



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1657/2019

Vitória, 14 de outubro de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Pedro Canário – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leandro Cunha Bernardes da Silveira, sobre os procedimentos: **Tratamento cirúrgico em glândula tireóide (tireoidectomia); Transporte e deslocamento da Requerente para realizar seu tratamento, em caráter imediato.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente tem histórico de câncer na cabeça (tumor no couro cabeludo - sarcoma fusocelular, e já passou por 04 (quatro) cirurgias em Linhares, sendo a última cirurgia no ano de 2007. Atualmente, a autora procurou a prefeitura de Pedro Canário/ES e a SESA (Secretaria de Saúde) objetivando a marcação de cirurgia na glândula tireóide, com urgência, pelo SUS, porém não logrou êxito. Conforme laudo subscrito pela médica a paciente necessita de tireoidectomia total. Diante da impossibilidade de resolver a questão junto aos hospitais, a Autora procurou o Fórum de Pedro Canário, onde foi nomeada a advogada dativa segundo a lista, a fim de haver dirimida a questão. Sem condições financeiras para arcar com os custos da cirurgia, recorre à via judicial.
2. Às fls. 18 consta o e-mail encaminhado pelo Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames da SESA, no dia 13/02/2019, sendo informado que o prestador de Consulta em Cirurgia Cabeça e Pescoço é o CRE Metropolitano e este não realiza



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

procedimento cirúrgico, sendo assim, foi informado que no momento não há prestador público regulado, filantrópico ou credenciado na Rede Estadual de Saúde, pelo sistema de informação SISREG, disponibilizado na Região Metropolitana, com base nos perfis de atendimento informado pelos prestadores de serviço, para executar cirurgia de Tireoidectomia não oncológica.

3. Às fls. 19 consta o Espelho só SISREG III com a solicitação de consulta com cirurgião de cabeça e pescoço - oncologia, requerida em 31/05/2019, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta hipótese diagnóstica de Bócio Multinodular, com Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia 26/09/2018, evidenciando aumento de tireóide, com dimensões: em lobo direito de 4.5 cm x 2.4 cm x 2.4 cm nos seus maiores eixos e volume de 12.9 cm³, em lobo esquerdo de 3.8 cm x 2.1 cm x 2.3 cm, com predomínio de vascularização interna ao Doppler, em istmo com ecotextura heterogênea, com 0.9 cm de espessura. Foi realizada biópsia, sendo informado em Laudo Citopatológico, emitido no dia 08/01/2019, que se trata de pequeno número de células inflamatórias e frequentes agrupamentos e placas de células epiteliais foliculares com leve grau de atipia nuclear; Bethesda categoria II. Aos exames laboratoriais (realizados em 28/09/2018) consta resultado de Tireoglobulina 122,60 NG/ML; TSH: 0,02 MCUI/ML; Anticorpos Anti-Tireoglobulina: 105,9 UI/ML; Tiroxina livre: 3,13 NG/Dl. Informado ainda que a paciente necessita de tireoidectomia total. Esta solicitação foi devolvida pela Regulação e solicitado que seja encaminhado pedido de consulta com cirurgião de cabeça e pescoço não oncológico.
4. Às fls. 20 consta a Guia de Referência e Contra-Referência do SUS, com a solicitação de consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, requerida em 15/05/2019, sendo justificado que a paciente [REDACTED] apresenta hipótese diagnóstica de Bócio Multinodular, com Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia 26/09/2018, evidenciando aumento de tireóide, com dimensões: em lobo direito de 4.5 cm x 2.4 cm x 2.4 cm nos seus maiores eixos e volume de 12.9 cm³, em lobo esquerdo de 3.8 cm x 2.1 cm x 2.3 cm, com predomínio de vascularização interna ao Doppler, em istmo com ecotextura heterogênea, com 0.9 cm de espessura. Foi



