



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1060/2020

Vitória, 09 de setembro de 2020

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal da Serra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. João Patricio Barroso Neto, sobre o procedimento: **consulta com cirurgia de cabeça e pescoço**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente de 45 anos de idade, possui nódulo tireoidiano (2.5 x 1.4) e não consegue marcar uma consulta com um especialista pela rede pública – solicitada em 12/03/2020, visto que no sistema do posto de saúde não consta um especialista em cabeça e pescoço. A Autora tem história de sua genitora fazer tratamento pelo mesmo motivo e a doença já fez metástase entre a medula óssea e o pulmão, e ter perdido um tio com o mesmo problema. Pelo exposto acima e por não possuir condições financeiras para fazer o tratamento particular, recorre a via judicial.
2. Às fls. 10 consta encaminhamento para o ambulatório SUS, emitido em 12/05/2020 pela Dr^a. Andrea Hilgenberg, cirurgia de cabeça e pescoço, CRM ES 10733, para tireoidectomia. Ao ultrassom tireoide consta nódulo 2.5 X 1.4 – Tomimori IV; PAAF: Bethesda III



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

3. Às fls. 11 consta guia de referência para especialidades, emitido em 13/03/2020 pela Dr^a Christiana Caran Brahin, cirurgia geral, CRM ES 6240, descrevendo nódulo de tireoide. Feito biópsia, proliferação de células foliculares, com alterações nucleares focais. Hipótese diagnóstica de neoplasia de tireoide. Tendo a observação que no SISREG não há opção para cirurgia de cabeça e pescoço.
4. Às fls. 12 consta descrição da biópsia percutânea de tireoide, emitido em 20/11/2019, nódulo misto, predominantemente sólido, microcalcificações esparsas, de contornos irregulares, sem halo, com vascularização periférica e central (Chammas III) Tomimori grau IV, Tirads 4 medindo 2.3x1.4x1.5 cm. Laudo citológico enviado em separado.
5. Às fls. 14 e 15 se encontra relatório de ultrassonografia da região cervical e imagens, emitido em 06/07/2020, glândula tireoide tópica de contornos regulares, com textura heterogênea com microvesículas coloides dispersas e dimensões aumentadas (bócio); lobo esquerdo com imagem nodular em polo inferior de textura mista, de borda regular definida, medindo 24 mm de diâmetro. Dimensões: lobo direito 48x20x17 mm com volume 9.3 cm³; lobo esquerdo 62x15x17 mm com volume de 8.7 cm³; istmo medindo volume 1 cm³. Volume de área total de 19 cm³ (volume normal 10.9 +/- 2.5 cm³). Dopplerfluxometria padrão vascular de acordo com critérios de CHAMMAS foi tipo III (nódulo com vascularização periférica maior ou igual a central).

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



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

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.

3. O Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, diz 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)



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



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

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. 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 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; II – Benigno; **III - Atipias/Lesão folicular de significado indeterminado;** IV - Suspeito para neoplasia folicular



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

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), ou se tiver provocando sintomas secundários como sinais de compressão pelo volume aumentado da glândula.
2. A dosagem de tireoglobulina (Tg) sérica é um teste de sensibilidade e especificidade relativamente baixas para diagnóstico de malignidade da tireoide. A tireoglobulina é uma glicoproteína secretada exclusivamente pelas células foliculares tireoidianas, normais ou neoplásicas. Após a tireoidectomia total (ou quase total) e ablação de restos tireoidianos com ¹³¹I, a tireoglobulina é um marcador tumoral extremamente sensível e específico para detecção de doença residual.
3. **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.**
4. **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.**
5. Se a amostra for inadequada para análise citológica (categoria I de Bethesda),



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

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 \leq 2 cm e baixa suspeita clínica e ultrassonográfica para câncer devem ser acompanhados.

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Cirurgia deve ser considerada em nódulos com progressão durante o acompanhamento, cuja citologia inicial foi indeterminada ou insatisfatória.

