



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 264/2021

Vitória, 08 de março de 2021.

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Serra -ES, requeridas pelo MM. Juiz, daquela Comarca, sobre o procedimento: **tireoidectomia**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, de 47 anos, alega que em fevereiro de 2020, logo após ter tido alta hospitalar devido a AVC, começou a sentir um forte incômodo como se tivesse algo preso à garganta. Após realizar exame foi descoberto a existência de 02 nódulos em seu pescoço. Informa que com o passar do tempo, os nódulos estão aumentando, e começaram a ficar visíveis a olho nu e a deglutição passou a se tornar dificultosa. Como o estado clínico vem se agravando recorre à via judicial para obter o pleito.
2. Às fls. 23 consta laudo de ultrassonografia de tireoide, datado de 29/06/2020, apresentando em lobo direito, formação nodular sólida, medindo 16,3 mm, TIRADS 3. No terço médio inferior, formação nodular sólida, hipoecóica, medindo 8,6 mm, TIRADS 4. No terço inferior, formação nodular sólida, isoecóica, medindo 4,5 mm, TIRADS 3. Na Região ístmica à esquerda formação nodular sólida, isoecóica, medindo 43,5 mm, TIRADS 3.
3. Às fls. 24 consta laudo ultrassonografia vascular doppler de carótidas e vertebrais,



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

datado de 12/08/2020. Observado nódulo predominante sólido isoecóico na transição do istmo com lobo tireoidiano esquerdo, medindo 5,2 x 4,5 x 2,3 cm.

4. Às fls. 25 consta laudo cintilografia de miocárdio, datado de 17/11/2020.
5. Às fls. 27 consta laudo médico cardiológico, datado de 01/10/2020.
6. Às fls. 28 consta laudo de exame citopatológico, datado de 30/09/2020, de 02 nódulos, sendo 01 nódulo no istmo, grau 2, 4,2 cm e o outro nódulo no lobo direito, grau 2, 1,7 cm. A impressão diagnóstica apresentou para os 02 nódulos: Quadro citológico sugestivo de lesão classe II de Bethesda.
7. Às fls. 29 consta laudo neurológico, datado de 06/08/2020.

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



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

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. 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



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

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 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 triagem 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



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

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.
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 tireoide (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



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

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.

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);
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



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

- 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 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 ≤ 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 ≤ 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.



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

DO PLEITO

1. Consulta com cirurgião de cabeça e pescoço.

III – CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente, de 47 anos, apresenta formação nodular sólida, com volume total de 17,3 cm³ e solicita consulta em cirurgião de cabeça e pescoço.
2. Não consta nos documentos enviados ao NAT comprovação da solicitação administrativa prévia da cirurgia (SISREG - Sistema Nacional de Regulação), ou documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado), nem mesmo relato do Requerente. É importante informar que apenas a solicitação/encaminhamento, não é suficiente para que o Requerente tenha acesso ao procedimento pleiteado, é necessário que esteja cadastrado no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, sistema que organiza e controla o fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimiza a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, caso contrário o sistema não o identifica e não o coloca na fila. E cabe ao Município fazê-lo, independente se existe profissional/serviço regulado.
3. Em conclusão, este Núcleo entende que a cirurgia pleiteada é padronizada pelo SUS, mas não é possível afirmar que esteja indicada para o caso em tela no momento, visto que apesar de apresentar formação nodular sólida de tamanhos que variam de 4,5 cm a 43,5 cm, o laudo do exame citológico apresentou classificação Bethesda II (benigno). O encaminhamento do médico assistente é para uma avaliação do Requerente pelo cirurgião de cabeça e pescoço (especialista). Cabe a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) disponibilizá-la, em prazo que respeite o princípio da razoabilidade, preferencialmente em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico, evitando, caso haja indicação cirúrgica do especialista,



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

deslocamento desnecessário do Requerente. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve cadastrar a consulta no sistema de regulação disponibilizado pela SESA, e acompanhar a tramitação até que seja efetivamente agendada e informar ao Requerente.

4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), mas vale lembrar 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**”. (grifo nosso)



REFERÊNCIAS

Doença Nodular de Tireoide: 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

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