmen Dolores G. Brandão, em papel timbrado da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, datado de 05/11/2015, por apresentar bócio multinodular tóxico e bócio mergulhante, estando em uso de tapazol.
3. Às fls.11 outro encaminhamento do paciente, realizado pela Dra. Cíntia Nascimento, endocrinologista, em papel timbrado da MED Centro Médico, datado de 28/08/2020, ao cirurgião de cabeça e pescoço, informando que o Requerente é portador de Doença de Graves há 12 anos sem melhora com o uso de Tapazol e apresentou à USG tireoide com dimensões aumentadas estendendo-se para o mediastino. Informa que também é portador de Diabetes Mellitus.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

4. Às fls. 12 se encontra Laudo Médico incompleto, também sem assinatura e sem data, em papel timbrado do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, informando que o Requerente apresentava hipertireoidismo descompensado e que foi orientado a tomar a dose correta da medicação prescrita.
5. Às fls. 13 solicitação de agendamento com cirurgião de cabeça e pescoço realizado por endocrinologista do HUCAM em 09/ 07/2015, pelos motivos já descritos anteriormente.
6. Às fls. 14 consta outro Laudo médico incompleto, também sem assinatura e sem data, em papel timbrado do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes
7. Às fls. 15 laudo médico em papel timbrado do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, emitido em 09/09/2008 informando o hipertireoidismo, o bócio multinodular tóxico e acompanhamento ambulatorial da doença. Carimbo ilegível.
8. Às fls. 17 solicitação de consulta com cirurgia geral datada de 31/10/2019.
9. As fls. 18 a 25 e 32 resultado de exames laboratoriais realizados em 21/07/2020 e 17/08/2020, respectivamente, que confirmam o hipertireoidismo (TSH menor que 0,01; T4: 4,64; T3: 8,48)).
10. Às fls. 26 a 29 se encontra laudo e imagens de ultrassonografia de tireoide, demonstrando aumento da glândula tireoide, achados benignos, categoria II – TIRADS, em 24/06/2016.
11. Às fls. 30 e 31, cintilografia da tireoide datada de 21 de agosto de 2020 com conclusão de “achado cintilográfico sugestivo de bócio nodular tóxico à direita”.
12. Às fls 45 se encontra avaliação pré-operatória, datada de 28/03/2017, liberando o Requerente para a cirurgia proposta, tireoidectomia, em papel timbrado do HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes).



## **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. **A Doença de Graves** constitui a forma a forma mais comum de hipertireoidismo (60%-80%), afetando principalmente as mulheres (5-10:1) entre 40-60 anos. A maioria dos estudos relata taxas de incidência de 0,5/1000 indivíduos/ano e o risco calculado de mulheres e homens desenvolverem hipertireoidismo em alguma fase de suas vidas é de 5% e 1% respectivamente.
2. O hipertireoidismo da Doença de Graves é caracterizado imunologicamente por



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

infiltração linfocitária da glândula tireóide e por ativação do sistema imune com elevação dos linfócitos T circulantes, aparecimento de autoanticorpos que se ligam ao receptor do TSH (TRAb) e que estimulam o crescimento e a função glandular. Do ponto de vista clínico, o hipertireoidismo da Doença de Graves caracteriza-se por aumento difuso e hiperatividade da glândula tireóide, associada ou não a oftalmopatia infiltrativa e, mais raramente, ao mixedema localizado. A tireotoxicose é responsável por efeitos deletérios em múltiplos sistemas, principalmente o cardiovascular e o ósseo. Os hormônios tireoidianos têm ação cardioestimuladora, provocando aumento da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica (1/3 dos casos) e da massa e contração ventricular esquerda. O excesso de hormônios tireoidianos pode levar ao desenvolvimento de complicações graves como insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia e arritmias, principalmente fibrilação atrial (10-30%). Também está associado ao aumento da reabsorção óssea, elevação da excreção de cálcio e fósforo na urina e fezes, com conseqüente diminuição na densidade mineral óssea e risco de fraturas em mulheres idosas. Franklyn e cols., em recente estudo populacional, observaram que pacientes com hipertireoidismo apresentaram aumento do risco de mortalidade por doença cerebrovascular, cardiovascular e fraturas do fêmur. Esses achados são similares aos encontrados em estudos prévios que evidenciaram aumento da mortalidade em pacientes hipertireoidianos.

3. **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 tópica doente se insinua até o mediastino superior e não consegue palpar o seu limite inferior na altura da fúrcula esternal.
4. O **bócio multinodular** é mais frequente em mulheres e se correlaciona de modo



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

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.

