



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 19, DE 06 DE MARÇO DE 2023.

Aprova o fluxo de acesso à iodoterapia na Paraíba.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A alta quantidade de judicializações para iodoterapia por demandas oncológicas e a necessidade de suprir um vazio assistencial até a nova programação da assistência; e,

A resolução CIB/PB Nº 11 de 07 de fevereiro de 2023, que trata da divisão de competências da oferta de iodoterapia na Paraíba até a nova programação da assistência.

A decisão da plenária da CIB-PB, na 2ª Reunião Ordinária, no dia 06 de março de 2023, realizada no auditório da Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes do município de Campina Grande/PB.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o fluxo de acesso à iodoterapia na Paraíba, conforme protocolo de regulação em anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB

ANEXO DA RESOLUÇÃO COB-PB Nº 19, DE 06 DE MARÇO DE 2023

PROTOCOLO DA REGULAÇÃO DE IODOTERAPIA

Unidade: Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro

CNES: 2605473

Esfera Administrativa: Estadual

Natureza: Administração Pública

Endereço: Rua Horácio Nobrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

Cidade: Patos

1 – Introdução

A Unidade de Oncologia do Sertão é habilitada conforme a portaria nº 444, em 25 de março de 2019 como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. Atualmente, é referência para os 89 municípios que fazem parte da III Macrorregional, e é a única Unidade de Referência Estadual em tratamento oncológico, que funciona, dedicando-se ao diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de câncer.

Esse Protocolo Piloto visa definir critérios e perfil para o tratamento de patologias cirúrgicas da tireoide e acompanhamento do câncer diferenciado de tireoide (CDT) com indicação de Iodoterapia, **sendo REFERÊNCIA por abrangência, para a III MACRORREGIÃO e, a critério da SES para TODO o Estado da PARAÍBA.**

2– A Glândula Tireoide

A glândula tireoide pode ser sede de patologias, sendo elas classificadas como: **benignas, malignas** e com repercussões metabólicas. Segundo estimativa do INCA para o ano de 2023, a incidência de câncer de tireoide na Paraíba é de 430 entre homens e mulheres, corresponde a 3,33% no sexo masculino e 17,17% no sexo feminino entre adultos. É, entre as neoplasias do sistema endócrino, a de maior incidência e cujos tipos mais comuns (carcinoma papilífero e o carcinoma folicular), comumente denominados de Câncer Diferenciado de Tireoide (CDT).

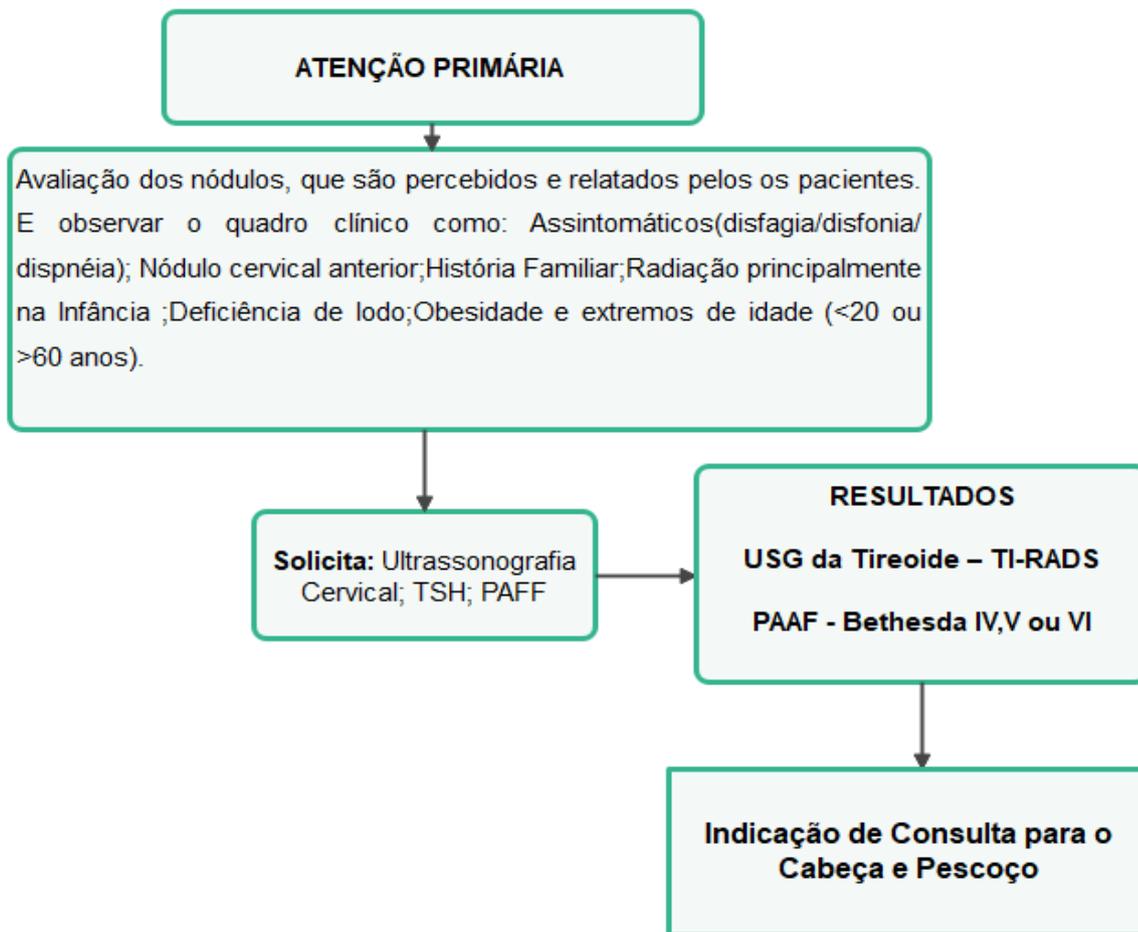
3– Diagnóstico

O câncer da tireoide apresenta-se comumente como nódulo detectado pela palpação ou detectado pela ultrassonografia cervical. Em geral, somente nódulos com 1 cm ou mais de diâmetro devem ser investigados, pois têm maior potencial de albergar uma neoplasia maligna. A ultrassonografia cervical é o exame de primeira linha para detectar e caracterizar a doença nodular tireoidiana.

Outro meio de diagnóstico dos nódulos tireoidianos, é a biópsia por agulha fina (Punção Aspirativa de Tireoide com Agulha Fina-PAFF) guiada pela ultrassonografia. É um método efetivo na identificação de pacientes candidatos à cirurgia com suspeita de presença de malignidade.

O uso da PAAF é imprescindível para o rastreamento inicial, porém trata-se de exame citológico, apenas sugestivo e não diagnóstico de câncer. Então, a cirurgia está indicada na maior parte dos casos cujo resultado mostra Bethesda IV, V ou VI, ficando o diagnóstico final, a ser apresentado, somente através do exame anatomopatológico.

Fluxo 01:



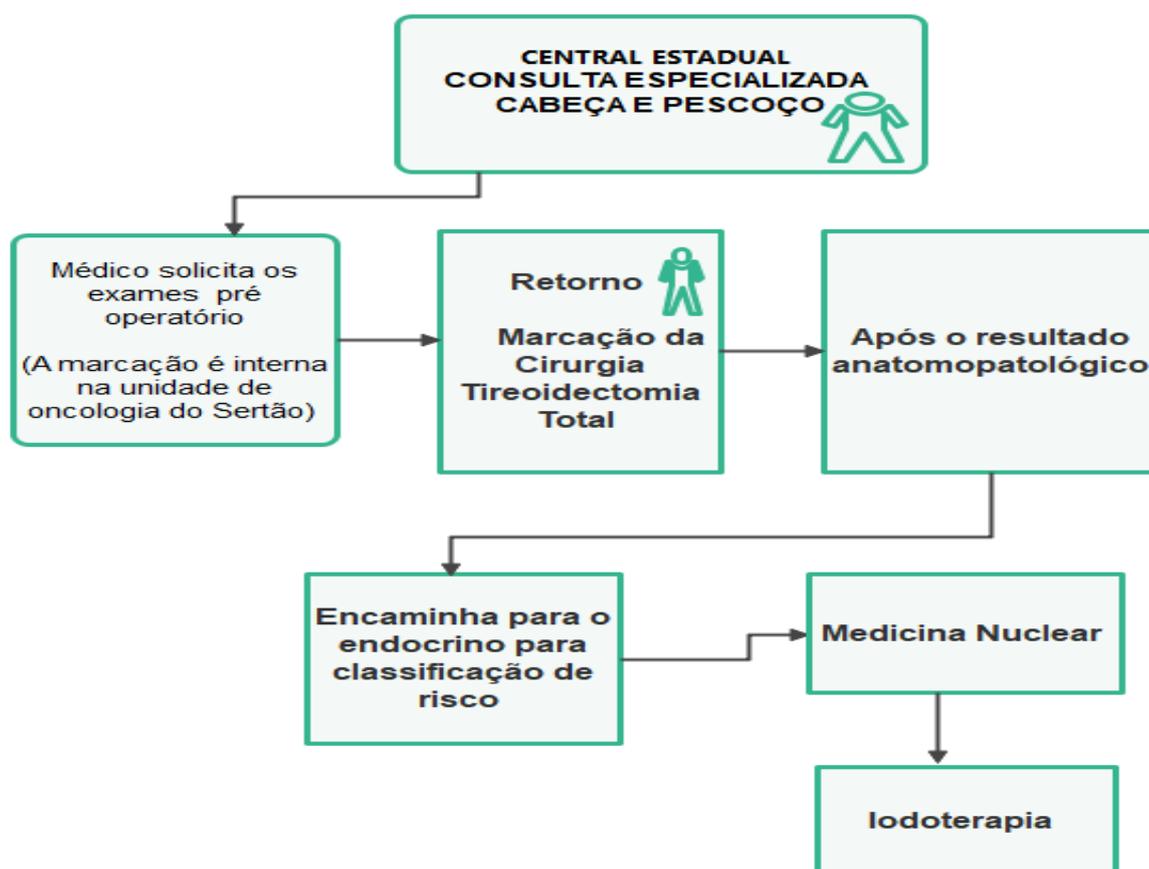
4 – Tratamento

a) **Cirurgia:**No caso da tireoidectomia total, possivelmente reduz o risco de recidiva e facilita o seguimento do paciente.