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

- realizada biópsia, em 08/01/2019, sendo concluído se tratar de pequeno número de células inflamatórias e frequentes agrupamentos e placas de células epiteliais foliculares com leve grau de atipia nuclear; Bethesda categoria II. Aos exames laboratoriais (realizados em 28/09/2018) consta resultado de Tireoglobulina 122,60 NG/ML; TSH: 0,02 MCUI/ML; Anticorpos Anti-Tireoglobulina: 105,9 UI/ML; Tiroxina livre: 3,13 NG/Dl. Informado que paciente necessita de tireoidectomia total.
5. Às fls. 21 consta o Encaminhamento para o cirurgião de cabeça e pescoço, em papel timbrado do Hospital Santa Rita, requerida em 18/01/2019, sendo justificado que a paciente [REDACTED] tem histórico de câncer na cabeça (tumor no couro cabeludo - sarcoma fusocelular, e já passou por 04 (quatro) cirurgias em Linhares, sendo a última cirurgia no ano de 2007. Apresenta Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia 26/09/2018, evidenciando que aumento de tireóide, com dimensões: em lobo direito de 4.5 cm x 2.4 cm x 2.4 cm nos seus maiores eixos e volume de 12.9 cm³, em lobo esquerdo de 3.8 cm x 2.1 cm x 2.3 cm, com predomínio de vascularização interna ao Doppler, em istmo com ecotextura heterogênea, com 0.9 cm de espessura. Foi realizada biópsia, em 08/01/2019, sendo concluído se tratar de pequeno número de células inflamatórias e frequentes agrupamentos e placas de células epiteliais foliculares com leve grau de atipia nuclear; Bethesda categoria II. Aos exames laboratoriais (realizados em 28/09/2018) consta resultado de Tireoglobulina 122,60 NG/ML; TSH: 0,02 MCUI/ML; Anticorpos Anti-Tireoglobulina: 105,9 UI/ML; Tiroxina livre: 3,13 NG/Dl. Informado que a paciente necessita de tratamento para doença benigna.
6. Às fls. 22 consta o Laudo da Ultrassonografia de Tireóide, realizada no dia 26/09/2018, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta Bócio Multinodular, de dimensões: em lobo direito medindo 4.5 cm x 2.4 cm x 2.4 cm nos seus maiores eixos e volume de 12.9 cm³, em lobo esquerdo medindo 3.8 cm x 2.1 cm x 2.3 cm, com predomínio de vascularização interna ao Doppler, em istmo com ecotextura heterogênea, com 0.9 cm de espessura.
7. Às fls. 24 consta o Laudo Citopatológico, emitido no dia 08/01/2019, sendo concluído



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

que a paciente [REDACTED] apresenta quadro citológico consistente com pequeno número de células inflamatórias e frequentes agrupamentos e placas de células epiteliais foliculares com leve grau de atipia nuclear; Bethesda categoria II.

8. Às fls. 25 consta o Laudo da Cintilografia de tireóide, emitido no dia 25/02/2019, sendo concluído que a paciente [REDACTED] apresenta nódulo visualizado na ultra-sonografia com captação semelhante ao restante do parênquima tireoidiano (nódulo "morno"). Glândula normocaptante.

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



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

sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. **Bócio nodular:** bócio é o termo que designa aumento de volume da glândula tireoide. Os bócios são considerados atóxicos ou simples, quando não há hiperfunção da glândula. Podem ser endêmicos, se houver carência de iodo na alimentação, ou esporádicos, na ausência deste fator. Os bócios podem ser classificados pela sua forma como difuso, uninodular ou multinodular. Pode ocorrer bócio difuso atóxico, fisiologicamente, durante a gestação ou na puberdade, quando há uma grande alteração hormonal em todo o organismo. São considerados mergulhantes quando uma parte desta tireoide tóxica doente se insinua até o mediastino superior e não consegue palpar o seu limite inferior na altura da fúrcula esternal.
2. O **bócio multinodular** é mais frequente em mulheres e se correlaciona de modo inverso com o aporte de iodo da população, com prevalência acima de 30% em regiões com insuficiência de iodo. Hipertireoidismo clínico ou subclínico ocorrem em cerca de 25% desses casos.
3. A maioria das pessoas com bócio multinodular é assintomática ou tem desconforto estético. Podem apresentar compressão intratorácica e sintomas como dispneia, tosse, rouquidão ou disfagia. Situações clínicas como paralisia de nervo frênico, síndrome de Horner e síndrome de veia cava superior são extremamente raras. Dor e sintomas compressivos agudos geralmente são devido à degeneração cística ou hemorragia intranodular. O risco de malignidade é semelhante ao dos nódulos únicos de tireoide. Deve-se avaliar também função tireoidiana com TSH e sintomas compressivos (raros em bócios menores de 30-40 ml). Se o TSH estiver suprimido, deve-se realizar investigação adicional para hipertireoidismo com T4-livre ou T4 total, T3 e cintilografia de tireoide. No bócio intratorácico, deve-se solicitar TC sem contraste ou ressonância magnética da região cervical e torácica para avaliar indicação cirúrgica. Se isso não for possível, pode-se solicitar raio-x da região ou na presença de sintomas



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

compressivos, encaminhar para o endocrinologista.

