



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1003/2020

Vitória, 18 de agosto de 2020

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Cariacica - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fernando Augusto de Mendonça Rosa, sobre o procedimento: **Consulta com cirurgia cabeça e pescoço - tireoidectomia.**

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente de 37 anos, é portadora de bócio multinodular não tóxico, já tendo se submetido a duas cirurgias na tireoide, gerando sequelas, acarretando danos motores. De acordo ainda com a Inicial o médico assistente preencheu o formulário declarando que a doença tem como consequência a compressão traqueal com sensação de sufocamento e falta de ar importante, sendo necessário tratamento cirúrgico com urgência. Ressalta ainda que desde 09/07/2019 a autora espera a consulta com médico de cabeça e pescoço para definitivamente se submeter a cirurgia. Foi requerido pela Defensoria Pública informações ao poder público sobre previsão para realizar o procedimento e obtido como resposta que não há previsão para o agendamento (fls.13). Pelo exposto recorre a via judicial para obter o pleito.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

2. Às fls. 08 consta pendência da solicitação para agendamento, com a informação de que requerimento de consulta com cirurgia de cabeça e pescoço oncológica e que existe pendência na solicitação que precisa ser ajustada, sendo orientada a procurar a Unidade de Saúde mais próxima para correção da pendência.
3. Às fls. 09 consta Formulário para Pedido Judicial em Saúde, emitido em 15/10/2019 pelo Dr. Mário Sérgio Zen, endocrinologista, descrevendo como doença bócio multinodular atóxico, CID 10: E04.2, suas características, e que provoca compressão traqueal com sensação de sufocamento e falta de ar importante, necessitando de cirurgia com urgência.
4. Às fls. 10 consta guia de referência do HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, encaminhando para cirurgia de cabeça e pescoço, descrevendo paciente com história de bócio multinodular atóxico, submetida à lobectomia esquerda em 2013, seguida por lobectomia direita em 2017, cujos resultados histopatológicos foram compatíveis com benignidade. Porém, apresentando LE com componente mergulhante, muito volumoso, em US de tireoide de agosto/2018. Tendo como resultados de exames: Lobectomia Esquerda (??)Julho/2013 - Histopatológico: Bócio coloide nodular adenomatoide, de padrão macrofolicular, com focos de degeneração cística. Lobectomia Direita Março/2017 - Histopatológico: Hiperplasia Folicular Nodular (Bócio coloide). TC Pescoço Setembro/2016: massa heterogenia com focos de necrose com pouca vascularização e mergulhante para o tórax. US de Tireoide 29/08/2019: Lobectomia total D/Lobo E com remanescente cirúrgico de aspecto multinodular, não sendo possível determinar seu limite inferior.
5. Às fls. sem número consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital São Lucas, emitida em 21/09/2016 pela Dr. Ana Maria Bodevan Vinand Paulo, Neurologia, CRM ES 2193, descrevendo que a paciente esteve internada no serviço em 21/09/2016 com quadro súbito de afasia e perda de forças seguida de vômito e alteração do nível de



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

consciência. História de tireoidectomia 3 anos antes da internação. US de tireoide apresentando nódulo hipoeoico em terço médio sem calcificações. Descreve massa heterogênea com áreas de necrose com pouca vascularização e mergulhante para o tórax. TC pescoço tireoide contendo a esquerda, nódulo com cerca de 6X6 cm deslocando a traqueia e o esôfago para a direita. RM crânio 04/10/2016 com áreas mal definidas não captante, de contraste em lobos frontais e região nucleocapsulare. RM de crânio 21/10/2016 melhora radiológica, sendo iniciado levotiroxina 100 mg com melhora clínica. Recebeu alta em 29/10/2016, com indicação para ser acompanhada pelo endocrinologista, estando no aguardo cirurgia de cabeça e pescoço.

