



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

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 510/2021

Vitória, 18 de maio de 2021

Processo n<sup>o</sup>  
[REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas do 2<sup>o</sup> Juizado Especial Cível, Criminal de Vitória, requeridas pelo (a) Magistrado(a) do Juizado, sobre o procedimento: **Iodoterapia**.

## **I - RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente necessita com urgência de tratamento com dose ablativa de iodo. Relata que em janeiro de 2020 a autora realizou cirurgia de tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal, devido a um câncer na tireoide. Como complementação do tratamento foi indicado dose ablativa de iodo. Se dirigiu ao posto de saúde, buscando o agendamento do procedimento. Como não obteve retorno se dirigiu novamente ao posto de saúde onde obteve a informação de que “seus papéis haviam sido perdidos”. Após acharem os papéis deram entrada na solicitação, que com a pandemia ficou sem agendamento até a presente data. Pelo risco de ter a doença recidivada recorre à via judicial para obter o pleito.
2. Às fls. não numeradas se encontra relatório cirúrgico, datado de 17/02/2020, assinado pelo Dr. Marco M. De Sá Santos, cirurgião de cabeça e pescoço, informando a realização da tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal em 24/01/2020.
3. Às fls. seguintes lista de documentos necessários para a obtenção pelo SUS de dose ablativa de Iodo após tireoidectomia.



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

---

4. Às fls. não numeradas se encontra BPAI com solicitação de cintilografia para pesquisa de corpo inteiro pré dose de iodoterapia, datada de 17/02/2020, realizada pelo Dr. Marco Homero de Sá Santos, CRM 8060, cuja justificativa é carcinoma papilífero de tireoide com metástase linfonodal.
5. Às fls. não numeradas se encontra BPAI com solicitação de iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireoide 150MCI, datada de 17/02/2020, realizada pelo Dr. Marco Homero de Sá Santos, CRM 8060, cuja justificativa é carcinoma papilífero de tireoide com metástase linfonodal.
6. Às fls. não numeradas se encontra BPAI com solicitação de cintilografia para pesquisa de corpo inteiro pós dose de iodoterapia, datada de 17/02/2020, realizada pelo Dr. Marco Homero de Sá Santos, CRM 8060, cuja justificativa é carcinoma papilífero de tireoide com metástase linfonodal.

## 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 Atenção Oncológica do SUS foi instituída através da **Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005 como a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**



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

---

3. A **Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de Março de 2009, considerando a necessidade de garantir o acesso da população à assistência oncológica, definiu os serviços de atendimento a estes usuários, a saber:
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) é o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.
  - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.
4. Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia é o serviço que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.
5. **Os Serviços de Atendimento Oncológico tem como responsabilidade proporcionar Assistência Especializada e integral aos pacientes de câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento, incluindo o planejamento terapêutico integral dos mesmos.**
6. De acordo com o Art. 14 Portaria SAS/MS nº 741/05: “As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão”.
7. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos tem seu custeio financiado através do pagamento dos procedimentos realizados, incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS. O custo dos medicamentos antineoplásicos utilizados no



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

---

tratamento de quimioterapia para tumores malignos está incluído no valor dos procedimentos contidos na Tabela.

8. A **Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009** estabelece que a Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES define os complexos hospitalares e habilita os estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia.

## **DA PATOLOGIA**

1. **Carcinoma de Tireoide:** a tireoide é uma glândula situada na base da garganta que produz, armazena e libera hormônios (denominados T3 e T4) imprescindíveis para o nosso organismo e responsáveis, dentre outras funções, pela regulação do metabolismo. O câncer de tireoide ou carcinoma primário de tireoide (carcinoma tireoidiano), é um acometimento maligno da glândula em que a maioria dos doentes apresenta, a longo prazo, uma sobrevida considerável. Oitenta e cinco por cento (85%) dos pacientes, que tem a doença diagnosticada e tratada em estágio inicial, estão vivos e produtivos cinco anos após o seu diagnóstico. A incidência da doença aumentou 10% na última década mas o número de mortes relacionadas a ela diminuiu.
2. A maior parte dos carcinomas tireoidianos ocorrem na faixa etária entre 25 e 65 anos, sendo duas a três vezes mais frequentes no sexo feminino do que no masculino.
3. Existem quatro tipos de câncer que afetam a tireoide: papilar; folicular; medular e anaplásico.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento inicial considerado mais adequado consiste na tireoidectomia total seguida de ablação actínica adjuvante dos remanescentes tireoidianos com <sup>131</sup>I. Após a



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

---

cirurgia e a radioiodoterapia, os pacientes são tratados com doses supressivas de levotiroxina, visando reduzir os níveis séricos de TSH para minimizar o crescimento de qualquer tumor residual. Pesquisa de Corpo Inteiro (PCI) com <sup>131</sup>I e medidas de tireoglobulina (Tg) sérica são usadas para monitorar os pacientes no seguimento.

