



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

1

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 242/2020**

Vitória, 05 de fevereiro de 2020

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível de Itapemirim - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **consulta com cirurgia cabeça e pescoço**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os Fatos relatados na Inicial, o Requerente apresentou sintomas como dor, prurido em seus ouvidos e liberação de secreção tendo feito tratamento; porém após alguns meses os sintomas retornaram, tendo em nova consulta a solicitação de uma ultrassonografia, onde foi detectado um pequeno cisto na glândula parótida direita. A médica assistente o encaminhou para realização de tratamento cirúrgico com médico especialista em cabeça e pescoço. Por não possuir recursos para arcar com as despesas de seu tratamento, recorre a via judicial para consegui-lo.
2. Às fls. 03 consta declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim, emitida em 13/01/2020, declarando que o procedimento cirurgia de cabeça e pescoço pelo sistema SUS, via SISREG, e pelo Consorcio Municipal Expedida Sul, não tem prestador.
3. Às fls. 08 consta guia de referência e contra referência, sem data, emitido pela Dr<sup>a</sup>



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

1

Alessandra Soares, otorrinolaringologista, CRM ES 11972, encaminhando para cirurgião de cabeça e pescoço para avaliação, descrevendo cisto em parótida direita, realizado ultrassonografia (USG) de glândulas salivares.

4. Às fls. 05 consta laudo de USG de glândulas salivares, emitido em 19/12/2019, evidenciando pequeno cisto na glândula parótida direita; linfonodos intra glandulares nas parótidas.

## 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



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

1

condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

## **DA PATOLOGIA**

1. Tumores de parótida incidem em 1:100.000 habitantes, representando 2%-3% dos tumores de cabeça e pescoço e 80% dos tumores de glândulas salivares. Em 1991, os tumores de parótida foram classificados histologicamente em mais de 30 tipos pela Organização Mundial da Saúde (WHO).
2. A bibliografia atual estima que cerca de 80% destes sejam benignos, sendo o mais comum o adenoma pleomórfico, com uma incidência entre a quarta e a sexta décadas de vida. Clinicamente, a manifestação mais comum do adenoma pleomórfico é a presença de uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, aspecto lobulado, indolor, móvel à palpação e de longa evolução. Este tumor pode atingir grandes dimensões e, invariavelmente, respeita a função da mímica facial. O segundo tumor benigno mais comum é o tumor de Warthin, acometendo mais homens a partir da quinta década e podendo ter apresentação bilateral.
3. A maioria dos **cistos de glândulas salivares ocorre na parótida**, constituindo 2 a 5% das lesões dessa glândula. Podem ser adquiridos ou congênitos. Um tipo de cisto congênito é o cisto dermoide, associado a apêndices na pele. São tratados com excisão cirúrgica, considerando-se o nervo facial. Outros cistos são derivados de anomalias da primeira e segunda fenda branquiais. O tipo primário é aquele derivado apenas do primeiro arco (duplicação anômala da membrana do conduto auditivo externo) e o secundário, derivado do primeiro e segundo arcos (duplicação da cartilagem do conduto auditivo externo). Ambos são intimamente associados ao nervo facial.



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

1

4. Cistos adquiridos podem ser associados a neoplasias benignas, lesões linfoepiteliais, trauma, cálculos, obstrução do ducto e extravasamento do muco. Dentre as neoplasias podemos citar o adenoma pleomórfico, carcinoma adenocístico, carcinoma epidermoide e tumor de Warthin.
5. Quanto aos tumores malignos, o mais prevalente é o carcinoma mucoepidermoide, seguido pelo carcinoma adenoide cístico. A presença de dor, paralisia facial, crescimento rápido, limites mal definidos e infiltração de pele são algumas características que levam à suspeita de neoplasia maligna.
6. O primeiro exame de imagem no processo do diagnóstico de uma neoplasia de parótida é geralmente a ultrassonografia, mas este tipo de exame não é determinante para a indicação do tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada e/ou a ressonância nuclear magnética não são essenciais, mas podem ser indicadas em casos selecionados para planejar o tratamento adequado. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF), guiada ou não por ecografia, pode ser utilizada como diagnóstico complementar, especialmente na suspeita de uma manifestação não característica de adenoma pleomórfico. O objetivo da punção é diferenciar entre neoplasia benigna e maligna, visto que a citologia geralmente não determina o diagnóstico histológico definitivo. A biópsia incisional está contraindicada, pois frequentemente é a causa de implante neoplásico e conseqüentemente, de recidivas em adenomas pleomórficos e neoplasias malignas. Sabe-se que múltiplas recidivas de adenomas pleomórficos aumentam a possibilidade de transformação maligna do tumor (carcinoma, adenoma pleomórfico), e é comum pacientes com estes tumores apresentarem, na história pregressa, a realização de uma biópsia incisional ou tratamentos cirúrgicos inadequados
7. Segundo o estudo encontrado, o nódulo único em região parotídea é a principal manifestação de neoplasia da glândula parótida, o adenoma pleomórfico é o tipo



