



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

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 259/2019**

Vitória, 12 de fevereiro de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública do Juízo de Serra- ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Rubens José da Cruz, sobre o procedimento: **Consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, com urgência.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, a Requerente é portadora de nódulos múltiplos de tireóide não funcionantes de características visíveis no lado esquerdo, com efeito compressivo, necessitando de consulta médica com especialista em cabeça e pescoço para encaminhamento cirúrgico, que foi solicitada desde 11/05/2018 junto a Unidade de Regulamentação da Serra, porém até o momento, não foi disponibilizada e, por este motivo, recorre à via judicial para conseguir realizá-la.
2. Às fls. 06 consta o Formulário para Pedido Judicial em Saúde, preenchido pelo Dr. Rubens Littig no dia 24/01/2019, informando que a paciente apresenta nódulos múltiplos de tireóide não-funcionantes, com efeito compressivo, sendo indicado utilização de medicamentos e cirurgia de tireoidectomia.
3. Às fls. 10 consta o Espelho do SISREG III com a solicitação de consulta em cirurgia de



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

cabeça e pescoço, requerida no dia 11/05/2018, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta bócio de tireóide multinodular, com disfagia.

4. Às fls. 12 consta o Espelho do SISREG III com a solicitação de consulta com endocrinologista, requerida no dia 15/10/2018, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta bócio de tireóide multinodular.

## 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



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

sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

## **DA PATOLOGIA**

1. Os **Nódulos tireoidianos** são encontrados frequentemente na prática médica e representam a principal manifestação clínica de uma série de doenças tireoidianas. Estudos epidemiológicos conduzidos em áreas suficientes em iodo têm demonstrado que 4% a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos apresentam nódulo palpável. Entretanto, estudos ultrassonográficos demonstram que esta prevalência é ainda maior, variando de 19% a 67%, com maior incidência em mulheres e idosos. A grande importância no manejo dos nódulos tireoidianos baseia-se no fato de que, apesar de a grande maioria representar lesões benignas, é necessário excluir o câncer da tireoide, que ocorre em 5% a 10% dos casos.
2. Diante da detecção de um nódulo tireoidiano, história clínica completa e exame clínico cuidadoso deverão ser realizados, visando, principalmente, à definição das características do nódulo e à avaliação da presença de linfadenomegalia cervical e da função tireoidiana. Apesar da história clínica, na maioria das vezes, não ser sensível ou específica, existem alguns sintomas e/ou sinais que sugerem maior risco para malignidade. O risco de câncer é semelhante em pacientes com nódulos palpáveis ou incidentalmente detectados por métodos diagnósticos por imagem, os chamados incidentalomas.
3. O exame de ultrassonografia convencional ou com Doppler é o principal método de imagem no diagnóstico dos nódulos tireoidianos. Permite avaliar textura da glândula; tamanho, extensão, ecogenicidade, presença, tamanho, número, posição e características de nódulos; relação da glândula e nódulos com as estruturas cervicais; presença de malformações glandulares, além de estudar alterações da cadeia linfática do pescoço. Na suspeita de nódulos em tireoide, o exame físico de



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

palpação deve ser complementado pela avaliação ultrassonográfica, que amplia em cinco vezes a detecção de nódulos de tireoide não identificados à palpação. O exame ultrassonográfico de pescoço para avaliação de tireoide deve ser solicitado na presença de suspeita clínica de doença nodular da tireoide e na avaliação de nódulo de tireoide diagnosticado por outro método de imagem, tais como: cintilografia, tomografia computadorizada de pescoço, ressonância magnética de pescoço; e não deve ser utilizado como método de screening para rastreamento de doenças tireoidianas em paciente assintomático. Como orientação básica é indicado que o exame de ultrassonografia englobe todo o pescoço, incluindo o compartimento visceral e linfático em todas as avaliações e, se possível, com profissional habilitado. Além da avaliação da doença nodular da tireoide, a ultrassonografia auxilia no exame de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), ao orientar a posição da agulha na região mais representativa do nódulo, aumentando a sensibilidade do método de 91,8% para 97,1%.