2. **Abordagem cirúrgica:** A indicação de tireoidectomia total se baseia na multicentricidade frequente do câncer diferenciado de tireoide, que aparece em ambos os lobos tireoidianos em até 85% dos pacientes, associada ao fato de que recorrências ocorrem em até 10% dos carcinomas papilíferos no lobo contralateral após tireoidectomia parcial. Indivíduos com carcinomas papilíferos apresentam recorrências em 15% a 22% dos casos, a uma taxa de 1,8% ao ano para a primeira década após o tratamento. Cerca de 85% destas recorrências envolvem os linfonodos cervicais, 32% ocorrem em leito cervical e 12% à distância. Os carcinomas foliculares apresentam metástases à distância mais frequentemente (cerca de 17% dos casos) do que os papilíferos.
3. A tireoidectomia total é o procedimento preferido para pacientes de alto risco, com nódulos maiores do que 1cm, com acometimento de ambos os lobos tireoidianos, com extensão tumoral além da cápsula tireoidiana, ou com evidência de acometimento ganglionar cervical ou à distância, acima dos 45 anos de idade, com história progressiva de exposição à radiação ionizante.
4. **Radioiodoterapia adjuvante pós-cirúrgica:** Após a tireoidectomia inicial, usa-se <sup>131</sup>I para eliminar resíduos microscópicos em leito tireoidiano e/ou lesões metastáticas, diminuindo recorrências e mortalidade, especialmente em pacientes de alto risco. A radioiodoterapia adjuvante aumenta a especificidade da PCI subsequente em detectar lesões recorrentes ou metastáticas que, de outra forma, não apareceriam, pois o <sup>131</sup>I ou <sup>125</sup>I seria captado pelo ávido tecido tireoidiano normal remanescente no leito cirúrgico. Também se procura melhorar a efetividade da dosagem de Tg que, igualmente, poderia continuar sendo produzida por células normais remanescentes.
5. A efetividade da ablação com <sup>131</sup>I depende do volume de tecido tireoidiano normal



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

---

presente. Quando este é grande, múltiplas doses de  $^{131}\text{I}$  podem ser necessárias. O encontro de grandes massas locorregionais ou grande volume tireoidiano remanescente com captação de radioiodo acima de 5% a 10% obriga a se considerar nova cirurgia. O custo e o risco da ablação actínica torna seu uso controverso em pacientes de baixo risco, jovens com tumores menores de 1-1,5cm. Uma maneira simples de obter do paciente tireoidectomizado suficiente captação de iodo é mantê-lo sem levotiroxina. Como a levotiroxina tem meia-vida de cerca de sete dias, após 3 a 4 semanas da cirurgia, a maior parte dos pacientes deverá ter níveis de TSH acima de 25-30mU/L, suficientes para a PCI. O paciente deve ser instruído para evitar ingerir alimentos ricos em iodo por ao menos duas semanas antes do procedimento. A PCI com  $^{131}\text{I}$  ou  $\text{I}^{121}$  identifica a quantidade de tecido remanescente e permite, juntamente com os dados clínicos e anatomopatológicos, calcular a dose ablativa necessária de  $^{131}\text{I}$ . Alternativamente, pode-se usar uma dose fixa empírica de  $^{131}\text{I}$ . A realização de PCI após a dose terapêutica de  $^{131}\text{I}$  é fundamental, buscando aproveitar a maior sensibilidade em detectar metástases relacionadas à maior dose administrada. A coleta de tireoglobulina sérica, no paciente em hipotireoidismo, previamente à realização da PCI ou da dose terapêutica com  $^{131}\text{I}$ , é muito importante, já que os níveis de tireoglobulina estão diretamente relacionados à quantidade de remanescente tireoidianos e presença de metástases.

6. Terapia Supressiva com Levotiroxina: Pacientes tireoidectomizados necessitam de tratamento com hormônios tireoidianos para toda vida, para evitar hipotireoidismo e para minimizar o efeito do TSH em induzir crescimento tumoral. A sobrevida livre de doença de pacientes com câncer diferenciado de tireoide aumenta de 2 a 3 vezes quando em uso de terapia supressiva, especialmente nos pacientes de alto risco. Entretanto, a terapia de supressão tem morbidade em potencial, já que influi no metabolismo ósseo e cardiovascular, podendo diminuir a qualidade de vida do paciente. Assim, deve-se pesar o grau de supressão em cada paciente, sendo que a dosagem de T<sub>4</sub> livre deve ser mantida no limite superior, minimizando-se assim os efeitos indesejáveis da supressão excessiva. Em alguns casos, mulheres após a



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

---

menopausa e pacientes de baixo risco podem ser mantidos com níveis de TSH próximos do limiar inferior da normalidade, entre 0,1 e 0,5mU/L, sem supressão total (sem manter os níveis de TSH indetectáveis). Já pacientes de alto risco devem ter seus níveis de TSH mantidos abaixo de 0,01mU/L.