DO PLEITO

1. **Consulta com cirurgia cabeça e pescoço:** Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 03.01.01.007-2, sendo considerado de média Complexidade, segundo o



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

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). Sendo o código para o médico cirurgião de cabeça e pescoço – 225215.

2. **Tireoidectomia:** existem vários tipos de procedimento como: 04.02.01.003-5 - tireoidectomia parcial; 04.02.01.004-3 - tireoidectomia total; 04.02.01.005-1 - tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar; 04.16.03.027-0 - tireoidectomia total em oncologia;

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente com 45 anos de idade, possui nódulo tireoidiano (2.5x1.4) e não consegue marcar uma consulta com um especialista pela Rede Pública – solicitada em 12/03/2020, visto que no sistema do posto de saúde não consta um especialista em cabeça e pescoço. Apresentando história familiar de neoplasia de tireóide.
2. A Requerente necessita da avaliação do especialista para uma análise deste nódulo e verificar a melhor conduta a ser adotada. Esta consulta com médico especialista é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, inscrito sob o código 03.01.01.007-2, considerada de média complexidade segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
3. A tireoidectomia é um procedimento regularmente fornecido pelo SUS, sob o código 04.02.01.003-5 para tireoidectomia parcial, 04.02.01.004-3 para tireoidectomia total e 04.16.03.027-0 para tireoidectomia total em oncologia. Considerados de alta e média complexidade segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
4. Não consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia da consulta (SISREG - Sistema Nacional de Regulação) ou documento que



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

comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado), somente o relato da Requerente. Ao consultarmos o portal do SUS (<https://portalsus.es.gov.br/>) na presente data para verificarmos se a solicitação está cadastrada no sistema, aparece a informação “número do cartão SUS não encontrado”. É importante informar que apenas o encaminhamento/solicitação (guia de referência e contra-referência) não é suficiente para que a Requerente tenha acesso à consulta pleiteada, é necessário que esteja cadastrado no SISREG, 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. **Cabe ao Município fazê-lo, independente se existe profissional/serviço regulado, e disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.**

5. Em conclusão, este NAT entende que, a paciente deve ter uma consulta agendada com médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço vinculado ao SUS, preferencialmente em estabelecimento de saúde que realize procedimento cirúrgico, para avaliação do quadro clínico, definição e propedêutica cirúrgica, com prioridade, uma vez que tem história familiar de neoplasia de tireoide. Cabe ao especialista definir a prioridade no agendamento do procedimento que indicará.
6. 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”.
7. Segundo a Portaria 66/2020, divulgada em 06/08/2020 pela SESA, que trata do reagendamento das cirurgias eletivas, das consultas e exames laboratoriais



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

especializados ofertados pelos serviços próprios e contratualizados pela SESA neste período de pandemia, destaca-se : (...)

-2.7) A transição entre as medidas de isolamento social para controle da Pandemia e o reagendamento dos serviços de saúde deve acontecer de forma gradativa e segmentada. O processo de reagendamento será desenvolvido em 03 (três) etapas progressivas.

2.7.1) ETAPA I: oferta 30% (trinta por cento) da capacidade anterior, constatada pela série histórica e contratualizada na rede complementar;

2.7.2) ETAPA II: oferta de 70% (setenta por cento) constatada pela série histórica contratualizada na rede complementar contratualizada na rede complementar;

2.7.3) ETAPA III: oferta de 100% (cem por cento), voltando aos níveis da série histórica contratualizada na rede complementar.

(...)

-O reagendamento das consultas e exames ambulatoriais, cirurgias eletivas estabelecerá como prioridades a lista de casos cancelados e adiados anteriormente, para realização de consultas pré-cirúrgicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ambulatoriais e hospitalares e cirurgias eletivas, os casos regulados e em auto gestão, seguindo as recomendações para aplicação de medidas que garantam segurança aos pacientes, colaboradores e profissionais de saúde que atuam no serviço.

8. Este NAT se encontra à disposição para maiores esclarecimentos.





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

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

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