4. São três os objetivos ao se fazer o diagnóstico do bócio: avaliar se a natureza da lesão é benigna ou maligna; avaliar se a tireoide é hipo, hiper ou normofuncionante; avaliar se a presença do bócio provoca compressão da via aérea, digestiva ou estruturas vasculares, como a artéria carótida e os vasos da base. Para que esses objetivos sejam atingidos, são avaliados os aspectos epidemiológicos, anamnese, exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem. Havendo suspeita de malignidade, emprega-se a punção biópsia por agulha fina.
5. Segundo o Sistema Bethesda, para laudos citopatológicos de tireoide, a lesão pode ser classificado como:
 - I Amostra não diagnóstica;
 - II Benigno;
 - III Atípicas/Lesão folicular de significado indeterminado;
 - IV Suspeito para neoplasia folicular ou neoplasia folicular;
 - V Suspeito para malignidade VI Maligno.
6. A Classificação TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) é ultrassonográfica, numa tentativa de se identificar o potencial de malignidade de nodulação tireoideanas.
 - 1: Negativo - Tireoide normal
 - 2: Benigno - Características benignas
 - 3: Provavelmente benigno - sem características suspeitas
 - 4A: Pouca suspeita - uma característica suspeita
 - 4B: Suspeita intermediária - duas características suspeitas
 - 4C: Suspeita moderada - três ou quatro características suspeitas
 - 5: Alta suspeita - cinco características suspeitas
 - 6: Malignidade comprovada



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

DO TRATAMENTO

1. O tratamento dos bócios atóxicos é a tireoidectomia, que pode ser classificada conforme a sua extensão em nodulectomia, istmectomia, lobectomia parcial, lobectomia total com istmo, tireoidectomia subtotal bilateral e tireoidectomia total. Sempre que possível, deve se realizar tireoidectomia parcial, com intuito de manter a função fisiológica da glândula, levando em conta o risco de recidiva do bócio, principalmente nos casos de bócio multinodular com tireoidite associada. Quando há hipotireoidismo prévio, a tireoidectomia total é mais facilmente indicada. A operação deve ser realizada preferencialmente com anestesia geral, e o paciente deve ser observado por um período de 12 a 48 horas, onde complicações mais graves, como hemorragia e hematoma, lesão do nervo laríngeo recorrente e hipoparatiroidismo, são identificadas.
2. A cirurgia é o tratamento de escolha nos bócios com suspeita de neoplasia, com sintomas compressivos importantes ou extensão intratorácica. Pode-se utilizar iodo radioativo em pacientes não candidatos à cirurgia, o qual está associado à redução do volume tireoidiano em 40-60% em 1-2 anos, havendo melhor resultado nos 3 primeiros meses após o procedimento.
3. É descrito em literatura que na presença de nódulo em tireóide 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.

DO PLEITO

1. **Tratamento cirúrgico em glândula tireóide (tireoidectomia); Transporte e deslocamento da Requerente para realizar seu tratamento, em caráter imediato.**



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

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, a paciente [REDACTED], de 52 anos de idade, apresenta Bócio Multinodular, com exame de imagem (Ultrassonografia de Tireóide), evidenciando aumento de tireóide, com Laudo Citopatológico, de janeiro/2019, com a presença células epiteliais foliculares com leve grau de atipia nuclear, com classificação Bethesda de lesão tireoidiana benigna. Aos exames laboratoriais (realizados em 28/09/2018) foi identificado diminuição de hormônio tireoestimulante (TSH) e aumento de tiroxina livre, caracterizando um quadro de Hipertireoidismo (clínico ou subclínico). Foi solicitado, em Documentos anexados ao Processo, a consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, desde janeiro/2019, visto que foi indicado tireoidectomia total.
2. A **tireoidectomia total** é um procedimento regularmente ofertado pelo SUS, inscrito sob código nº 04.02.01.004-3, considerado de financiamento de média e alta complexidade. Esta cirurgia deve ser realizada preferencialmente por especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.
3. Diante do exposto, este NAT considera indicada a cirurgia (tireoidectomia) para a Requerente, porém é importante a consulta prévia com a cirurgião de cabeça e pescoço, em serviço onde é realizado procedimento cirúrgico (neste caso, que contenha cirurgias que realizem tratamento intervencionista de doença benigna, ou seja, não oncológica), pois cabe ao mesmo determinar a extensão da retirada glandular e a avaliação pré-operatória, sendo de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde disponibilizar uma consulta com este profissional, bem como a cirurgia.
4. Informamos também que, caso a Requerente não tenha transporte próprio ou meios para efetuar o transporte, cabe ao Município disponibilizá-lo para efetuar suas consultas/procedimentos no local onde serão realizados.
5. Vale ressaltar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

“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**”.

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

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

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

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