## **DO PLEITO**

1. **Iodoterapia com iodo I131:** a iodoterapia é um tratamento à base de iodo radioativo - 131, que tem como objetivo a destruição de células da tireóide que estão produzindo hormônios em excesso, no caso de pacientes com hipertireoidismo, e destruição de células cancerígenas que ainda se encontram no organismo do paciente nos casos de câncer de tireóide. O procedimento deve ser realizado em hospital, principalmente no caso de doses elevadas, devendo o paciente ficar em completo isolamento e em quarto especial (uso exclusivo para paciente em tratamento).

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. A iodoterapia para neoplasia de tireoide é um procedimento padronizado no âmbito do SUS nas dosagens de 50 MCI, 30 MCI, 100MCI, 150MCI, 200MCI e 250MCI, sendo considerado de alta complexidade.
2. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente com diagnóstico de carcinoma de tireóide diferenciado com metástase linfonodal, sendo que a paciente já foi submetida a tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal. Não consta informação se a paciente já realizou a cintilografia antes da dose de iodo, que é um exame importante para identificar a presença de tecido tireoideano residual em atividade.
3. O tratamento complementar com iodo radioativo (radioiodoterapia) é indicado em



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

---

função dos achados operatórios, exame anatomopatológico e resultado da pesquisa de corpo inteiro. Deve ser realizado após a operação e é necessário que o paciente esteja em hipotireoidismo e, portanto, só ocorrerá após cerca de três a quatro semanas da tireoidectomia ou da interrupção da reposição hormonal tireoideia. Para o tratamento é preciso internação hospitalar, em regime de isolamento, porque após a ingestão da dose de iodo radioativo são necessárias medidas para evitar a contaminação ambiental e de pessoas próximas, pois a radiação é eliminada pela pele, urina e fezes.

4. **De acordo com o INCA as principais indicações de uma terapia mais radical e complementação com iodo radioativo são a doença residual operatória, metástases à distância, linfonodos cervicais e mediastinais após a excisão cirúrgica, recidiva tumoral e invasão vascular e da cápsula glandular.**
5. O Consenso Brasileiro para nódulos de tireóide e câncer diferenciado de tireóide datado de 2007 e atualizado em 2013 em relação à ablação pós cirúrgica com I131 diz que:
  - Recomendação 38: Em pacientes de baixo risco, a atividade de 30mCi é preferível , ficando 100mCi reservada aos casos sabidamente com grandes remanescentes.
  - Recomendação 39: Em pacientes sem doença aparente, mas de intermediário ou alto risco, recomenda-se atividade 100 mCi de I131.
  - Recomendação 40: Nos casos de persistência tumoral locorregional, não candidatos a reintervenção cirúrgica, recomenda-se 100 a 150 mCi de I 131.
  - Recomendação 41: Atividade de 200mCi seria considerada apenas em adultos sabidamente com metástases distantes.
6. Considerando que a Requerente apresenta metástase em linfonodo cervical, conclui-se que tem indicação para a realização da **terapia com iodo radioativo** (Iodoterapia





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

---

com iodo I131), nas doses preconizadas pelo médico assistente.

7. A responsabilidade por realizar esse procedimento é do Cacon no qual a Requerente realiza seu tratamento, caso esteja previsto em sua contratualização, ou da Secretaria de Estado da Saúde em caso contrário. O procedimento deve ser disponibilizado com prioridade, lembrando que antes de sua realização faz-se necessário uma cintilografia para pesquisa de corpo inteiro.



### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Portaria SAS/MS n<sup>o</sup> 466 de 20 de agosto de 2007. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-466.htm>. Acesso em: 11 de jan. de 2017.

FERRAZ, A.R. et al. Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Tireoide. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho federal de Medicina. 18 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/o22.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/o22.pdf). Acesso em 11 de jan. de 2017.

Mário Henrique Osanai (CGATS/DECIT/SCTIE/MS). O uso da Tirotrófina alfa no diagnóstico e acompanhamento do Câncer de tireoide. [portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/leituraArquivo.cfm?anexo](http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/leituraArquivo.cfm?anexo). Acesso em 11 de jan. de 2017.