6. Às fls. 11 consta laudo de ultrassonografia da glândula tireoide, emitido em 29/08/2018, evidenciando lobectomia total direita; lobo esquerdo remanescente cirúrgico de aspecto multinodular, não sendo possível determinar com precisão seu limite inferior.
7. Às fls. não numeradas consta laudo tomografia computadorizada do pescoço, emitida em 19/07/2019, evidenciando lobo tireoideano esquerdo aumentado de volume se insinuando para o mediastino superior medindo cerca de 6.0 x 4.4 cm em seus maiores eixos axiais, deslocando a traqueia para a direita e determinando importante redução de sua luz.
8. Às fls. 12 consta exames histopatológico, emitido em 22/03/2017, evidenciando hiperplasia folicular nodular (bócio coloide) e lobo de tireoide pesando 5 g, medindo 3,0 x 2,0 x 1,5 cm. Aos cortes, nódulos gelatinosos, bem delimitados, medindo o maior 0,7 cm.
9. Às fls. não numeradas se encontra e-mail da Sesa para a Defensoria Pública do ES, datado de 10 de 10 de dezembro de 2019, informando que à época existiam 44 usuários na fila aguardando esse procedimento e que são liberados 4 por mês e que em relação à Requerente foi solicitado em 09/07/2019 detalhamento do quadro clínico e que até a emissão desse e-mail a Unidade de Saúde não havia respondido, apesar da cobrança



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

pelo ente estadual. Informa que a solicitação do procedimento só seria regulada após receber a resposta da UBS.

10. Às fls. não numeradas consta espelho do SISREG, com solicitação no dia 02/07/2019, para consulta com cirurgião cabeça e pescoço oncológico, e devolvido em 09/07/2019, solicitando detalhar a lesão suspeita de neoplasia maligna.

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.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

DA PATOLOGIA

1. **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, uni nodular 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 da tireoide tópica doente se insinua até o mediastino superior e não consegue palpar o seu limite inferior na altura da fúrcula esternal.
2. 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.
3. 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.
4. 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 devidos à degeneração cística ou hemorragia



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

- 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 bólios 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 bólio 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.
5. São três os objetivos ao se fazer o diagnóstico do bólio: avaliar se a natureza da lesão é benigna ou maligna; avaliar se a tireoide é hipo, hiper ou normofuncionante; avaliar se a presença do bólio 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.
 6. 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
 - 4^a: 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
 7. A Punção aspirativa com agulha fina (PAAF): Melhor método para diferenciar lesões benignas das malignas; realizar em todos os nódulos > 1 cm ou \square 1 cm c/ características



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

suspeitas à US. Usada com ou sem guia ultrassonográfico. Para o diagnóstico utilizamos o sistema Bethesda para classificação citopatológica de nódulos de tireoide: BI (Bethesda categoria I): material insatisfatório; BII (Bethesda categoria II): nódulo benigno: bócio coloide, nódulo hiperplásico, tireoidite linfocítica; BIII (Bethesda categoria III): atipia (ou lesão folicular) de significado indeterminado; BV (Bethesda categoria V): suspeito para malignidade; BVI (Bethesda categoria VI): maligno.

8. Aproximadamente 0,5% a 1% na população geral têm nódulos tireoidianos palpáveis, apresentando grande número de tireoidopatias, especialmente aquelas relacionadas à carência de iodo, tais como bócio coloide, sendo este a doença nodular mais frequente.
9. Observa-se um número significativo de bócio coloide concomitante com tireoidite linfocítica 75 (47,4%), assim como com o carcinoma folicular 16 (10,5%), o carcinoma papilar e o carcinoma com células de Hürthle 8 (5,3%). Os resultados obtidos condizem com a literatura em relação às prevalências encontradas nos resultados do exame anatomopatológico.
10. Autores japoneses publicaram, recentemente, algo muito interessante. Descreveram uma variante histológica do bócio adenomatoso na qual, possivelmente, ocorrem alterações na síntese de tireoglobulina. Dividiram, retrospectivamente, os pacientes portadores de bócio em dois grupos: (A) bócio multinodular comum e (B) Variante do bócio multinodular adenomatoso. Verificou-se que a proporção do tipo A (bócio comum) é 1 indivíduo masculino para 23 mulheres e no tipo B é 6 para 18. A história familiar da variante (B) é extremamente mais frequente. A tireoglobulina enquanto é bastante elevada no bócio multinodular comum (A), apresenta-se relativamente baixa na variante (B). Os indivíduos do grupo (B) são bem mais jovens que os pacientes do grupo (A). Histologicamente, existem diferenças entre o bócio comum (A) e a variante (B): o bócio multinodular comum apresenta folículos de vários tamanhos, os quais são ricos em coloide com a presença de quantidade variável de fibrose. Na variante (B) praticamente não há coloide.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

DO TRATAMENTO

1. O tratamento dos bóciós 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.
2. 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.
3. Quando há hipotireoidismo prévio, a tireoidectomia total é mais facilmente indicada. A operação deve ser realizada preferencialmente com anestesia geral, e o doente 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.

