



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 42/2022

Vitória, 17 de janeiro de 2022.

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e Fazenda Pública de Cariacica-ES, requeridas pelo MM. Juiz, Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **Consulta com médico cirurgião de cabeça e pescoço.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a inicial, a Requerente, de 71 anos, alega que apresenta nódulo na garganta que está se agravando e necessita de consulta com médico cirurgião em cabeça e pescoço. Informa que aguarda a marcação de consulta no SUS para a referida especialidade, sem previsão de agendamento.
2. Às fls. 11365470 (5) consta guia de solicitação, datada de 10/11/2021, encaminhando a Requerente ao cirurgião de cabeça e pescoço. Informa que ela apresenta hipotireoidismo e nódulo tireoidiano. Assinado pela médica reumatologista, Dra. Letícia Resende Brandão, CRM ES 6802.
3. Às fls. 11365470 (8) consta laudo citopatológico do bócio multinodular detectado há 7 meses, datado de 17/12/2018, com a conclusão:
 - a) nódulo folicular benigno;
 - b) Bethesda categoria II.
4. Às fls. 11365470 (9) consta laudo citopatológico de nódulos da tireoide, datado de



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

13/09/2018, com a conclusão:

a) lóbulo direito: material inadequado devido escassez celular e hemorragia.

b) lóbulo esquerdo: atipia de significado indeterminado – Bethesda III.

5. Às fls. 11365470 (11) consta laudo de exame de ultrassonografia da tireoide, datado de 12/12/2018, com a conclusão:

a) Três nódulos no lobo direito, medindo 1,7 cm, 0,9 cm e 0,7 cm, bem como outros quatro no lobo esquerdo, medindo 2,2 cm, 1,9 cm, 1,2 cm e 0,9 cm. Alguns destes nódulos apresentam componente cístico e outras microcalcificações de permeio.

b) Lobo direito mede 4,4 x 1,6 x 1,5 cm e o esquerdo 5,0 x 1,8 x 1,5 cm, nos eixos longitudinal, AP e transversal respectivamente. Istmo medindo 0,2 cm de espessura. Volume total= 13,1 cm³.

6. Às fls. 11365470 (13) consta laudo de exame de ultrassonografia de tireoide com doppler, datado de 18/04/2018. contendo 03 nódulos do lado direito e 04 nódulos do lado esquerdo, com volume de 15,03 cm³.

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.



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

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.

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



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

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 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



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

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 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



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

hipoecogenicidade 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 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.
2. A Cirurgia é recomendada se a citologia for suspeita para malignidade (categoria V de Bethesda) ou maligna (categoria VI de Bethesda);
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



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

- 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), 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.
 6. 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 (Recomendação C).
 7. 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.



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

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

DO PLEITO

- 1. Consulta com médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço.**

III – CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente, de 71 anos, apresenta hipotireoidismo e nódulo tireoidiano, evidenciado em exame de imagem (ultrassonografia de 2018), com histopatológico compatível com nódulo folicular de classificação de Bethesda II (benigno), sendo encaminhada no dia 10/11/2021 ao cirurgião de cabeça e pescoço para avaliação e conduta.
2. Sabe-se que, embora o risco de malignidade seja baixo em nódulo tireoidiano sem indicação de punção aspirativa com agulha fina (PAAF) ou de cirurgia (citologia benigna) e nódulo pequeno com citologia insatisfatória ou lesão folicular/atipia de significado indeterminado e história clínica e ultrassonografia (US) não suspeitas, um seguimento com exame de imagem é recomendado para detecção de eventual



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

- crescimento, embora se reconheça a baixa especificidade desse critério para malignidade. O intervalo entre os exames é definido considerando o número de avaliações já realizadas e a mudança no volume do nódulo em relação ao(s) exame(s) anterior(es), variando entre 6-24 meses.
3. Consta nos documento enviados ao NAT, comprovação da solicitação administrativa prévia da consulta, porém não há documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados. É importante informar que apenas o encaminhamento não é suficiente para que a Requerente tenha acesso a consulta, é necessário que ele se dirija a AMA (Agência Municipal de Agendamento) e solicite o cadastramento no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, 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.
 4. A **consulta médica em atenção especializada é regularmente ofertada pelo SUS**, inscrita sob o código: 03.01.01.007-2, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP), estando a consulta com cirurgião de cabeça e pescoço contemplada sob o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 225215.
 5. Em conclusão, **este Núcleo entende que a consulta pleiteada é padronizada pelo SUS e está indicada para o caso, devendo ser disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde (SESA) com prioridade**, para avaliação do quadro da Requerente e análise novo exame, visto que se trata de lesão do tipo folicular acima de 1 cm, o que requer acompanhamento.
-



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

REFERÊNCIAS

Doença Nodular de Tireoide: 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