4. A PAAF em nódulos tireoidianos é o exame mais acurado para se distinguir a natureza maligna ou benigna dos referidos nódulos. Pacientes com nódulo maior que 1 cm e função tireoidiana normal devem ter seu nódulo puncionado. Nódulos menores que 1 cm deverão ser puncionados se apresentarem sinais de suspeita de malignidade à ultrassonografia, conforme já apresentadas as características em outra questão. Estes também são os critérios para seleção de nódulos a serem puncionados em paciente portador de múltiplos nódulos da tireoide. A biópsia dirigida pela ultrassonografia diminui significativamente a possibilidade de material insuficiente para avaliação do nódulo, mas as pequenas alterações de sensibilidade e especificidade para diagnóstico de malignidade não são significativas.
5. Para nódulos de tireoide menores que 1,0 cm diagnosticados no exame de ultrassonografia, que possuem algum dos fatores de risco para neoplasia maligna (população de alto risco), sugere-se a realização de exame de PAAF guiada por ultrassonografia, para investigação diagnóstica.



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

6. Para nódulos de tireoide menores que 1,0 cm diagnosticados por ultrassonografia, cujos pacientes não possuam fatores de risco para neoplasia maligna (população de baixo risco), sugere-se o controle com exame de imagem de ultrassonografia periódico (anual), acrescido do controle da função hormonal tireoidiana. O acompanhamento clínico periódico deve ser reavaliado caso surjam fatores de risco para neoplasia maligna, que indiquem a investigação com PAAF.
7. Constituem fatores de risco para neoplasia maligna da glândula tireóide (população de alto risco):
  - Dados epidemiológicos: sexo masculino, extremos de idade (abaixo de 20 e acima de 60 anos);
  - Antecedentes pessoais: exposição à radiação ionizante terapêutica ou acidental;
  - Antecedentes familiares: de câncer de tireoide (principalmente papilífero e medular);
  - Dados de exame físico e história clínica: nódulo fibroso e aderido a planos profundos e superficiais, adenomegalia cervical satélite, disfonia. Disfagia e crescimento rápido não se aplicam para nódulos menores que 1,0 cm diagnosticados por ultrassonografia;
  - Dados ultrassonográficos: ecogenicidade heterogênea de nódulo sólido (isoecogenicidade e hipoeecogenicidade intranodular), margens irregulares, microcalcificações, fluxo vascular predominante intranodular à ultrassonografia com Doppler e linfonodos anormais, excluindo-se os submandibulares (tamanho acima de 7 mm no menor eixo, forma irregular, alteração da arquitetura interna com perda da hiperecogenicidade central, ecotextura heterogênea, calcificações internas, áreas de cistificação e hipervascularização).
8. O National Cancer Institute (NCI, EUA) promoveu uma conferência multidisciplinar, sendo estabelecido que o resultado da citopatologia deve refletir, de modo sucinto e claro, a impressão diagnóstica do citopatologista, não permitindo confusões interpretativas. A classificação proposta, conhecida como Sistema Bethesda é: I - Amostra não diagnóstica; II – Benigno; III - Atipias/Lesão folicular de significado indeterminado; IV - Suspeito para neoplasia folicular ou neoplasia folicular; V - Suspeito para malignidade e VI – Maligno.



