



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 701/2019

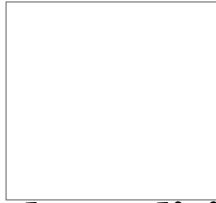
Vitória, 10 de maio de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Guaçuí, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Eduardo Geraldo de Matos, sobre o procedimento: **Cirurgia de tireoidectomia total.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente encontra-se há 02 anos na fila de espera no HUCAM para realizar com cirurgião de cabeça e pescoço uma tireoidectomia total. Apesar de a cirurgia ter sido solicitada com urgência, classificação de risco vermelha, até hoje não foi agendada. Pelo risco de agravar seu quadro requer judicialmente a cirurgia a ser realizada no HUCAM com o Dr. Ricardo Maia ou com qualquer particular conveniado.
2. Às fls. 13 documento do SISREG, datado de 26/09/2018, solicitando consulta com cirurgião de cabeça e pescoço, sendo a unidade desejada o HUCAM, com relato de que a Requerente apresenta bócio multinodular tóxico, estando em uso de Tapazol desde 2012, cujo citopatológico em 2015 deu nódulo folicular benigno Bethesda II, com indicação de tireoidectomia total estando no aguardo da marcação da consulta com cirurgião de cabeça e pescoço há 02 anos. Informa que naquele momento a paciente



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

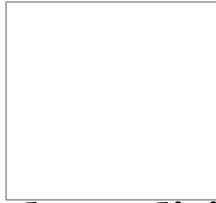
estava com eutireoidismo. Dados extraídos em 10/04/2019 com situação pendente.

3. Às fls. 14 avaliação cardiológica pré-operatória datada de 11/12/2018 cuja conclusão é de que a Requerente está apta para a cirurgia pleiteada.
4. Às fls. 15 se encontra Guia de Referência e Contra Referência originada no CRE , em que o Dr. Agenor Sena, cirurgião de cabeça e pescoço, encaminha em 13/09/2018 a Requerente para cirurgião de cabeça e pescoço por apresentar bócio multinodular tóxico, estando em uso de Tapazol sem controle com a medicação. PAAF – Bethesda II com indicação de tireoidectomia
5. Às fls. 20 a 22 consta Laudo e imagens de Ultrassonografia de tireoide, realizada no dia 13/07/2018, cuja conclusão é de bócio multinodular com padrão predominante de doença autoimune da glândula tireoide.

**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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

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

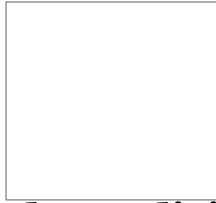
1. **Nódulo tireoidiano** é a forma de apresentação de várias doenças desta glândula. Estudos populacionais em áreas suficientes em iodo mostram que aproximadamente 4% a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos apresentam nódulo tireoidiano palpável. Entretanto, estudos com ultrassonografia (US) revelam uma prevalência bem maior, chegando a 68%, sendo essas frequências mais elevadas geralmente observadas em mulheres idosas. Apesar de a maioria dos nódulos tireoidianos ser benigna, é necessário excluir a malignidade, que em 95% dos casos corresponde ao carcinoma bem diferenciado.
2. Diante de um paciente com nódulo tireoidiano, anamnese e exame físico detalhados devem ser obtidos. Apesar de esses, na maioria das vezes, não serem sensíveis ou específicos, existem alguns dados que se associam a maior risco de malignidade do nódulo. Nódulos grandes ou suspeitos na US deverão ser submetidos à punção aspirativa com agulha fina (PAAF), independentemente da história clínica. No entanto, nódulos pequenos e não suspeitos na US somente são investigados em indivíduos com alto risco clínico para malignidade, o que torna a história pessoal e familiar particularmente relevante nesses casos.
3. Indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer de tireoide, passado de exposição à radiação na infância ou adolescência, ou nódulo incidentalmente detectado no FDG-PET (captação focal), são considerados de alto risco para malignidade tireoidiana.
4. Como a avaliação clínica nem sempre suspeita da disfunção tireoidiana, a dosagem do hormônio estimulador da tireoide (TSH) deve ser solicitada. Se for detectada hiperfunção, mesmo subclínica, a cintilografia da tireoide, preferencialmente com iodo radioativo, está indicada para determinar se o nódulo é hipercaptante.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

Aproximadamente 10% dos pacientes com nódulos solitários apresentam TSH suprimido e nódulo hipercaptante e, nesses casos, a PAAF não é necessária, pois esses nódulos excepcionalmente são malignos. Se as concentrações de TSH estiverem elevadas, a dosagem dos anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) pode ser solicitada para confirmar a tireoidite autoimune. Havendo um nódulo bem definido à US, os critérios para indicação da PAAF são os mesmos em pacientes com ou sem tireoidite de Hashimoto. Embora alguns estudos mostrem uma correlação direta entre o TSH sérico e o risco de malignidade do nódulo tireoidiano, e mesmo com o estágio inicial do carcinoma, até o momento não existem dados suficientes que justifiquem uma conduta diferenciada para pacientes com nódulo tireoidiano e TSH normal - alto ou elevado.

