



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 1953/2019

Vitória, 25 de novembro de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 2ª Vara da Comarca de Domingos Martins -ES, requeridas pelo MM. Juíza de Direito Dra. Mônica da Silva Martins, sobre o procedimento: **paratireoidectomia com autoimplante**.

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o requerente sofre de insuficiência renal crônica grau 5, em tratamento dialítico desde 2008, e desenvolveu hiperparatireoidismo, positivo para adenoma ou hiperplasia, manifestando hipercalcemia recorrente com sinais de calcificação ectópica em progressão, necessitando de tratamento cirúrgico – paratireoidectomia total ou subtotal com auto implante. O requerente tentou agendar o procedimento pelo SUS, entretanto, diante da urgência do caso e demora do procedimento e como não tem como arcar com tratamento particular, dá-se o presente pedido judicial para obtenção do tratamento junto ao SUS.
2. Às fls. 11 e 12 consta laudo emitido em 28/08/2019 pela Dra. Suellen Christina Klein, nefrologista, CRM ES 10297, detalhando que o paciente é portador de doença renal crônica em estágio final (grau 5), apresenta hiperparatireoidismo secundário com hipercalcemia persistente associada a calcificação vascular (placa ateromatosa calcificada em aorta, ilíacas e ramos viscerais) apesar de dialisado com cálcio de 2.5, o que é um dos critérios de indicação de cirurgia de paratireoidectomia e sugere o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, da Universidade Federal do Espírito



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

Santo, situado em Maruípe para a realização do procedimento.

3. Às fls. sem número consta laudo médico, em 15/05/2019 pelo Dr. Sérgio A. Hatab, cardiologista, CRMES 1726, informando que paciente está apto para a cirurgia proposta (médio risco), classe II, porém necessita de pós-operatório em unidade semi-intensiva ou intensiva para monitorização hemodinâmica, pois paciente é nefropata e portador de arritmia cardíaca e ICFER (FE 39%).
4. Às fls. 14 consta espelho do SISREG solicitando consulta em cirurgia de cabeça e pescoço, solicitada em 20/03/2018, classificação de risco vermelha, com situação atual devolvida em 01/11/2019.
5. Às fls. 15 consta laudo para cirurgião de cabeça e pescoço, em 21/08/2019 Dra. Suellen Christina Klein, nefrologista, CRM ES 10297, descrevendo Paciente de 59 anos, portador de doença renal crônica em estágio final (grau 5), em programa regular de hemodiálise convencional 03 vezes por semana desde o ano de 2008, apresenta hiperparatireoidismo com hipercalcemia persistente apesar de dialisato com cálcio de 2,5, o que é um dos critérios de indicação de cirurgia de paratireoidectomia, além de descrever outros resultados de exames.
6. Às fls. 16 resultado de exames de paratormônio de 599,3 pg/dl em 28/08/2019.
7. Às fls. 18 consta espelho de e-mail emitido pela SESA em 15/02/2019, informando qua no momento não dispõe de oferta via SISREG do procedimento consulta em cirurgia de cabeça e pescoço.
8. Às fls 20 encaminhamento a cirurgia de cabeça e pescoço realizada pela Dra. Suellen Christina Klein, nefrologista, CRM ES 10297, datado de 19/03/2018 descrevendo que paciente de 57 anos, portador de doença renal crônica em estágio final (grau 5), em programa regular de hemodiálise convencional 03 vezes por semana desde o ano de 2008, apresenta hiperparatireoidismo com hipercalcemia recorrente e sinais de calcificação ectópica em progressão, solicita avaliação para realização de paratireoidectomia subtotal ou total com auto-implante.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

9. Às fls. 21, laudo da cintilografia das paratireoides, em 21/08/2017 pela Dr<sup>a</sup>. Luciana Sampaio Vidal, CRM ES 7235 evidenciando sinais cintilográficos de adenoma ou hiperplasia de paratireoide adjacente ao polo inferior do lobo tireoidiano esquerdo.
10. Às fls. 22 apresentando laudo de ultrassonografia da tireoide, em 10/10/2016 pelo Dra. Simone Pimentel Novaes CRM 9575, evidenciando glândulas parótidas e submandibulares sem alterações, glândula tireoide apresentando imagem nodular isoecoica, com áreas císticas de perimeio, sem microcalcificações, sem fluxo ao Doppler, medindo cerca de 1,2 x 0,5 em localizada no terço médio do lobo esquerdo. Paratireoides normais e ausência de linfonodomegalias loco-regionais.
11. Nos autos constam outros documentos que não acrescentam em informações relevantes para o caso em tela.

## **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



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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 insuficiência renal crônica – IRC** é uma condição em que a função excretora renal encontra-se definitivamente diminuída, acarretando alterações em vários sistemas e órgãos, seja pela retenção de água e eletrólitos, seja pela retenção de produtos do metabolismo.
2. Praticamente todas as doenças renais podem evoluir para a insuficiência crônica, sabendo-se que se um rim permanecer saudável, a síndrome da insuficiência não se instala, pois a função excretora pode ser desempenhada por rim único. Doenças sistêmicas, como diabetes, hipertensão arterial e doenças do tecido conjuntivo - colagenoses, podem lesar os rins ao ponto de torná-los insuficientes. A evolução costuma ser insidiosa, sendo muitos pacientes assintomáticos, os quais descobrem ser portadores de IRC em exame de sangue rotineiro.
3. Os sinais e sintomas da IRC variam, desde astenia até edema generalizado, hipertensão arterial grave, oligúria/anúria e óbito. Na evolução da IRC, algumas condições se instalam secundariamente, como anemia e hiperparatireoidismo secundário.
4. **Hiperparatireoidismo secundário (HPTS)** é uma complicação frequente nos pacientes em diálise e pode desenvolver-se cedo no curso da IRC. Está associado com um risco aumentado de calcificação cardiovascular e mortalidade. O hiperparatireoidismo secundário é caracterizado pela hiperplasia das glândulas paratireoides, elevados níveis séricos do paratormônio (PTH) e uma doença óssea de alto remanejamento. É uma complicação frequente nos pacientes em diálise e pode desenvolver-se cedo no curso da IRC. Está associado com um risco aumentado de