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

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento deve ser guiado de acordo com a apresentação do nódulo. A Cirurgia é recomendada se a citologia for suspeita para malignidade (categoria V de Bethesda) ou maligna (categoria VI de Bethesda), ou se tiver provocando sintomas secundários como sinais de compressão pelo volume aumentado da glândula.
2. Quando a citologia sugere neoplasia folicular (categoria IV de Bethesda), a cintilografia com radioiodo é útil. Se o nódulo for hipercaptante, sua retirada não é necessária. Entretanto, nódulo hipocaptante ainda constitui uma indicação de cirurgia.
3. Se a citologia revela lesão folicular ou atipia de significado indeterminado (categoria III de Bethesda), recomenda-se a repetição da PAAF com intervalo de 3-6 meses. Se esse resultado persiste, a cirurgia está indicada em pacientes com alta suspeita clínica ou ultrassonográfica de malignidade ou nódulo > 2 cm. Pacientes com nódulo ≤ 2 cm e baixa suspeita clínica e ultrassonográfica para câncer devem ser acompanhados.
4. Se a amostra for inadequada para análise citológica (categoria I de Bethesda), recomenda-se a repetição da PAAF com intervalo de 3-6 meses, sempre guiada por Ultrassonografia. Se o resultado persiste, a cirurgia está indicada em pacientes com alta suspeita clínica ou ultrassonográfica de malignidade ou nódulo > 2 cm. Pacientes com nódulo ≤ 2 cm e baixa suspeita clínica e ultrassonográfica para câncer devem ser acompanhados.
5. Quando a citologia é benigna mas o nódulo exibe uma combinação de achados ultrassonográficos suspeitos para malignidade, a repetição da PAAF, independentemente de crescimento do nódulo, pode ser útil, revelando uma taxa de malignidade nesses casos discordantes muito superior a 1%-3%, taxa tradicional de



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

falso-negativo da PAAF. O uso do FDG-PET auxilia na exclusão de malignidade em nódulo tireoidiano com citologia indeterminada, mas, por ser um método pouco acessível e de custo elevado, não é recomendado de rotina nessa situação.

6. A tireoidectomia total é o procedimento recomendado quando (i) a doença nodular é bilateral; (ii) está associada à radiação; (iii) a citologia é suspeita para malignidade; (iv) ou indeterminada e o nódulo  $> 4$  cm ou  $\leq 4$  cm com alta suspeita clínica ou ultrassonográfica de câncer.
7. A Lobectomia é considerada suficiente na doença nodular unilateral e esporádica se (i) nódulo  $\leq 4$  cm com citologia indeterminada e baixa suspeita clínica e ultrassonográfica de malignidade; ou (ii) citologia insatisfatória.
8. Cirurgia deve ser considerada em nódulos com progressão durante o acompanhamento, cuja citologia inicial foi indeterminada ou insatisfatória.

## **DO PLEITO**

1. **Consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, com urgência.**

## **III – CONCLUSÃO**

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente portadora de nódulo tireoidiano, com relato de realização de exame de imagem (Ultrassonografia) em 25/06/2015 (não anexada ao processo) evidenciando bócio tireoidiano multinodular com volume estimado de 38 ml, sendo solicitado consulta com cirurgião de cabeça e pescoço desde 11/05/2018, já cadastrado no SISREG III.
2. Este Núcleo entende que a paciente deve ser avaliada pelo cirurgião de cabeça e pescoço para verificar a indicação de tratamento cirúrgico, cabendo à Secretaria de Estado da Saúde a disponibilização da consulta com o especialista, em



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

estabelecimento de referência que realize procedimento cirúrgico.

3. Apesar da ausência de informações sobre o quadro clínico atual da paciente, assim como exames complementares realizados recentemente, este NAT conclui que o agendamento desta consulta é prioritário pela presença de sintomas de obstrução (disfagia) e que o único exame de imagem informado (ultrassonografia) foi realizado em 2015, de acordo com os documentos anexados.

[REDAZIDA]

[REDAZIDA]

### **REFERÊNCIAS**

Doença Nodular de Tireóide: Diagnóstico; Diretrizes clínicas na saúde suplementar; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Sociedade Brasileira de Citopatologia, disponível em: [http://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca\\_nodular\\_da\\_tireoide-diagnostico.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca_nodular_da_tireoide-diagnostico.pdf)

Rosário P. W. et al, Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro, disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt_02.pdf)