



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 663/2021

Vitória, 22 de junho de 2021.

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: **Tireoidectomia parcial do lobo direito da tireoide.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, é portadora de nódulos na glândula tireoide, conforme laudos e exames médicos anexados, cujo diagnóstico foi de bócio multinodular no lobo direito da tireoide. Fez exame – PAAF o qual confirmou no exame histopatológico a existência de células de crescimento atípico (Bethesda III), sendo então indicada a cirurgia para remoção do nódulo, de acordo com laudo médico emitido pelo Dr. Geral Virllen Paschoal, CRMES 10070, de 11/06/2021. Informa que o nódulo mede 48 x 5 x 12 mm, necessita ser retirado cirurgicamente e o valor dos honorários médicos é de R\$10.000,00 (dez mil reais). Como não possui recursos recorre à via judicial para obter o procedimento cirúrgico.
2. Às fls. 7348744 (Pág. 1) se encontra Guia de Referência e Contra Referência, sem data, em que o Dr. Paulo R. Brunoro Costa, CRMES 2367, oncologista e mastologista, encaminha a Requerente para cirurgião de cabeça e pescoço. Informa tumor de lobo direito da tireoide há 01 ano, atualmente com 5 cm. Fez PAAF que revelou Bethesda



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

- III, sendo que o exame foi repetido e se manteve inalterado. Encaminha para tireoidectomia parcial direita não oncológica.
3. Às fls. 7348744 (Pág. 2) se encontra laudo de ultrassonografia da região cervical, datado de 30/07/2020 informando na conclusão a presença de bócio uninodular no lobo direito da tireoide.
 4. Às fls. 7348744 (Pág. 3) se encontra laudo da punção de tireoide, datado de 23/10/2020. Realizada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia, de nódulo sólido hipoecóico, de limites precisos e contornos lobulados, sem halo hipoecóico, ou microcalcificações associadas, medindo 48 x 15 x 12 mm – Vol.: 5,0 cm³, ocupando grande parte do lobo direito da tireóide, sendo material enviado para estudo citopatológico.
 5. Às fls. 7348744 (Pág. 4) laudo médico emitido em 11/06/2021 pela Dra. Virllen Paschoal, cirurgiã geral, CRM 10070. Paciente com nódulo em tireoide com crescimento progressivo, com indicação de tratamento cirúrgico, já feito tratamento clínico com endocrinologista.
 6. Às fls. 7348745 (Pág. 1), encaminhamento ao Dr. Paulo Brunoro, cirurgião de cabeça e pescoço, em 12/11/2020, realizado pela Dra. Bianca Puppim, endocrinologia e metabologia, CRMES 10526, informando histórico familiar de tireoidectomia por nódulo. Apresenta nódulo cuja PAAF deu indeterminado - Bethesda III com atipias de significado indeterminado.
 7. Às fls. 7348745 (pág. 2), laudo citopatológico de 04/11/2020, cuja conclusão diz: categoria diagnóstica (Bethesda, 2017) III. Atipia de significado indeterminado. Esfregaços contendo células atípicas te significado indeterminado.
 8. Às fls. 7348745 (pág. 3), laudo citopatológico de 26/01/2021, cuja conclusão diz: Esfregaço exibindo células foliculares com formação de ocasionais microfóliculos e raros agrupamentos sinciciais e sobreposição nuclear. O quadro histológico sugere lesão folicular de significado indeterminado / atipias de significado indeterminado.



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

Classificação de Bethesda III (AUS/FLUS).

9. Às fls. 7348745 (pág. 4) e 7348746 (pág. 1) se encontra risco cirúrgico do dia 12/01/21 para a cirurgia proposta de tireoidectomia.

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.



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

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 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



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

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 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



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

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 hipoeogenicidade 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;



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

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 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.



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

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.

DO PLEITO

1. **Tireoidectomia parcial de lobo direito da tireoide:** procedimento regularmente ofertado pelo SUS, considerado de média complexidade.
2. Esta cirurgia deve ser realizada preferencialmente por especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, trata-se de paciente portadora de bócio



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

- uninodular de lobo direito de tireoide, cujo tamanho é de 5 cm, Bethesda III, com indicação de realização de cirurgia de tireoidectomia parcial.
2. Sabe-se que, de acordo com a literatura atual, a cirurgia (tireoidectomia) é o tratamento de escolha nos bócios com suspeita de neoplasia, ou com sintomas compressivos importantes ou extensão intratorácica.
 3. Considerando que a citologia revela atipia de significado indeterminado (categoria III de Bethesda), e que consta informação de que repetiu a PAAF mantendo o mesmo resultado; considerando que o nódulo possui tamanho > que 2 cm, este NAT conclui que a cirurgia está indicada para a paciente em tela pelo risco de malignidade do nódulo.
 4. **É importante a consulta prévia com a cirurgião de cabeça e pescoço que realizará o procedimento, pois cabe ao mesmo determinar a extensão da retirada glandular e a avaliação pré-operatória. Nesta consulta a Requerente deve entregar a este médico todos os exames realizados.**
 5. O procedimento é classificado como eletivo, porém deve ser considerado as características do nódulo e a velocidade de crescimento, devendo este caso ser tratado com prioridade. Cabe à Secretaria de Estado da Saúde – SESA o agendamento da consulta e do procedimento cirúrgico em si.





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

Arap SS, et al. **Bócio Atóxico: Diagnóstico e Tratamento**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2005. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/03-Bocioat.pdf