



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 532/2022

Vitória, 201 de abril de 2022

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Serra - ES, requeridas pelo (a) MM. Juiz (a) de Direito do referido Juizado, sobre o procedimento: **Cintilografia de tireoide com ou sem captação.**

I - RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, de 47 anos de idade, é portadora de Hipertireoidismo desde 2012, e apesar de fazer tratamento com medicamentos, em 2018 seu quadro vem se agravando. Apresenta bócio palpável, rouquidão, palpitações, insônia e sangramento vaginal, sem causa definida. Foi solicitado cintilografia de tireoide com ou sem captação, porém, a Autora é sempre informada que não há disponibilidade para realizar o exame, mesmo com os encaminhamentos solicitar urgência. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Encontra-se anexado aos documentos enviados, laudo médico, emitido em 24/06/2020 pelo Dr. Daniel Camisão Bortot, medicina nuclear/densitometria óssea, CRM ES 8178, em papel timbrado do Hospital Santa Rita, descrevendo que a paciente [REDACTED] está em acompanhamento de doença de graves desde 2012, sem melhora dos sintomas com uso de medicações. Encaminhada em 22/10/2019 para radioterapia. Paciente necessita de retorno ao médico assistente (solicitante da terapia) em prazo de 15 dias após agendado data para terapia com lodeto-131I. Tal tratamento tem efeitos colaterais e necessita de acompanhamento estreito com Endocrinologista. Paciente encontra-se descompensada do hipertireoidismo com bócio palpável, rouquidão, palpitações, insônia e sangramento vaginal há mais de 30 dias



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

sem causa definida. Solicito retomo ao Endocrinologista com urgência, com exames de controle (USG, Cintilografia de tireoide já solitados) e reavaliação do risco e benefício da terapia, incluindo uso de corticoide após dose terapêutica de iodeto¹³¹I.

Exames:

29/08/2019: cintilografia de tireoide: 19.6% captação (0.4 – 1.7%), bócio difuso

03/06/2020: TSH < 0.01 / T4l 5.11

25/04/2018: USG tireoide – tireoidopatia autoimune, sem nódulos

3. Às fls. não numeradas consta laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial, emitido em 13/01/2022 pela Dr^a Jannini Valli Moreira, endocrinologista e metabologista, CRM ES 13442, devido hipertireoidismo em uso de propiltiouracil com captação, solicitou cintilografia de tireoide com ou sem captação. Hipótese diagnóstica de tireotoxicose.
4. Anexado aos documentos, laudo de produção ambulatorial individualizada, emitido em 08/01/2021 pela Dr^a Renata Albuquerque, endocrinologista, CRM ES 7890, solicitando iodoterapia para hipertireoidismo. Tendo hipótese diagnóstica de doença de graves.
5. Às fls. não numeradas consta laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial, emitido em 13/01/2022 pela Dr^a Jannini Valli Moreira, solicitando captação de iodo radioativo em 24 h
6. Anexado aos documentos, laudo de produção ambulatorial individualizada, emitido em 08/01/2021 pela Dr^a Renata Albuquerque, solicitando cintilografia de tireoide com I 131. Tendo hipótese diagnóstica de doença de graves.
7. Anexado aos documentos, laudo de produção ambulatorial individualizada, emitido em 21/03/2022 pela Dr^a Jannini Valli Moreira, solicitando com urgência radioterapia para tratamento de hipertireoidismo. Tendo hipótese diagnóstica de hipertireoidismo – Doença de Graves. Descreve, paciente de 47 anos, diagnóstico de hipertireoidismo há 10 anos, apresenta intolerância a tapazol e é refratária ao tratamento com



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

propiltiouracil dose máxima de 600 mg/dia. Mantendo descompensação hormonal importante. TSH < 0.01, T4l 5.2, T3 5.14. Necessita de radioterapia com urgência.

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. O termo **Hipertireoidismo** refere-se ao aumento da síntese e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide.



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

2. 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.
3. O hipertireoidismo da Doença de Graves é caracterizado imunologicamente por 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.
4. **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



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

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.

5. 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.
6. 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.
7. 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.



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

8. 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
9. 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 (^{131}I ou ^{123}I) 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 marinhas). No entanto, de modo interessante, a captação de iodo pode estar presente em usuários de amiodarona, apesar de a droga ser altamente iodada.
10. 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



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

folicular hiperfuncionante (nódulo quente).

11. 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. Três abordagens terapêuticas são atualmente utilizadas no tratamento do hipertireoidismo da Doença de Graves: drogas antitireoidianas (DAT), cirurgia e iodo radioativo (¹³¹I). 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



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

abandono (40-68%) reduz a efetividade do tratamento. O iodo radioativo foi empregado pela primeira vez em 1941 no Massachussets 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 administração, efeito rápido e de baixo custo. O tratamento com ^{131}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 bóciolos volumosos ou que desejam tratamento definitivo e recusam o tratamento com radioiodo.
4. O tratamento dos bóciolos atóxicos é a tireoidectomia, que pode ser classificada



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

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 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. **CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO** – oferecido pelo SUS, sob o código 02.08.03.002-6, sendo considerado de Alta Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
2. Consiste num método diagnóstico por imagem, onde na tela do computador são geradas fotos ou filmes da distribuição de um rádio fármaco injetado no paciente que podem ser analisadas da forma visual ou quantitativa através de cálculos da concentração e velocidade de movimento desse rádio fármaco. São formadas primariamente imagens nas quais se vê a função dos órgãos em contraste com a radiologia geral em que são formadas imagens anatômicas em que se vê a forma dos órgãos. O rádio fármaco é a união de um radioisótopo análogo de uma molécula fisiológica escolhido de acordo com o órgão e função a ser estudada. A radiação gama é uma onda eletromagnética. é um método indolor, não invasivo (o radiotraçador pode



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

ser administrado por via venosa, oral, inalatória ou subcutânea), não há reação alérgica, menor exposição à radiação relacionada a outras técnicas de imagem. A disponibilidade de certos radiotraçadores não é imediata, necessitando, em alguns casos, espera de 1 a 2 semanas. Por se tratar de imagens funcionais, alguns exames precisam de preparo prévio prolongado (1 a 90 dias) com restrição de certos tipos de alimentos e medicamentos. Alguns processos fisiológicos a serem estudados não podem ser acelerados e a aquisição das imagens podem levar até 60 minutos. Este exame é capaz de realizar a avaliação funcional do hipo e hipertireoidismo, câncer de tireóide, hiperparatireoidismo. As imagens cintilográficas são adquiridas nas incidências anterior e oblíquas entre 10 e 30 minutos após a injeção do radiofármaco e permitem a avaliação morfo-funcional da glândula, muitas vezes complementando dados clínicos ou ultrassonográficos. São habitualmente identificados os dois lobos tireoideanos, ocasionalmente o istmo e raramente o lobo piramidal. Além da localização, dimensões e morfologia também é analisada a distribuição do radiofármaco pelo parênquima glandular, que é normalmente homogênea.

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, trata-se de paciente de 47 anos de idade, portador de Doença de Graves com hipertireoidismo não controlado com o uso de medicamentos e bócio tóxico, sendo solicitado o exame de cintilografia de tireoide. Foi solicitado no Item “IV) DOS PEDIDOS” da Inicial do Processo a “marcação do exame para que consiga realizar sua ressonância magnética pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Vitória visto que necessita de um atestado de sua fratura no ombro”. Porém **não há nada descrito nos autos sobre fratura de ombro, sendo assim este Núcleo desconsiderou esta solicitação de ressonância de ombro.**
2. Em relação ao exame pleiteado de Cintilografia de tireoide, podemos afirmar que tal exame evidencia a distribuição do radiomarcador na glândula e **tem indicações limitadas na avaliação do hipertireoidismo.** É caracteristicamente difusa na Doença de Graves e heterogênea no bócio multinodular tóxico - BMNT (focos de



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

hipercaptação entremeados com áreas hipocaptantes). A principal indicação da cintilografia é na suspeita de adenoma folicular hiperfuncionante (nódulo quente). Este estudo avalia o metabolismo e a morfologia da glândula tireoide.

3. **Considerando que a paciente já realizou a cintilografia no dia 29/08/2019** que evidenciou a distribuição homogênea do radiofármaco com glândula tireoide hipercaptante, entendemos que a propedêutica no momento deve ser guiada ao tratamento da doença já devidamente diagnosticada.
4. Em conclusão, **este Núcleo não encontrou a justificativa médica especializada** (ou seja, justificativa da solicitação do exame pela endocrinologista), **para a realização de um novo exame de cintilografia**, visto que a paciente já realizou este exame e mantém a clínica sintomática do hipertireoidismo.
5. **Por fim, este NAT sugere que a paciente seja reavaliada em consulta médica pela endocrinologista, preferencialmente no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cassia, visto que a paciente já possui prontuário e avaliação médica de profissional deste nosocômio**, para que seja verificada a necessidade no momento de um novo exame de cintilografia. Caso seja indicado, deve ser informando em justificativa: se houve mudança do quadro e/ou se tal exame mudaria a conduta terapêutica ou decisão quanto a terapia de escolha no momento. **Com isso, este Núcleo pode informar com precisão sobre a indicação da cintilografia de tireoide e a necessidade de urgência para a sua realização.**





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

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

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: <https://www.scielo.br/j/abem/a/k5s3N3nf4gs8DxDsnPWBQ3r/?lang=pt&format=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

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>