5. 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 isso não for possível, pode-se solicitar raio-x da região ou na presença de sintomas compressivos, encaminhar para o endocrinologista.
6. 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.
7. 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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

- 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. Três abordagens terapêuticas são atualmente utilizadas no tratamento do hipertireoidismo da Doença de Graves: drogas antitireoidianas (DAT), cirurgia e iodo radioativo (<sup>131</sup>I). Nenhuma delas é considerada ideal, visto que não atuam diretamente na etiologia / patogênese da doença. O tratamento de primeira escolha tem variado nos diferentes países
2. Vários fatores podem influenciar na seleção do tratamento do hipertireoidismo da Doença de Graves, como idade do paciente, tamanho da tireóide, gravidade do hipertireoidismo, preferência do paciente e do médico, recursos disponíveis e prática médica local. As drogas antitireoidianas disponíveis (propiltiouracil, metimazol) pertencem à classe das tionamidas e têm sido utilizadas no tratamento da doença de Graves há mais de 50 anos. Na decisão terapêutica do uso de DAT como tratamento de primeira escolha, devem ser considerados fatores relacionados com maior probabilidade de remissão da doença. Estudos prévios demonstraram que 40% a 50% dos pacientes tratados com DAT apresentaram remissão da doença (eutireoidismo bioquímico após 1 ano de suspensão da medicação). A grande desvantagem do uso das DAT se relaciona com a possibilidade de efeitos colaterais em até 7% dos pacientes, alguns potencialmente fatais, como a hepatite tóxica ou agranulocitose. Além disso, a aderência dos pacientes ao uso das drogas antitireoidianas é baixa e a taxa de abandono (40-68%) reduz a efetividade do tratamento. O iodo radioativo foi empregado pela primeira vez em 1941 no Massachusetts General Hospital, quando Hertz e Roberts trataram pacientes com hipertireoidismo. Esta forma de tratamento já vem sendo utilizada há aproximadamente 60 anos sendo considerada de fácil



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

administração, efeito rápido e de baixo custo. O tratamento com  $^{131}\text{I}$  produz uma tireoidite intensa secundária à radiação, seguida por progressiva fibrose intersticial e atrofia glandular, resultando em destruição da capacidade de síntese da glândula tireóide. Além disso, o tratamento com iodo radioativo pode induzir a alterações de resposta imune aos antígenos tireoidianos, descritas como inicial e tardia. Inicialmente, ocorre morte das células tireoidianas e liberação de antígenos na circulação, associada com elevação das imunoglobulinas e na imunoreatividade celular contra o receptor do TSH. Posteriormente, pode ocorrer ablação de todo o tecido tireoidiano e a consequente ausência de antígenos tireoidianos levaria à redução da autoimunidade. O tratamento cirúrgico atualmente tem indicações limitadas nos pacientes com doença de Graves, sendo considerado quase que um tratamento de exceção. Embora associado a maior probabilidade de eutireoidismo em longo prazo, apresenta como principal desvantagem o risco de complicações cirúrgicas, diretamente relacionadas com a experiência do cirurgião que realiza o procedimento. Várias complicações têm sido descritas, incluindo lesão dos nervos laríngeos ou das glândulas paratireoides. Pode ocorrer também hipotireoidismo, persistência ou recorrência do hipertireoidismo, além dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos como infecções, sangramento e lesões de vasos cervicais e de traqueia e até mesmo risco de morte. Essa modalidade de tratamento é preferida por apenas 1,3% dos profissionais membros da SLAT.

3. O tratamento cirúrgico deve ser indicado em crianças e gestantes alérgicas às medicações antitireoidianas ou que não apresentam aderência ao tratamento, pacientes com bócios volumosos ou que desejam tratamento definitivo e recusam o tratamento com radioiodo.
4. 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,



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

principalmente nos casos de bócio multinodular com tireoidite associada. Quando há 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.

5. A cirurgia é o tratamento de escolha nos bócios 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. **Cirurgia que cabeça e pescoço urgente que é a 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 paciente de 62 anos de idade, portador de Doença de Graves com hipertireoidismo não controlado com o uso de medicamentos e bócio tóxico volumoso e mergulhante com indicação de tratamento cirúrgico há alguns anos.
2. Considerando que o Requerente não vem apresentando controle do hipertireoidismo com o uso dos medicamentos mencionados nos documentos enviados ao NAT; considerando que o excesso de hormônios tireoidianos, que ocorre no





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

hipertireoidismo, pode levar ao desenvolvimento de complicações graves como insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia e arritmias, principalmente fibrilação atrial; considerando que o Requerente apresenta também Diabetes Mellitus que associado ao hipertireoidismo pode contribuir mais ainda para o surgimento de complicações cardíacas; considerando que possui um bócio volumoso se estendendo até o mediastino; **este NAT conclui que a melhor terapêutica para o Requerente, no momento, é a cirurgia.**

- 3. 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 (total ou não) e a avaliação pré-operatória. Nesta consulta o Requerente deve entregar a este médico todos os exames realizados. Como o paciente já vem sendo acompanhado no HUCAM e inclusive já estava sendo preparado para a cirurgia, estende-se que o ideal é que o procedimento seja agendado nesse estabelecimento. Não consta informação do motivo do HUCAM não ter agendado a cirurgia neste lapso temporal de 03 anos.**
4. O procedimento é classificado como eletivo, porém deve ser considerado o tempo decorrido e os sintomas informados, bem como as possíveis complicações, devendo este caso ser tratado com prioridade.

### **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](https://www.ufrgs.br/tsrs/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_nodulo_e_bocio_de_tireoide_TSRS_20160324.pdf)



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

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](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/03-Bocioat.pdf)

ANDRADE, V.A; GROSS, J.L.; MAIA, A.L. Tratamento do Hipertireoidismo da Doença de Graves. Arq Bras Endocrinol Metab vol.45 no.6 São Paulo Dec. 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302001000600014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000600014)