



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº1664 /2019

Vitória, 14 de outubro de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas da 2º Vara da Comarca de Mimoso do Sul – ES, requeridas pelo (a) Magistrado (a) desta Vara, sobre o procedimento: **consulta com endocrinologista.**

I - RELATÓRIO

1. De acordo com os Fatos relatados na Inicial, a Requerente possui hipertireoidismo e vem tentando agendar consulta com médico endocrinologista desde 08/07/2019. Procurou a Superintendência regional de Saúde da Região Sul e foi informada que não estava regulada para atendimento com endocrinologista, entretanto a mesma foi encaminhada pelo médico do SUS para o atendimento com endocrinologista, sendo assim o Ministério Público oficiou a Secretaria Municipal de Saúde. Esta então justificou que o pedido de consulta foi feito, porém a SESA não possui profissional na especialidade requerida. Portanto, apesar de buscar pelo tratamento junto ao SUS, **não obteve êxito, e por isso recorre à via judicial.**
2. Às fls. 08 há Guia de Referência e Contra-Referência preenchida pela Dra. Marta Lima Fernandes, CRM-ES:4288, encaminhando à endocrinologista devido a



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- hipertireoidismo em acompanhamento com endocrinologista e uso de Tapazol 10mg/dia.
3. Às fls 11 encontra-se ofício do Ministério Público do Estado do Espírito Santo à Superintendência regional de Saúde da Região Sul do estado, do dia 18/06/2019 solicitando informação sobre as razões do não atendimento ao pleito de consulta com endocrinologista e quais medidas estão sendo adotadas para sanar o problema.
 4. Às fls 16 encontra-se ofício da superintendência regional de saúde de Cachoeiro de Itapemirim do dia 26 de agosto de 2019 onde esclarece que após consulta ao sistema de informação- SISREG não se encontrou solicitação para avaliação médica pendente em nome da requerente
 5. Às fls 22 consta e-mail da regulação região sul/SESA informando que no momento não possuem prestador público regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde, pelo sistema de informação- SISREG, disponibilizado na região sul e metropolitana, com base nos perfis de atendimento informado pelos prestadores de serviço, para realizar consulta em endocrinologia, no dia 08/07/2019
 6. Às fls 23 consta ofício do dia 13/07/19 do Ministério Público do estado do Estado do Espírito Santo para o Secretário de Saúde do município de Mimoso do Sul solicitando informação acerca do ofício da SESA, uma vez que apesar de encaminhada ao endocrinologista, segundo a SESA, a paciente não foi regulada.
 7. Às fls 24, ofício, assinado pelo secretário municipal de saúde, Cristiano Valpasso Campos, informando que a requerente esteve na regulação com a guia de referência e contra-referência encaminhando para endocrinologia, e que imediatamente passaram e-mail à Central Regional de Regulação da Região solicitando o pleito. Foram informados que não possuíam prestador público regulado, filantrópico ou credenciado na rede estadual de saúde, SISREG.
 8. Às fls 26 encontra-se ofício da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, do dia 31/05/2019 sobre a solicitação de consulta com cirurgia de cabeça e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

pescoço referindo que atualmente não possuem prestador regulado, credenciado, ou filantrópico para os perfis de atendimento solicitados.

9. Às fls sem número consta e-mail da secretaria de saúde encaminhando para a regulação região sul/SESA com pedido para consulta com endocrinologista da paciente, que estava em tratamento com Dr Fernando Coelho para tratamento de hipertireoidismo, porém a paciente realizou uma biópsia e encontra-se com nódulo de tireoide.

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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

3. **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. O termo **Hipertireoidismo** refere-se ao aumento da síntese e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide.
2. **Tireotoxicose** refere-se à síndrome clínica decorrente do excesso de hormônios tireoidianos circulantes, secundário à hiperfunção da glândula tireoide ou não. A tireotoxicose por T₃ decorre do aumento isolado dos níveis séricos de T₃ e supressão do TSH.
3. As manifestações clínicas comumente encontradas no hipertireoidismo tem uma correlação entre os níveis hormonais, sendo que os sinais e sintomas secundários ao



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- estímulo adrenérgico, como taquicardia e ansiedade, são mais evidentes em pacientes jovens e com bócios volumosos. Perda de peso é um achado frequente, no entanto alguns pacientes, especialmente os mais jovens, podem relatar ganho ponderal devido ao aumento do apetite. Em idosos, predominam sintomas cardiopulmonares, tais como taquicardia (ou fibrilação atrial), dispneia e edema.
4. O paciente com suspeita de tireotoxicose deve ser submetido a anamnese e exame físico cuidadosos, no intuito de buscar o diagnóstico e estabelecer sua etiologia. O tempo de início dos sintomas, uso de medicamentos, exposição ao iodo (realização de exames com contraste iodado ou uso de compostos com alto teor de iodo), gestação recente e história familiar de doença autoimune da tireoide devem ser questionados. No exame físico, a determinação do peso corporal, pressão arterial e frequência cardíaca são particularmente importantes. Taquicardia sinusal e hipertensão arterial sistólica são comuns, e a fibrilação atrial pode estar presente, principalmente em idosos. Sinais oculares como retração palpebral, olhar fixo ou assustado e sinal de lid-lag são decorrentes da hiperatividade adrenérgica e podem ser observados em qualquer quadro de tireotoxicose. No entanto, a presença de sinais como hiperemia conjuntival e palpebral, edema palpebral, quemose, paralisia de músculos extraoculares ou exoftalmia são característicos da oftalmopatia da Doença de Graves (DG). No quadro de tireotoxicose, a pele geralmente é quente e úmida. Tremor fino de extremidades, fraqueza muscular proximal e hiperreflexia são achados frequentes. Dermatopatia infiltrativa (mixedema pré-tibial) é uma manifestação rara da DG. A palpação e ausculta da glândula tireoide permitem avaliar o tamanho, a consistência, a presença de nódulos ou o sopro tireoidiano. Bócio de tamanho variado é geralmente observado na DG e no bócio multinodular tóxico (BMNT). Dor espontânea ou à palpação da tireoide é característica da tireoidite subaguda, enquanto a presença de nódulo único leva à suspeita de adenoma folicular hiperfuncionante. Nos pacientes com suspeita clínica de tireotoxicose, a avaliação inicial consiste na determinação dos níveis séricos do TSH e dos hormônios tireoidianos. A determinação dos níveis do TSH, por meio de metodologia ultrasensível (sensibilidade funcional < 0,02 mUI/L), é o método mais



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

sensível para diagnóstico de tireotoxicose. Sempre que possível, deve ser solicitada a determinação da fração livre da tiroxina (T4L), visto que anormalidades nas proteínas carreadoras dos hormônios tireoidianos (secundárias ao uso de medicações ou determinadas condições clínicas) podem alterar a concentração total do T4 ou T3.

5. Exceto nos raríssimos casos de hipertireoidismo secundário ao adenoma produtor de TSH (< 1%) ou à síndrome de resistência aos hormônios tireoidianos (doença autossômica dominante, com incidência de 1:40.000 nascidos vivos), o excesso de hormônios tireoidianos circulantes, independente da causa, resultará em supressão do TSH (usualmente < 0,1 mUI/L). No hipertireoidismo franco, tanto o T4L quanto o T3 séricos estão aumentados e o TSH está indetectável. No entanto, em fases iniciais da DG ou do adenoma funcionante, pode ocorrer aumento isolado do T3, condição clínica denominada de “T3-tireotoxicose”. Em casos suspeitos de tireotoxicose factícia (ingestão de hormônios tireoidianos), níveis séricos baixos ou indetectáveis de tireoglobulina sérica podem ser úteis no diagnóstico. A dosagem do anticorpo antirreceptor do TSH (TRAb) é raramente necessária para o diagnóstico do hipertireoidismo de Graves, sendo indicada apenas em casos selecionados. Como regra, considera-se adequado determinar os níveis de TRAb em gestantes com DG ou história médica pregressa de DG para avaliação do risco de tireotoxicose neonatal por passagem transplacentária dos anticorpos; no diagnóstico diferencial da tireotoxicose gestacional e nos indivíduos eutireoidianos com exoftalmopatia, especialmente bilateral.
6. O iodo é um elemento fundamental para síntese dos hormônios tireoidianos, sendo a captação de iodo um excelente indicador da função tireoidiana. A taxa de captação de iodo pela tireoide pode ser avaliada utilizando-se iodo radioativo (¹³¹I ou ¹²³I) e permite diferenciar as causas de tireotoxicose associadas ao aumento da captação (hipertireoidismo) daquelas com captação baixa ou ausente. A captação de iodo é geralmente elevada em pacientes com DG ou bócio multinodular tóxico (BMNT), estando praticamente ausente nas tireoidites ou na tireotoxicose factícia. A captação também diminui em indivíduos que usaram contrastes radiológicos iodados nos 30 a 60 dias prévios ou que possuem dieta muito rica em iodo (alimentos como algas



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

marinhas). No entanto, de modo interessante, a captação de iodo pode estar presente em usuários de amiodarona, apesar de a droga ser altamente iodada.

7. A cintilografia de tireoide evidencia a distribuição do radiomarcador na glândula e tem indicações limitadas na avaliação do hipertireoidismo. É caracteristicamente difusa na DG e heterogênea no BMNT (focos de hipercaptação entremeados com áreas hipocaptantes). A principal indicação da cintilografia é na suspeita de adenoma folicular hiperfuncionante (nódulo quente).
8. A ultrassonografia (US) da tireoide não está indicada rotineiramente na avaliação do hipertireoidismo e está reservada somente nos casos de nódulo tireoidiano pela palpação. No entanto, quando o exame da captação de iodo não pode ser realizado ou é contraindicado (gestação e amamentação), ou ainda não for elucidativo no diagnóstico (exposição recente ao iodo), a US da tireoide com Doppler pode ser útil no diagnóstico etiológico. A Dopplerfluxometria da tireoide pode contribuir no diagnóstico diferencial dos subtipos de tireotoxicose induzida por amiodarona (tipos 1 e 2) e entre DG e tireoidite destrutiva.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento com betabloqueadores deve ser considerado em pacientes sintomáticos, com suspeita ou diagnóstico de tireotoxicose. Esses medicamentos diminuem a frequência cardíaca, a pressão arterial, os tremores, a labilidade emocional e a intolerância aos exercícios. O betabloqueador não seletivo propranolol é o mais utilizado, com melhora dos movimentos hiperkinéticos, tremores finos de extremidades e mãos úmidas, mas também podem ser prescritos betabloqueadores cardiosseletivos (atenolol, metoprolol) ou com meia-vida mais curta (esmolol). A dose oral habitual de propranolol ou atenolol varia de 20 a 80 mg a cada 6 a 12 horas e 50 a 100 mg uma vez ao dia, respectivamente, e deve ser ajustada conforme a resposta clínica. Os bloqueadores de canais de cálcio, verapamil e diltiazem, administrados oralmente,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

podem ser utilizados nos casos de contraindicação ao uso de betabloqueadores.

2. A DG é a causa mais comum de tireotoxicose e sua patogênese envolve a formação do TRAb. Esses anticorpos se ligam aos receptores de TSH, presentes na membrana da célula folicular tireoidiana, causando, assim, a hiperfunção glandular. O excesso de hormônios tireoidianos secundário ao hipertireoidismo de Graves pode ser controlado por meio da inibição da síntese hormonal, **utilizando-se drogas antitireoidianas (DAT), destruição de tecido tireoidiano com iodo radioativo (¹³¹I) ou tireoidectomia total (TT) – grifo nosso.**
3. Os três tratamentos apresentam vantagens e desvantagens, sendo que os dois últimos são considerados tratamentos definitivos. A escolha de uma modalidade em detrimento de outras deve ser feita com base em características clínicas, socioeconômicas e preferências do médico-assistente e do paciente.
4. O ¹³¹I foi introduzido na prática clínica em meados de 1940, sendo hoje amplamente utilizado na terapia do hipertireoidismo. Assim como a cirurgia, é classificado como um tratamento definitivo do hipertireoidismo. É considerado um tratamento simples, seguro e até mesmo a opção mais econômica quando comparada aos outros tratamentos disponíveis, incluindo as DAT.
5. O ¹³¹I é indicado como primeira escolha terapêutica nos casos de pacientes com contraindicações para o uso de DAT e/ou cirurgia, ou recidiva do hipertireoidismo após tratamento com DAT. Também deve ser considerado como terapia inicial em casos em que o controle definitivo e rápido do hipertireoidismo é desejado, como em pacientes cardiopatas e idosos, e mulheres em idade fértil que planejam gravidez no futuro, evitando os riscos do hipertireoidismo para a gestação e puerpério. O tratamento é contraindicado na gestação, lactação, na presença de lesão suspeita ou confirmada de câncer de tireoide, e em mulheres com planos de gestação em período inferior a quatro a seis meses. Deve ser solicitado exame para exclusão de gravidez a todas as mulheres em idade fértil, antes da administração da dose. A administração do ¹³¹I é realizada por via oral e este pode ser dissolvido em água ou em cápsula, sendo prontamente



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

absorvido e organificado pelas células foliculares da tireoide. A radiação induzida pelo ^{131}I provoca uma resposta inflamatória seguida de destruição local e fibrose progressiva, contribuindo para a redução do volume da glândula, mais pronunciada no primeiro ano após a dose. Não é necessário recomendar uma dieta especial, mas apenas deve ser evitada a ingestão de quantidades excessivas de iodo (por exemplo, compostos contendo multivitaminas). O uso prévio de betabloqueadores deve ser considerado em pacientes muito sintomáticos e/ou com risco aumentado para complicações no caso de piora do quadro de tireotoxicose.

6. A dose escolhida pode ser calculada para cada paciente considerando a captação de iodo e o volume da glândula ou fixa. Ensaio prospectivos indicam que a dose fixa ou regime individualizado têm eficácia similar sobre a taxa de cura do hipertireoidismo. A dose é geralmente calculada em microcuries (uCi) ou megabecquerels (MBq) por grama (g) de tecido da tireoide, com base no tamanho da tireoide e captação de iodo de 24 horas. Recomenda-se 160-200 uCi/g para assegurar o tratamento bem-sucedido. Alternativamente, uma dose fixa de 10 a 15 mCi pode ser utilizada. A administração de doses baixas de iodo pode ser uma tentativa de curar o hipertireoidismo sem causar hipotireoidismo, mas essa abordagem resulta numa maior taxa de falha de tratamento. Doses maiores são recomendadas em pacientes com comorbidades que podem ser agravadas pela persistência do hipertireoidismo, em condições de aumento de radiorresistência (bócios com maior volume, hipertireoidismo grave). Usando cálculo de dose, as atividades ficam tipicamente na faixa de 5 a 15 mCi ^{131}I (correspondente a 185-555 MBq).
7. Aproximadamente 20% dos pacientes tratados com ^{131}I apresentam falha terapêutica. As características associadas a uma maior taxa de falha são a presença de bócio volumoso (> 50 ml), captação de iodo elevada (> 90%) e níveis séricos de T_3 elevados (> 500 ng /mL) no diagnóstico. A administração de glicocorticoide não tem se mostrado eficaz na melhoria do hipertireoidismo, mas é indicada na profilaxia de desenvolvimento ou progressão de oftalmopatia da doença de Graves e no tratamento da crise tireotóxica.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO PLEITO

1. Consulta com endocrinologista

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente com diagnóstico de hipertireoidismo em acompanhamento com endocrinologista, porém não consegue agendar a consulta para seguimento da patologia. Informa que está em uso de medicamento.
2. Salientamos que não foi anexado documento que comprove a patologia, como resultado de exames laboratoriais, ultrassonografia ou biópsia. Também não visualizamos laudo médico com descrição do quadro clínico, tempo de evolução e tratamentos instituídos.
3. Este Núcleo entende que como a paciente já se encontra em tratamento com o médico especialista (endocrinologista) a consulta de reavaliação é importante para continuidade do tratamento do paciente e deve ser agendada com prioridade, os agendamentos de retorno assim como a possibilidade de realizar as próximas consultas de seguimento em unidade básica de saúde, devem ser determinados pelo especialista, não devendo ultrapassar em grande proporção os prazos estipulados.
4. Não se trata de caso de urgência médica, porém deve-se estabelecer uma data para a consulta, que respeite o princípio de razoabilidade.
5. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:

“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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Maia A. L. Et al, Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a06.pdf>