5. A US é um excelente método para a detecção de nódulos tireoidianos, com sensibilidade de aproximadamente 95%, superior a outros métodos mais sofisticados, como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), e frequentemente modifica a conduta baseada apenas na palpação. A US permite uma avaliação do tamanho do nódulo, sua composição e características. Adicionalmente, ainda pode surpreender linfonodos suspeitos na região cervical e até revelar compressão ou invasão de estruturas adjacentes à tireoide. A US também é utilizada para procedimentos diagnósticos (como PAAF dirigida), terapêuticos (como aspiração de cistos, injeção de etanol, terapia com laser), e monitoramento do crescimento do nódulo.
6. A taxa de falso-negativos no exame citológico obtidos através da PAAF é de aproximadamente 5%. Essa taxa cai para algo em torno de 0,6% quando a amostra é retirada através de punção guiada por US (40). Desse modo, nenhum outro procedimento diagnóstico é indicado.
7. 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, que define:

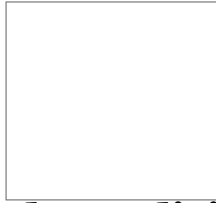


Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

- 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
8. O diagnóstico de hipertireoidismo de Graves (DG) pode ser estabelecido com relativa segurança em pacientes com quadro moderado ou grave de tireotoxicose, oftalmopatia de início recente e bócio difuso, não sendo necessários exames adicionais para investigação etiológica.

DO TRATAMENTO

1. Os pacientes com nódulos com citologia benigna devem ser seguidos a intervalos regulares, que podem ser ampliados com o passar o tempo, visto que existe uma pequena taxa de falso-negativos na PAAF, especialmente se a mesma não foi realizada através da US. Deve-se ter seguimento clínico se nódulo palpável ou US seriado 12–18 meses após PAAF inicial. Se o tamanho do nódulo permanecer estável, o intervalo pode aumentar. Deve-se repetir PAAF (guiada por US) se houver aumento do nódulo > 20%.
2. Alguns estudos têm mostrado que, 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.
3. A DG é a causa mais comum de tireotoxicose e sua patogênese envolve a formação do TRAb. Esses anticorpos se ligam aos receptores de TSH, presentes na membrana da célula folicular tireoidiana, causando, assim, a hiperfunção glandular. O excesso de hormônios tireoidianos secundário ao hipertireoidismo de Graves pode ser controlado



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

por meio da inibição da síntese hormonal, utilizando-se drogas antitireoidianas (DAT), destruição de tecido tireoidiano com iodo radioativo (^{131}I) ou tireoidectomia total (TT). Os três tratamentos apresentam Hipertireoidismo: diagnóstico e tratamento Copyright© ABE&M todos os direitos reservados. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/3 209 vantagens e desvantagens, sendo que os dois últimos são considerados tratamentos definitivos. A escolha de uma modalidade em detrimento de outras deve ser feita com base em características clínicas, socioeconômicas e preferências do médico-assistente e do paciente.

4. A cirurgia é o tratamento mais antigo da DG (63) (B). O objetivo principal é o controle rápido e definitivo dos efeitos do excesso dos hormônios tireoidianos. Isso é conseguido pela remoção de todo ou quase todo o tecido funcionante da glândula tireoide. As indicações de cirurgia no tratamento da DG não são bem estabelecidas na literatura, sendo classificadas por alguns autores em indicações absolutas e relativas. As indicações consideradas **absolutas** são bócio volumoso com sintomas compressivos, nódulo suspeito ou maligno, gestante que não obtém controle com DAT, recusa ao tratamento com ^{131}I , mulher planejando gravidez dentro de seis a 12 meses e intolerância a DAT. As indicações **relativas** são bócio volumoso, oftalmopatia grave, pouca aderência e ausência de resposta ao tratamento com DAT (63,64) (B).

DO PLEITO

1. **Tireoidectomia:** procedimento regularmente ofertado pelo SUS.
2. A cirurgia deve ser realizada preferencialmente por médicos especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

III – CONCLUSÃO

1. Analisando os documentos podemos constatar que a Requerente foi atendida por cirurgião de cabeça e pescoço no Centro Regional de Especialidades que indicou a tireoidectomia pelo fato de apresentar Doença de Graves, não controlada com



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

medicação em uso e bócio multinodular. No entanto, não consta laudo médico informando quais foram as tentativas terapêuticas utilizadas na Requerente. No entanto, sabe-se que uma das indicações relativas para a tireoidectomia é a ausência de resposta ao tratamento. Desta forma, este NAT conclui que a Requerente necessita de uma consulta com cirurgião de cabeça e pescoço em estabelecimento de saúde que realize cirurgia de tireoide com por exemplo o HUCAM.

2. Não se trata de urgência médica de acordo com a definição de urgência e emergência do Conselho Federal de Medicina. No entanto, considerando que a Requerente aguarda há cerca de 8 meses pelo agendamento da consulta, sugere-se que a disponibilização da consulta seja prioritária. Cabe ao especialista definir sobre o procedimento a ser realizado bem como o grau de prioridade na sua realização mediante análise do quadro clínico atual.
3. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar a consulta pleiteada bem como o procedimento cirúrgico caso o mesmo seja ratificado pelo especialista.

[Redacted signature block]

[Redacted signature block]

REFERÊNCIAS

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

Maia, A.L. et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a06.pdf>