DO PLEITO

1. **Consulta com médico cirurgião cabeça e pescoço para posterior tireoidectomia.**
2. Tanto a consulta com cirurgião de cabeça e pescoço quanto a tireoidectomia são procedimentos padronizados pelo SUS. A Tireoidectomia é um Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.02.01.003-5 (parcial) ou 04.02.01.004-3 (total), sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

III – CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente de 37 anos, apresenta bócio multinodular atóxico, que



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

apresenta à tomografia computadorizada do pescoço, emitida em 19/07/2019, lobo tireoideano esquerdo aumentado de volume se insinuando para o mediastino superior medindo cerca de 6.0 x 4.4 cm em seus maiores eixos axiais, deslocando a traqueia para a direita e determinando importante redução de sua luz, o que tem lhe provocado falta de ar, sendo indicado cirurgia com cirurgião cabeça e pescoço para solucionar o problema.

2. Ao consultarmos o portal do SUS (<https://portalsus.es.gov.br/>) na presente data verificamos o procedimento pleiteado cadastrado no sistema, porém com pendências na sua solicitação. Segue abaixo a pendência encontrada:

Cartão SUS: [REDACTED]

Solicitação N°: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]

Nome da mãe: [REDACTED]

Data de nascimento: 23/09/1982

Solicitação

Procedimento: CONSULTA EM CIRURGIA DA CABECA E PESCOCO

ONCOLOGIA

Data da solicitação: 02/07/2019

A sua solicitação apresenta alguma pendência e necessita ser ajustada. A orientação é ir até a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência para solicitar a correção da pendência existente.

3. Considerando que a Requerente com história de bócio multinodular atóxico, submetida à lobectomia esquerda em 2013, seguida por lobectomia direita em 2017 e que na tomografia computadorizada do pescoço, realizada em 19/07/2019, apresenta **lobo tireoideano esquerdo aumentado de volume se insinuando para o mediastino superior medindo cerca de 6.0 x 4.4 cm em seus maiores eixos**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

axiais, deslocando a traqueia para a direita e determinando importante redução de sua luz; considerando que a Requerente está referindo falta de ar e sensação de sufocamento; este Núcleo entende que a consulta com cirurgião de cabeça e pescoço bem como o procedimento cirúrgico que o especialista indicar, os quais são padronizados pelo SUS, estão indicados para o caso em tela. Entende-se que existe prioridade no agendamento da consulta tendo em vista o quadro clínico apresentado pela paciente em consequência a compressão de estruturas anatômicas, sendo que tal consulta deve ser disponibilizada preferencialmente em estabelecimento de saúde que realiza o procedimento cirúrgico, visto que já existe indicação de cirurgia pelo médico assistente, evitando, caso haja confirmação da indicação cirúrgica do especialista, deslocamento desnecessário da Requerente. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar a consulta/cirurgia, em prazo que respeite o princípio da razoabilidade.

4. No entanto, vale destacar que a solicitação inicial foi de consulta com cirurgia de cabeça e pescoço oncológica, isto é, para paciente com suspeita de malignidade o que não é o caso em tela. Por esse motivo a Central de Regulação devolveu para que a Unidade de Saúde justificasse o porquê da solicitação de consulta em oncologia já que pela descrição dos exames de imagem e do laudo médico se trata de patologia benigna.
5. Assim, este NAT concorda com a setor de regulação de que se faz necessário a correção da UBS da solicitação e a partir daí inserir o requerimento correto no SISREG. Porém, tudo isso deve ser feito com brevidade visto que o equívoco não foi de responsabilidade da paciente, não devendo ser penalizado por isso.
6. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), mas considerando o tempo decorrido desde a solicitação, há que considerar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**". (grifo nosso)

7. Este Núcleo se coloca à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.



REFERÊNCIAS

Pinheiro, P. Nódulo na Tireoide: Sintomas, Causas e Risco de Câncer- 08 de junho de 2016.
Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2010/10/nodulo-de-tireoide.html>

Protocolo de nódulo tireoidiana. Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/setores/endocrinologia/wp-content/uploads/sites/23/2015/01/PROTOCOLO-DE-N%C3%93DULO-TIREOIDIANO-NO-ADULTO-07-de-agosto2.pdf>

Roberti, Alexandre et al; Concomitância de bócio coloide com outras doenças tireoidianas: coincidência ou influência de fatores ambientais e individuais?; Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2010 set-out;8(5):378-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/002.pdf>



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico