



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

BIANCA FERREIRA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO
POR CÂNCER DE TIREOIDE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA
PARAÍBA ENTRE 2016 A 2019**

JOÃO PESSOA

2023

BIANCA FERREIRA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO
POR CÂNCER DE TIREOIDE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA
PARAÍBA ENTRE 2016 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. André Albuquerque
Silveira.

JOÃO PESSOA

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S237p Santos, Bianca Ferreira Dos.

Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por câncer de tireoide em um hospital de referência no Estado da Paraíba entre 2016 a 2019 / Bianca Ferreira Dos Santos. - João Pessoa, 2023.

36 f. : il.

Orientação: André Albuquerque Silveira.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Câncer de tireoide. 2. Câncer de cabeça e pescoço. 3. Epidemiologia. I. Silveira, André Albuquerque. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616-036.22:616-006(043.2)

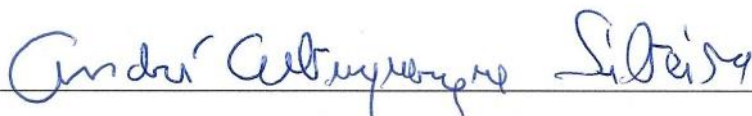
BIANCA FERREIRA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO
POR CÂNCER DE TIREOIDE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA
PARAÍBA ENTRE 2016 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina
pela Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em: 15/06/2019 (151-612-231)

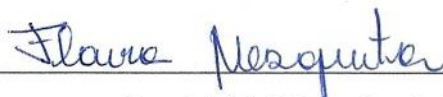
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. André Albuquerque Silveira (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Prof. Me. Ana Luiza Rabelo Rolim
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Dra. Flávia Mesquita de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de tireoide é a neoplasia maligna endócrina mais comum no mundo e apresenta incidência ascendente. No Brasil, é o sétimo câncer mais frequente. Temos como objetivo traçar o perfil epidemiológico e caracterizar os aspectos anatomopatológicos deste câncer. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional e transversal, envolvendo pacientes com câncer de tireoide tratado cirurgicamente em hospital de referência no Estado da Paraíba entre 2016 a 2019. Foram analisadas as características epidemiológicas dos pacientes (sexo, idade e etnia), as características anatomopatológicas, o estadiamento e o risco de recorrência tumoral. **RESULTADOS:** Foram considerados elegíveis 422 pacientes, representando um total de 605 lesões de câncer de tireoide. Houve predomínio deste câncer no sexo feminino (84,8%), na faixa etária entre 41 a 60 anos (média de 47,6 anos) e em pardos (52,1%). O carcinoma papilífero foi o tipo mais prevalente (94,1% dos pacientes e 95% das lesões), com a maioria dos pacientes apresentando lesão única (66,82%), diâmetro até 1 cm (61,2%), sem a presença de cápsula, de infiltrações angiovascular e perineural, de embolização endolinfática, de extensão extratireoidiana ou de margem comprometida pela neoplasia. A minoria dos casos (14%) apresentou metástases linfonodais cervicais. Os pacientes apresentaram estadiamentos pós-operatórios em estágios iniciais e baixo risco de recorrência tumoral. A exérese de glândula paratireoide ocorreu em poucos casos (11,6%). **CONCLUSÃO:** O perfil de pacientes encontrado foi de mulheres, na faixa etária entre 41 a 60 anos (com média de 47,6 anos) e pardas. As lesões em sua maioria eram do tipo carcinoma papilíferos, unifocais, até 1 cm, sem características anatomopatológicas agressivas, com estadiamentos em estágios iniciais e com baixo risco de recorrência.

Palavras-chave: Câncer de tireoide; Câncer de cabeça e pescoço; Epidemiologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Thyroid cancer is the most common endocrine malignancy in the world and has an increasing incidence. In Brazil, it is the seventh most frequent cancer. We aim to trace the epidemiological profile and characterize the anatomopathological aspects of this cancer. **MATERIALS AND METHODS:** Observational and cross-sectional study involving patients with thyroid cancer treated surgically in a referral hospital in the State of Paraíba between 2016 and 2019. The epidemiological characteristics of the patients (gender, age and ethnicity), anatomopathological characteristics, staging and risk of tumor recurrence were analyzed. **RESULTS:** A total of 422 patients were considered eligible, representing a total of 605 thyroid cancer lesions. There was a predominance of this cancer in females (84.8%), in the age group between 41 and 60 years (mean of 47.6 years) and in brown (52.1%). Papillary carcinoma was the most prevalent type (94.1% of patients and 95% of lesions), with most patients presenting a single lesion (66.82%), diameter up to 1 cm (61.2%), without the presence of capsule, angiovascular and perineural infiltrations, endolymphatic embolization, extrathyroid extension or margin compromised by the neoplasm. A minority of cases (14%) presented cervical lymph node metastases. The patients had postoperative staging in early stages and low risk of tumor recurrence. Parathyroid gland exeresis occurred in a few cases (11.6%). **CONCLUSION:** The profile of patients found was of women, aged between 41 and 60 years (with a mean of 47.6 years) and mulatto. Most of the lesions were papillary carcinoma, unifocal, up to 1 cm, without aggressive anatomopathological characteristics, with stages in early stages and with low risk of recurrence.

Keywords: Thyroid cancer; Head and neck cancer; Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Subtipos histológicos dos carcinomas papilíferos da tireoide	15
Figura 2 – Subtipos histológicos dos carcinomas foliculares da tireoide	16
Figura 3 – Distribuição percentual das lesões de carcinoma papilífero da tireoide de acordo com o tamanho (mm)	16
Figura 4 – Distribuição percentual das lesões de carcinoma folicular da tireoide de acordo com o tamanho (mm).	17
Figura 5 – Distribuição percentual das lesões de carcinoma medular da tireoide de acordo com o tamanho (mm).	17
Figura 6 – Distribuição percentual por tipo de esvaziamento linfonodal cervical nos pacientes com carcinoma papilífero da tireoide.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características epidemiológicas de todos os pacientes com câncer de tireoide	13
Tabela 2 – Características epidemiológicas dos pacientes com câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.	14
Tabela 3 – Características anatomopatológicas das lesões de câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.	18
Tabela 4 – Estadiamentos pT e pN das lesões de câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.	21

LISTA DE SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ATA	American Thyroid Association
CCM	Centro de Ciências Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CM	Centímetro
DP	Desvio Padrão
MM	Milímetro
PAAF	Punção Aspirativa com Agulha Fina
RET	Rearranged during Transfection
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SPSS	Statistical Package for Social Science for Windows
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
3	RESULTADOS	12
4	DISCUSSÃO.	22
5	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL NAPOLEÃO	
	LAUREANO... ..	32
	ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO	
	DO CEP/CCM/UFPB.....	33

1. INTRODUÇÃO

O câncer de tireoide é o tumor endócrino mais comum do mundo e apresenta incidência ascendente nas últimas décadas, com cerca de 590 mil casos novos em 2020, correspondendo a 3% de todos os casos de câncer estimados e ocupando a nona posição em incidência mundial^{1,2}. No Brasil, ocupa a sétima posição entre os tipos mais frequentes de câncer (desconsiderando os tumores de pele não melanoma), sendo esperado para cada ano do triênio de 2023 a 2025 16.660 novos casos, o que caracteriza um risco estimado de 7,68 casos por 100 mil habitantes³.

O câncer de tireoide é mais frequente em mulheres, sendo a taxa de incidência global no sexo feminino três vezes maior do que a do sexo masculino². No Brasil, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, o câncer de tireoide ocupa o quinto lugar nas estimativas de incidência de câncer em mulheres (entre 2023 e 2025) e representa o terceiro câncer mais comum nesse grupo nas Regiões Sudeste e Nordeste³.

A população acometida pelo câncer de tireoide é mais jovem do que a da maioria dos demais tipos de câncer, com uma idade média no diagnóstico de 51 anos⁴. Por outro lado, a literatura é escassa quanto às etnias mais afetadas por essa neoplasia, havendo apenas alguns estudos americanos^{5,6} demonstrando os indivíduos brancos como os mais acometidos.

Conforme a origem e a diferenciação, o câncer de tireoide é classificado como diferenciado (carcinomas papilífero e folicular), carcinoma medular e carcinoma anaplásico (indiferenciado)¹. Os tumores diferenciados têm origem nas células foliculares e são os mais comuns (mais de 90% de todos os casos), principalmente o tipo papilífero (mais de 85% dos cânceres diferenciados), seguido pelo folicular (10 a 15% dos cânceres diferenciados), enquanto os carcinomas medular (origem nas células parafoliculares) e anaplásico são menos comuns, com 1-2% e menos de 1% dos casos, respectivamente^{1,7}.

O câncer de tireoide geralmente apresenta-se como um nódulo tireoidiano assintomático que é encontrado em investigações de outras queixas. Porém, em estados mais avançados pode causar sintomas compressivos locais e evidências de metástases linfonodais cervicais. O diagnóstico é realizado por meio de ultrassonografia que evidencia o nódulo e, dependendo de suas características, é realizada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) para estabelecimento de grau de suspeição de malignidade⁸.

Os fatores de risco mais importantes para o câncer de tireoide são a deficiência de iodo e história de irradiação cervical, sendo esse último o mais bem estudado para o câncer diferenciado, pois pode aumentar o risco de doença maligna da tireoide de 5% para 50%⁹.

Ademais, outros fatores também podem contribuir para esta doença, como alterações genéticas e história familiar de câncer de tireoide, destacando-se as alterações germinativas do proto-oncogene RET e a síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 A e B¹⁰.

A ressecção cirúrgica é o tratamento padrão para a maioria dos pacientes com este câncer, porém, em alguns casos, pode ser necessária a terapia com iodo radioativo¹¹. Quanto ao prognóstico, em geral o tratamento do câncer diferenciado apresenta bons resultados, com taxa de sobrevida em longo prazo próxima a 90%. No carcinoma medular a sobrevida em cinco anos depende do estágio, podendo atingir 93% nos estágios iniciais (de I a III)¹², diferentemente do carcinoma anaplásico, que possui comportamento agressivo e tempo médio de sobrevida de seis meses¹⁰.

Desse modo, o presente estudo, tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de tireoide tratados cirurgicamente em hospital de referência do Estado da Paraíba. Ademais, como objetivos secundários almeja-se caracterizar e compreender os aspectos anatomopatológicos e o comportamento metastático linfonodal dos diferentes tipos histológicos do câncer de tireoide, tendo em vista que esses fatores influenciam na agressividade e no risco de recorrência tumoral.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional e transversal, envolvendo todos os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de neoplasias malignas da glândula tireoide entre os anos de 2016 a 2019 pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano, o qual consiste em um hospital de referência no tratamento do câncer, situado no Estado da Paraíba, cidade de João Pessoa.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob CAAE N° 34217720200008069 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o número 4.243.083 em reunião no dia 28 de agosto de 2020. A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi concedida pelo CEP do CCM UFPB. Foi obtida a Carta de Anuência do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Napoleão Laureano.

A coleta dos dados foi realizada por meio de consulta eletrônica de laudos anatomopatológicos e imuno-histoquímicos (quando presentes) do censo do Bloco Cirúrgico e do Setor de Informática do hospital. Foram incluídos na amostra os pacientes submetidos a

cirurgias na glândula tireoide realizadas pela equipe da cirurgia de cabeça e pescoço do hospital, entre 2016 a 2019, com diagnóstico anatomopatológico e imuno-histoquímico (quando necessário) de câncer de tireoide. Foram excluídos os pacientes com apenas lesões benignas, com lesões malignas metastáticas de outros sítios ou de tecidos não tireoidianos e pacientes com registros médicos incompletos.

Desse modo, entre os anos de 2016 a 2019 foram identificados 648 pacientes submetidos a cirurgias na glândula tireoide. Destes, 222 casos foram excluídos por apresentarem apenas lesões benignas ou dados incompletos, três pacientes por apresentarem diagnóstico de linfoma e um paciente por apresentar diagnóstico de leiomiossarcoma de alto grau. Em última análise, foram incluídos no estudo 422 pacientes que apresentavam, no mínimo, uma lesão maligna primária da glândula tireoide.

As classes de variáveis gerais analisadas foram a data da cirurgia e a extensão da cirurgia realizada. As variáveis epidemiológicas consistiram do sexo, da etnia (branca, negra ou parda) e da idade no momento da cirurgia (calculada pela data de nascimento), sendo a última subdividida em faixas etárias (a cada 20 anos) para a realização da análise estatística.

As variáveis anatomopatológicas abordadas foram: tipo histológico tumoral, subtipo histológico tumoral (quando estiveram presentes mais de um, todos foram descritos), multifocalidade, cápsula, infiltração angiovascular, infiltração perineural, embolização endolinfática, extensão extratireoidiana, margem comprometida pela neoplasia e exérese de glândula paratireoide (possivelmente acidental).

Ademais, seis pacientes apresentaram dois tipos histológicos tumorais distintos descritos nos laudos anatomopatológicos, sendo cinco pacientes com lesões de carcinomas papilífero e folicular simultâneas e um paciente com lesões de carcinomas papilífero e medular simultâneas. Assim, foi considerado o tipo histológico tumoral da maior lesão para classificar o paciente em determinado grupo tumoral para fins de estatística analítica, mas as características de todas as lesões foram descritas no estudo.

Quando o esvaziamento cervical esteve presente, foram descritos a presença e o quantitativo de linfonodos acometidos pela neoplasia. Também foram avaliados os estadiamentos pT e pN da classificação TNM da American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8º edição. Porém, vale ressaltar que a presença de metástases à distância não foi avaliada, pois os dados do estudo foram coletados de laudos anatomopatológicos das cirurgias de tireoidectomia e, quando presente, de esvaziamento cervical.

Além disso, foi avaliada a previsão do risco de recorrência dos carcinomas diferenciados da tireoide (papilífero e folicular) por meio da classificação da American

Thyroid Association (ATA), 2015, sendo as lesões classificadas com baixo, intermediário ou alto risco de recorrência.

Após a coleta dos dados, esses foram compilados em planilhas do Microsoft Office Excel e serviram de base para a análise estatística por meio da versão 26.0 do software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS). Para a análise de normalidade das amostras foram utilizados os testes de Kolmogorov Smirnov e Shapiro-Wilk. Assim, as variáveis quantitativas contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão, e aquelas com distribuição não normal foram expressas em mediana com valores mínimos e máximos e percentis 25% e 75%, além do intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Na análise estatística foi realizado o Teste Exato de Fisher para estudar a associação do tipo histológico tumoral com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, etnia, cápsula, infiltrações angiovasculares e perineural, embolização endolinfática, extensão extratireoidiana, margem comprometida pela neoplasia, multifocalidade, estadiamentos pT e pN, tamanho da maior dimensão da lesão até 10 mm, metástase linfonodal cervical e classificação de risco de recorrência tumoral da ATA (2015). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando a probabilidade foi menor que 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2016 a 2019, 422 pacientes realizaram procedimentos cirúrgicos da glândula tireoide no Hospital Napoleão Laureano (PB) e apresentaram, no mínimo, uma lesão maligna primária dessa glândula, totalizando 605 lesões. Quanto à frequência de casos em cada ano estudado, se destacou o ano de 2017 com o maior número de pacientes (114 casos; 27%), seguido por 2019 com 104 (24,6%), 2016 e 2018 com 102 casos (24,17%) cada. A mediana de pacientes ao ano foi de 103 [102-111,5], com valor mínimo de 102 e máximo de 114 casos ao ano.

Em relação ao perfil epidemiológico dos pacientes, a maioria era do sexo feminino (358 casos; 84,8%). A faixa etária mais prevalente foi entre 41 a 60 anos, sendo a média de idade de 47,6 anos ($DP \pm 14,7$), com valor mínimo de 5, e o máximo, de 87 anos. Acerca da etnia, os pardos apresentaram o maior número de casos (220 casos; 52,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características epidemiológicas de todos os pacientes com câncer de tireoide.

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	64	15,2
Feminino	358	84,8
Faixa etária (anos)		
≤ 20	11	2,6
21 - 40	129	30,6
41 - 60	197	46,7
61 - 80	81	19,2
≥ 80	4	0,9
Etnia		
Branco	100	23,7
Negro	5	1,2
Pardo	220	52,1
Sem dado	97	23

Fonte: Autora, 2023.

No que se concerne ao número de lesões foram descritas 605 pois 140 pacientes (33,2%) apresentaram tumores multifocais, sendo 105 pacientes (75%) com duas lesões, 33 (23,6%) com três lesões e dois (1,4%) com quatro lesões. Ademais, a mediana do maior diâmetro das lesões foi de 8 mm [4-15 mm], sendo a de menor tamanho de 1 mm, e a de maior, de 110 mm. Além disso, a maioria das lesões (370 lesões; 61,2%) apresentaram o tamanho até 10 mm.

Com respeito ao tipo histológico tumoral, 575 lesões (95%) foram classificadas como carcinomas papilíferos, 20 (3,3%) como carcinomas foliculares e 10 (1,7%) como carcinomas medulares. Desse modo, ao representar os tipos histológicos pelo número de pacientes acometidos foi evidenciado que dos 422 pacientes a maioria apresentou carcinoma papilífero (397 casos; 94,1%), seguido por carcinoma folicular (19 casos; 4,5%) e carcinoma medular (6 casos; 1,4%). Porém, dentre esses, vale ressaltar que cinco pacientes (1,2%) apresentaram lesões de carcinomas papilífero e folicular simultâneas, e que um paciente (0,2%) apresentou lesões de carcinomas papilífero e medular simultâneas, sendo considerado o tipo histológico da maior lesão para classificar o paciente em determinado grupo tumoral.

Em relação à extensão do câncer de tireoide, 363 pacientes (86%) apresentaram doença local e 59 pacientes (14%) apresentaram acometimento linfonodal regional.

Quanto à descrição do tratamento cirúrgico realizado, 319 pacientes (75,6%) foram submetidos à tireoidectomia total, 76 pacientes (18%) à tireoidectomia total com

esvaziamento linfonodal cervical e 27 pacientes (6,4%) à tireoidectomia parcial.

Dentre os pacientes com diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide (397 pacientes ao total), a maioria era do sexo feminino (338 casos; 85,1%). A faixa etária mais prevalente foi entre 41 a 60 anos, sendo a média de idade de 47,6 anos ($DP \pm 14,6$), com valor mínimo de 5 e máximo de 87 anos. Acerca da etnia, os pardos apresentaram o maior número de casos (209 casos; 52,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características epidemiológicas dos pacientes com câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.

Variáveis	Papilífero n (%)	Folicular n (%)	Medular n (%)	p-valor*
Sexo				
Masculino	59 (14,9)	2 (10,5)	3 (50,0)	0,076
Feminino	338 (85,1)	17 (89,5)	3 (50,0)	
Faixa etária (anos)				
≤ 20	9 (2,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	0,344
21 - 40	122 (30,7)	6 (31,6)	1(16,7)	
41 - 60	188 (47,4)	6 (31,6)	3 (50,0)	
61 - 80	74 (18,6)	5 (26,3)	2 (33,3)	
≥ 80	4 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Etnia				
Branco	93 (23,4)	6 (31,6)	1 (16,7)	0,488
Negro	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Pardo	209 (52,6)	6 (31,6)	5 (83,3)	
Sem dado	90 (22,7)	7 (36,8)	0 (0,0)	

Símbolos: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa; * = Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autora, 2023.

Os pacientes com carcinoma folicular da tireoide (19 pacientes ao total) também apresentaram a maioria dos pacientes do sexo feminino (17 casos; 89,5%). As faixas etárias entre 21 a 40 anos e 41 a 60 anos foram as mais prevalentes, sendo a média de idade de 46,7 anos ($DP \pm 17,7$), com valor mínimo de 18 e máximo de 74 anos. Em relação à etnia, apenas foram descritos pacientes brancos (6 casos; 31,6%) e pardos (6 casos; 31,6%), sem um grupo predominante, porém sete pacientes (36,8%) não possuíam esse dado (Tabela 2).

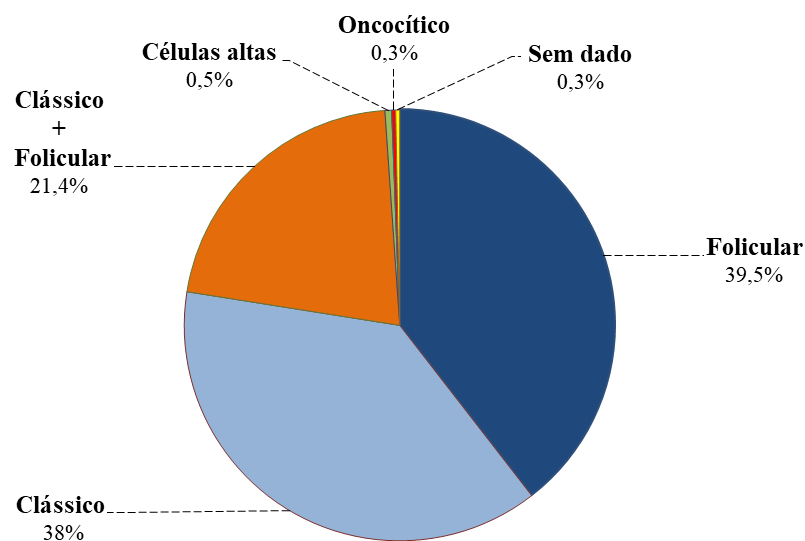
Já em relação aos pacientes com carcinoma medular da tireoide (seis pacientes ao total) não houve prevalência de sexo, pois foram descritos três pacientes (50%) em cada sexo. A faixa etária entre 40 a 60 anos foi a mais prevalente, sendo a média de idade de 50,8 anos

($DP \pm 13,2$), com valor mínimo de 29 e máximo de 65 anos. Quanto à etnia, a maioria foi composta por pardos (5 casos; 83,3%) (Tabela 2).

Além disso, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) e as variáveis sexo, faixa etária e etnia, por meio do Teste Exato de Fisher, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo ($p = 0,076$), à etnia ($p = 0,488$) ou à faixa etária ($p = 0,344$) dos pacientes, pois os diferentes tipos histológicos tumorais se apresentaram em pacientes com perfis epidemiológicos semelhantes, como maior prevalência no sexo feminino (com exceção do carcinoma medular), na faixa etária entre 41 a 60 anos e de etnia parda (com exceção do carcinoma folicular) (Tabela 2).

No que concerne aos subtipos histológicos dos carcinomas papilíferos (575 lesões ao total), o mais prevalente foi o folicular, com 227 lesões (39,5%), seguido pelo clássico com 218 (38%), clássico e folicular associados com 123 (21,4%), células altas com três lesões (0,5%) e oncocítico com duas lesões (0,3%), mas em dois casos (0,3%) esse dado não foi relatado (Figura 1).

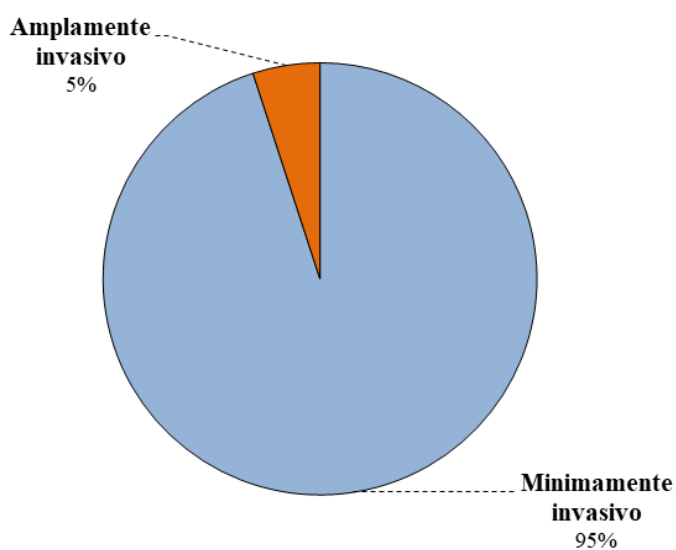
Figura 1 - Subtipos histológicos dos carcinomas papilíferos da tireoide.



Fonte: Autora, 2023.

Tratando-se das lesões de carcinoma folicular (20 lesões ao total), a maioria foi do subtipo minimamente invasivo (19 casos; 95%), seguido pelo amplamente invasivo (1 caso; 5%), não havendo casos do subtipo encapsulado com angioinvasão (Figura 2).

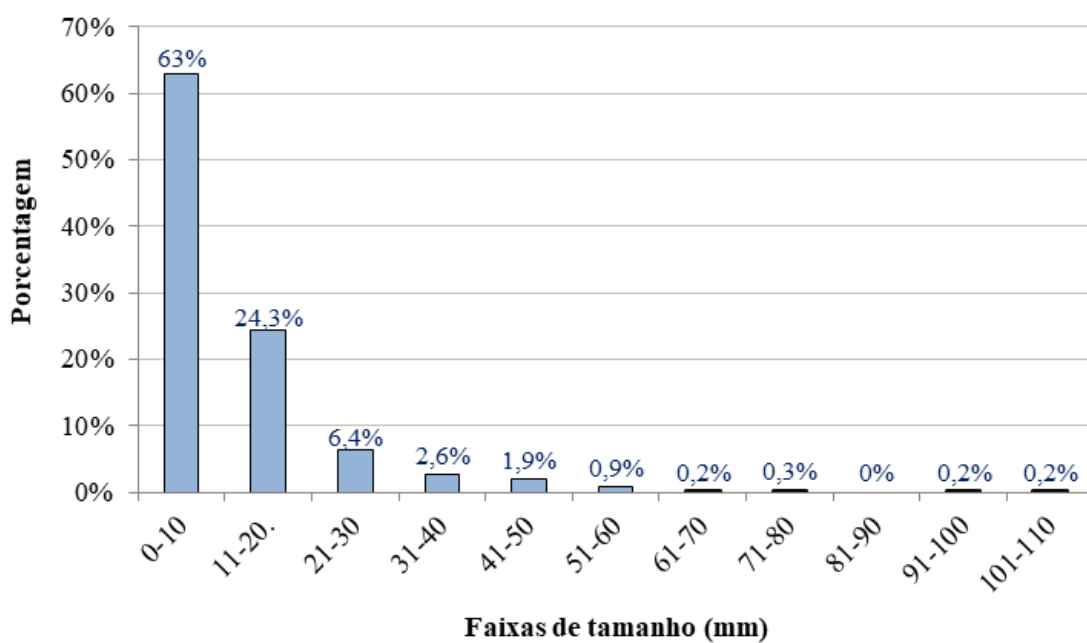
Figura 2 - Subtipos histológicos dos carcinomas foliculares da tireoide.



Fonte: Autora, 2023.

Quanto ao tamanho das lesões de carcinoma papilífero, a mediana do maior diâmetro foi de 8 mm [4-15 mm], sendo a de menor tamanho de 1 mm e a de maior tamanho de 110 mm. Ademais, 362 lesões (63%) foram classificadas como microcarcinomas papilíferos, pois possuíam o tamanho até 10 mm (Figura 3).

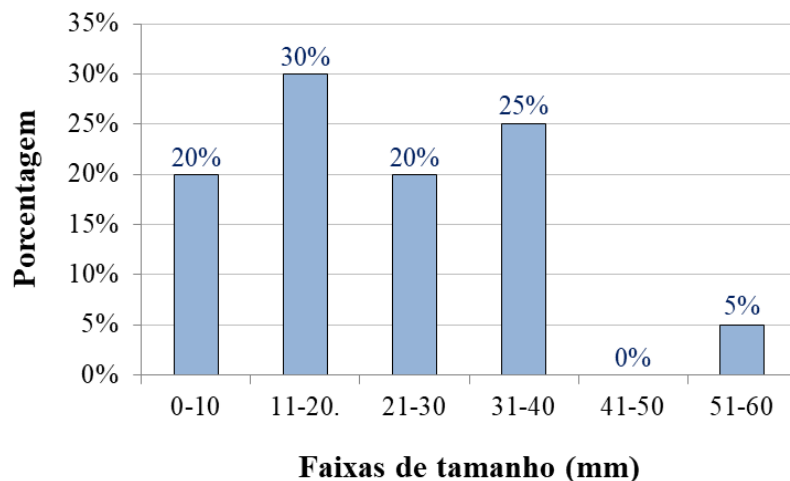
Figura 3 - Distribuição percentual das lesões de carcinoma papilífero da tireoide de acordo com o tamanho (mm).



Fonte: Autora, 2023.

Para os carcinomas foliculares a mediana do maior diâmetro foi de 21,5 mm [12,75 - 35,00], sendo a de menor tamanho de 6 mm e a de maior tamanho de 60 mm, com a maioria das lesões (6 casos; 30%) entre 11 a 20 mm. Ademais, apenas quatro lesões (20%) foram classificadas como microcarcinomas foliculares (tamanho até 10 mm) (Figura 4).

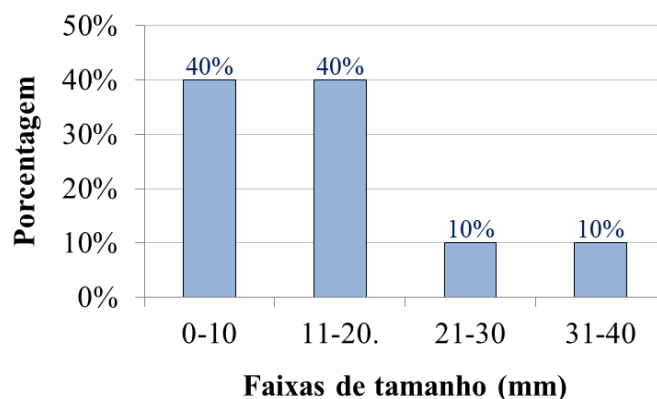
Figura 4 - Distribuição percentual das lesões de carcinoma folicular da tireoide de acordo com o tamanho (mm).



Fonte: Autora, 2023.

As lesões de carcinoma medular apresentaram a mediana do maior diâmetro de 12 mm [4,25-18,50 mm], sendo a de menor tamanho de 2 mm e a de maior de 38 mm. Não houve uma faixa de tamanho mais prevalente, pois as faixas de 0-10 mm e 11-20 mm apresentaram o mesmo número de casos (4 lesões; 40%) (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição percentual das lesões de carcinoma medular da tireoide de acordo com o tamanho (mm).



Fonte: Autora, 2023.

Desse modo, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) com o tamanho da maior dimensão até 10 mm, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$) entre os tipos histológicos tumorais, sendo os pacientes com carcinoma papilífero os com maior prevalência de lesões até 10 mm de tamanho.

Quanto à presença de multifocalidade dos tumores nos diversos tipos histológicos do câncer de tireoide, nos pacientes com carcinoma papilífero essa foi evidenciada em 138 pacientes (34,8%), enquanto no carcinoma folicular nenhum paciente apresentou essa característica tumoral. Por outro lado, nos pacientes com carcinoma medular dois pacientes (33,3%) apresentaram tumores multifocais.

Desse modo, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) com a presença de multifocalidade, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$) dos tipos histológicos tumorais entre os grupos de pacientes com e sem multifocalidade, característica que foi mais prevalente no carcinoma papilífero, seguido pelo carcinoma medular e não sendo observada no carcinoma folicular.

Além disso, nos carcinomas papilíferos ocorreu a presença de cápsula em apenas 42 lesões (7,3%) e as infiltrações angiovascular e perineural estiveram presentes em 38 lesões (6,6%) e 24 lesões (4,2%), respectivamente. A embolização endolinfática foi relatada em 58 lesões (10,1%). A extensão extratireoidiana e a margem comprometida pela neoplasia foram descritas em 106 lesões (18,4%) e 81 lesões (14,1%), respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Características anatomopatológicas das lesões de câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.

Variáveis	Papilífero n (%)	Folicular n (%)	Medular n (%)	p-valor*
Cápsula				
Sim	42 (7,3)	16 (80,0)	0 (0,0)	<0,001
Não	529 (92)	2 (10,0)	9 (90,0)	
Sem dado	4 (0,7)	2 (10,0)	1 (10,0)	
Infiltração angiovascular				
Sim	38 (6,6)	1 (5,0)	0 (0,0)	1,000
Não	535 (93,1)	18 (90,0)	10 (100,0)	
Sem dado	2 (0,3)	1 (5,0)	0 (0,0)	
Infiltração perineural				
Sim	24 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
Não	547 (95,1)	19 (95,0)	10 (100,0)	

Sem dado	4 (0,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	
Embolização endolinfática				
Sim	58 (10,1)	0 (0,0)	1 (10,0)	
Não	515 (89,6)	18 (90,0)	9 (90,0)	0,376
Sem dado	2 (0,3)	2 (10,0)	0 (0,0)	
Extensão extratireoidiana				
Sim	106 (18,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	469 (81,6)	18 (90,0)	10 (100,0)	0,041
Sem dado	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	
Margem positiva				
Sim	81 (14,1)	1 (5,0)	0 (0,0)	
Não	494 (85,9)	18 (90,0)	10 (100,0)	0,396
Sem dado	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	

Símbolos: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa; * = Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autora, 2023.

A exérese (possivelmente acidental) de glândula paratireoide foi relatada nos laudos anatomopatológicos de 47 pacientes (11,8%) dos 397 pacientes que realizaram tireoidectomia total ou parcial por carcinoma papilífero.

Com relação às lesões de carcinoma folicular, a maioria apresentou cápsula (16 casos; 80%). Quanto às infiltrações angiovascular e perineural, apenas a primeira esteve presente em uma lesão (5%). Não houve casos de embolização endolinfática ou extensão extratireoidiana. A presença de margem comprometida pela neoplasia ocorreu em apenas uma lesão (5%) (Tabela 3). Não foi relatada exérese (possivelmente acidental) de glândula paratireoide nas cirurgias de tireoidectomia total ou parcial por carcinoma folicular.