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

1

histológico de maior prevalência e a parotidectomia subtotal com preservação do nervo facial é o tratamento mais indicado para estes pacientes. A paralisia facial definitiva só é justificada em neoplasias malignas.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento de eleição consiste na excisão cirúrgica da lesão, com pequena margem de segurança, em virtude da possibilidade de recidiva, caso permaneçam células tumorais após a enucleação.
2. O tratamento dos cistos é a excisão cirúrgica com preservação do nervo facial. Em se encontrando um cisto parotídeo a conduta inicial é realização de USG e TC. PAAF está indicado caso a lesão seja confirmada e em caso de padrão não sugestivo de neoplasia, pode-se acompanhar o caso, porém se mesmo sem aspecto de neoplasia houver infecção recorrente ou aumento progressivo do cisto, está indicada sua remoção por cirurgia mais adequada, sendo a menor delas a parotidectomia superficial
3. No caso de persistir alguma dúvida sobre a natureza da lesão após esta investigação preliminar, o próximo procedimento diagnóstico mínimo deve ser a parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial, seguido de exame de congelação. Deve ser evitada a biópsia incisional, visto que este procedimento, além de produzir uma cicatriz que deverá ser removida no procedimento definitivo, produz um maior risco de disseminação tumoral e lesão do nervo facial.
4. A parotidectomia superficial consiste na ressecção da porção da glândula parótida localizada lateralmente ao nervo facial, após cuidadosa identificação e preservação deste nervo. A lesão nodular é removida sem a exposição da sua cápsula, envolvida por tecido glandular normal, com pelo menos 2 cm de margem (exceto quando o tumor está próximo do nervo facial).



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

1

5. A parotidectomia total remove todo o tecido glandular, lateral e medial ao nervo facial, tendo sua principal indicação nos casos de acometimento do lobo profundo da glândula parótida. Foi o procedimento realizado nos 5 casos que apresentavam acometimento do lobo profundo, correspondendo a 7,3% das cirurgias.

## **DO PLEITO**

1. **“Consulta com cirurgião cabeça e pescoço.”**

## **III – CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, trata-se de um paciente que apresentou sintomas como dor, prurido em seus ouvidos e liberação de secreção, sendo que alguns meses após a realização do tratamento os sintomas retornaram, tendo em nova consulta a solicitação de uma ultrassonografia, onde foi detectado um pequeno cisto na glândula parótida direita. A médica assistente o encaminhou para realização de tratamento cirúrgico com médico especialista em cabeça e pescoço.
2. O procedimento de consulta com cirurgião cabeça e pescoço é contemplado pelo SUS de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
3. Em conclusão, este Núcleo entende que a consulta pleiteada é padronizada pelo SUS e está indicada para o caso em tela, sendo que tal consulta deve ser disponibilizada preferencialmente em estabelecimento de saúde que realiza o procedimento cirúrgico, visto que existe uma grande chance da indicação cirúrgica pelo especialista, evitando o deslocamento desnecessário do Requerente. Não há evidências nos autos de que a consulta solicitada já esteja cadastrada no SISREG. Cabe a SESA disponibilizar a consulta/cirurgia, em prazo que respeite o princípio da



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

1

razoabilidade. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve cadastrá-la no SISREG **independente se existe ou não profissional/serviço regulado** e acompanhar a tramitação até que seja efetivamente agendada e informar a Requerente.

4. Vale ressaltar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:

“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”.

5. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

**REFERÊNCIAS**

Pinheiro, P. Nódulo na Tireoide: Sintomas, Causas e Risco de Câncer- 08 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2010/10/nodulo-de-tireoide.html>



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

1

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](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](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/03-Bocioat.pdf)

TIAGO, Romualdo Suzano Louzeiro et al. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Rev. Bras. Otorrinolaringol., v. 69, n. 4, pp. 485- 489, 2003.