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

calcificação cardiovascular e mortalidade. Vários têm sido os fatores implicados na patogênese do HPTS destacando-se a retenção de fósforo e hiperfosfatemia, o déficit de vitamina D, a hipocalcemia, as anormalidades do receptor sensível ao cálcio e do receptor da vitamina D das paratireoides, a resistência óssea à ação do PTH e, mais recentemente, as fosfatoninas. É importante enfatizar que, embora abordados separadamente, estes fatores estão inter-relacionados podendo um ou mais deles predominar de acordo com o tipo e a fase da IRC. A hiperestimulação crônica do PTH é seguida de proliferação das células paratireoides levando a uma hiperplasia difusa, progressiva e policlonal das glândulas paratireoides. Subsequentemente, este padrão de crescimento pode se transformar em um tipo monoclonal benigno, porém mais agressivo, ou policlonal. Nesse caso, as glândulas tornam-se então muito aumentadas exibindo uma hiperplasia nodular.

### **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento da IRC é conservador (dieta, tratamento da doença de base, controle de hipertensão e diabetes, etc.) até que se desenvolvam sinais e/ou sintomas mais graves, ou elevações intoleráveis dos níveis nitrogenados no sangue, instituindo-se então o tratamento dialítico, e posteriormente, dependendo da viabilidade, o transplante renal.
2. O tratamento específico do HPTS é baseado em monitoramento de cálcio, fósforo, vitamina D e PTH, e o nefrologista fará suplementações e quelações de acordo com os achados. Pacientes com IRC, especialmente em diálise, apresentam níveis reduzidos de calcitriol. Esse é um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento e progressão do HPTS, tanto por reduzir a absorção intestinal de Ca, levando à hipocalcemia, como por diminuir o controle da síntese e secreção de PTH. Além disso, na IRC, a expressão dos receptores da 25-vit D está diminuída nas glândulas da paratireoide, limitando a ação do calcitriol na inibição do gene do PTH. Os principais efeitos adversos do tratamento com calcitriol são a maior absorção intestinal de Ca e P podendo produzir hipercalcemia, hiperfosfatemia e aumentar o produto Ca x P. Além disso, o calcitriol



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

pode reduzir a formação óssea e originar uma condição de doença óssea de baixa remodelação, a chamada doença óssea adinâmica. Por tais motivos, os níveis séricos de PTH, Ca e P devem ser monitorados no curso do tratamento com calcitriol e sua dose ajustada para manter os níveis recomendados desses elementos.

3. Estudos sugerem que os análogos da vitamina D controlam efetivamente os níveis de PTH com menor incidência de efeitos colaterais, como hiperfosfatemia e hipercalcemia. Dentro dessa classe de drogas, o paricalcitol é o composto mais estudado. Quanto ao tratamento com calcimimético (cinacalcete), o mesmo se baseia na sua ligação com o receptor de Ca presente nas células paratireoides de forma a mudar a sua conformação, possibilitando melhor interação do Ca com este receptor e proporcionando maior supressão da secreção e síntese de PTH.
4. Para aqueles pacientes que não respondem aos esquemas terapêuticos, ou seja, desenvolvem hiperparatireoidismo refratário, resta a paratireoidectomia. Entretanto o nível exato de PTH que determina esta intratabilidade ainda não foi definido.

### **DO PLEITO**

1. **Paratireoidectomia:** procedimento a ser realizado por cirurgião da cabeça e pescoço, o qual usará a sua experiência no sentido de definir por uma técnica que reúna, no que for possível, elevado sucesso terapêutico com maior conservação possível de tecido glandular tireoide.
2. Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.02.01.002-7, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Considerando a descrição clínica e exames de imagem anexados que confirmam o hiperparatireoidismo secundário; considerando a informação médica de falta de



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

resposta ao tratamento clínico, (pacientes em diálise devem manter o PTH plasmático entre 150-300pg/mL); **este NAT conclui que o Requerente tem indicação de realizar o procedimento cirúrgico.**

2. Este NAT sugere compelir os requeridos a agendarem com prioridade uma consulta com cirurgião de cabeça e pescoço em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico pleiteado. Os exames preparatórios para a cirurgia, caso venham a ser solicitados no centro de referência, deverão ser garantidos pelo estabelecimento evitando que o requerente retorne a Unidade Básica de Saúde e sofra mais atrasos no agendamento.
3. 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 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]



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

**REFERÊNCIAS**

Sampaio EA, et al. Fisiopatologia do Hiperparatireoidismo Secundário. J Bras Nefrol 2008;30(Supl 1):6-10 Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN\\_educacional\\_I/4-Elisa-30\(1\)S1.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN_educacional_I/4-Elisa-30(1)S1.pdf)

Gueiros JEB, et al. Prevenção e tratamento do hiperparatireoidismo secundário na DRC. Diretrizes Brasileiras de Prática Clínica para o Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol 33; Supl1 (2011) S7-S14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33s1/v33s1a03.pdf>