- ✚ Só após 6 ou 8 semanas que está liberado para administrar o Iodoterapia, período para o processo de cicatrização;
- ✚ Após cirurgia para administrar o Iodo, deverá suspender o hormônio da tireoide por 30 dias, para que o TSH esteja >30, só assim o iodo será capaz de agir. Então o paciente, suspende a droga, faz uma dieta pobre em iodo e 48h antes da administração da dose colher TSH, T4livre, Tireoglobulina e Antitireoglobulina.
- ✚ Em pacientes que irão fazer o uso do Thyrogen, não há necessidade de parada do hormônio (pois está medicação, já eleva o TSH por si só);

- ✚ Repetir a ultrassonografia cervical antes da administração do iodo;
- ✚ Caso o paciente tenha doença metastática no pescoço, mesmo já tendo sido operado, ele precisará ser reoperado, para só então administrar o iodo.

Fluxo 02:



b) **Ablação com Iodo Radioativo:** Deve ser realizada no pós-operatório da tireoidectomia total e está com o anatomopatológico pronto para definir se existe necessidade de adjuvância com o Iodo. A classificação para a estimativa de risco de recorrência e a dose do Iodo estão de acordo com o resultado do anatomopatológico, conforme mencionado abaixo.

✚ **Classificação para estimativa de risco de recorrência:**

- **Alto Risco:** extensão extratireoidiana grosseira; metástases à distância; Tg inapropriadamente elevada; cN1 com mais de 3,0 cm, câncer folicular mais de 4 focos de invasão vascular; ressecção tumoral incompleta.

Dose do Iodo – Após a classificação de risco

- **O cálculo da dose:**
 - ✓ 50Mci – Baixo risco, em casos excepcionais;
 - ✓ 100Mci - A mais comum;
 - ✓ 150Mci– Que já tinham metástases;
 - ✓ 200Mci – É realizada apenas em doença recidivante e que já foi realizado iodo previamente.

OBSERVAÇÕES:

1. Administrado o Iodo, 7 dias após, realizar a PCI pós-dose - como forma de certificar a cura e a não existência de doença metastática.

C) Radioterapia Externa:

Pode ser utilizada para tumores irressecáveis que não captam iodo radioativo, ou para tratamento de metástases ósseas dolorosas sem possibilidade de tratamentocirúrgico.

D) Quimioterapia:

Quimioterapia tem seu papel no tratamento do CDT limitado, podendo a QT antineoplásica ser empregada como uma medida paliativa para 25% dos casos sintomáticos de carcinoma diferenciado da tireóide recorrente inoperável ou metastático, padrão folicular ou misto, que não concentram Iodo.

5 – Regulação

O processo de regulação para o procedimento da Iodoterapia será através da Central de Regulação Estadual. Tendo como prioridade de regulação os casos suspeitos ou com diagnóstico de nódulo(s) tireoidiano(s) devem ter acesso a consultas com profissionais experientes em doenças da tireóide, em especial a ultrassonografia de qualidade e punção por agulha fina por ela guiada. No seguimento dos pacientes é fundamental a garantia dos exames de TSH, tireoglobulina e anticorpos antitireoglobulina.

Fluxo 03:



6 – Documentações Necessárias

-
1. Documentação pessoal (RG, CPF, Cartão SUS, comprovante residência)
 2. Solicitação laudo (APAC) dose ablativa de Iodo
 3. Solicitação laudo (APAC) PCI pós- dose ablativa
 4. Resultado do anatomopatológico na íntegra

5. Solicitação de TSH, T4livre, Tireoglobulina, anti-Tireoglobulina com 30 dias, cálcio ionizado ou cálcio corrigido com albumina ou mais da data da cirurgia (não serão aceitos exames anteriores a essa data)

5. Beta HCG apenas para pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva

5. USG região cervical para mapeamento ganglionar (se Tireoglobulina for sugestiva de doença locorregional)

6. TC tórax, somente em caso de suspeita de doença metastática à distância

7. Em caso de retratamento, enviar Anatomopatológico inicial (informando a dose de iodo anterior com data) e o atual

OBS. Somente serão aceitos solicitações de Endocrinologista/ Cirurgia Cabeça Pescoço/ Oncologia.

OBS: favor enviar documentação necessária sempre nessa seqüência.

7 –Faturamento

Todos os procedimentos pactuados da Iodoterapia serão faturados pelo o Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, através do cadastro do serviço executante como estabelecimento terceiro.

Instrumentos de Registros:

- 50 Mci – APAC Ambulatorial;
- 100 Mci - AIH (Proc. Principal);
- 150 Mci – AIH (Proc. Principal);
- 200 Mci –AIH (Proc. Principal).

CID: C73 Neoplasia maligna da glândula tireoide

CBO: 225315 Médico em medicina nuclear

JHONY WESLLYS BEZERRA COST

Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA

Presidente do COSEMS/PB