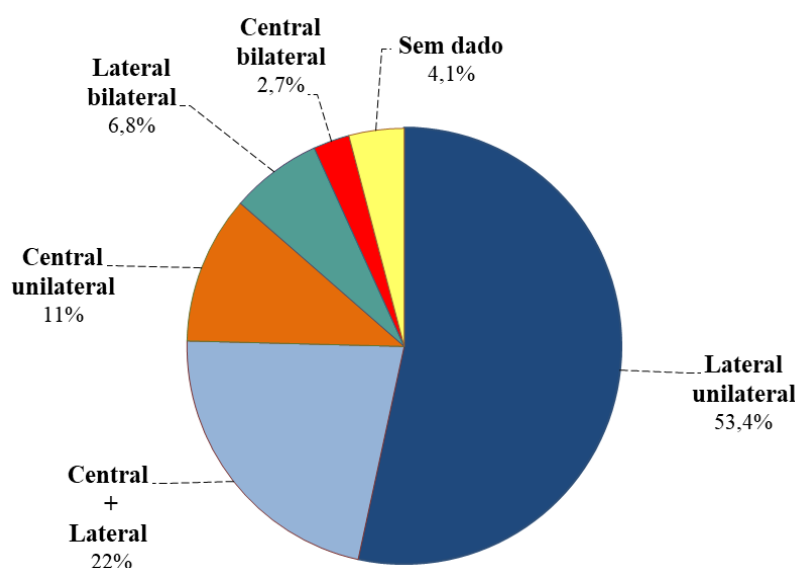
No que concerne às lesões de carcinoma medular, nenhuma lesão apresentou cápsula, infiltrações angiovascular ou perineural. A embolização endolinfática foi descrita em apenas uma lesão (10%). Não foram relatados casos de extensão extratireoidiana ou de margem comprometida pela neoplasia (Tabela 3). Foi evidenciada exérese (possivelmente acidental) de glândula paratireoide nos laudos anatomopatológicos de dois pacientes (33,3%) submetidos à tireoidectomia total ou parcial por carcinoma medular.

Ademais, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) com as variáveis cápsula, infiltração angiovascular, infiltração perineural, embolização endolinfática, extensão extratireoidiana e margem comprometida pela neoplasia, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa do tipo histológico tumoral com a presença de cápsula ($p = 0,000$), sendo essa característica mais prevalente nas lesões de carcinoma folicular. Além disso, também ocorreu diferença estatisticamente

significativa do tipo histológico tumoral com a presença de extensão extratireoidiana ($p = 0,041$), sendo a maior prevalência dessa característica nas lesões de carcinoma papilífero (Tabela 3).

Em relação ao estudo do acometimento linfonodal cervical nos pacientes com carcinoma papilífero, ocorreu esvaziamento cervical em 73 pacientes (18,4%), sendo a extensão lateral unilateral a mais comum (39 casos; 53,4%), seguida pela central + lateral (16 casos; 22%), central unilateral (8 casos; 11%), lateral bilateral (5 casos; 6,8%) e central bilateral (2 casos; 2,7%), mas em três pacientes (4,1%) não houve descrição (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição percentual por tipo de esvaziamento linfonodal cervical nos pacientes com carcinoma papilífero da tireoide.



Fonte: Autora 2023.

Entre os pacientes com carcinoma papilífero, 57 pacientes (14,4%) apresentaram, no mínimo, um linfonodo acometido pelo câncer, sendo a mediana de 5 [3-9 linfonodos] linfonodos positivos por paciente, com o valor mínimo de 1, e o máximo, de 33 linfonodos positivos. O extravasamento capsular linfonodal foi descrito em 27 pacientes (6,8%), com um paciente (0,3%) sem esse dado.

Nos carcinomas foliculares, apenas um paciente (5,3%) realizou esvaziamento linfonodal cervical (extensão lateral unilateral) com resultado negativo para metástase.

Já nos casos de carcinomas medulares, ocorreu esvaziamento linfonodal cervical em dois pacientes (33,3%), sendo as extensões lateral unilateral e central+lateral, e o resultado positivo para metástase linfonodal, com o primeiro paciente com 15 linfonodos positivos, e o

segundo com 30 linfonodos positivos e evidência de extravasamento capsular linfonodal.

Ademais, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) com a presença de metástase linfonodal cervical, por meio do Teste Exato de Fisher, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,051$) dessa característica entre os tipos histológicos analisados.

Com relação ao estadiamento pT, a maioria das lesões de carcinoma papilífero apresentou classificação T1a (328 lesões; 57%). No estadiamento pN, a classificação N0 foi a mais prevalente com 475 lesões (82,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Estadiamentos pT e pN das lesões de câncer de tireoide e suas associações com os tipos histológicos tumorais.

Variáveis	Papilífero n (%)	Folicular n (%)	Medular n (%)	p-valor*
Estadiamento - pT				
T1a	328 (57,0)	4 (20,0)	4 (40,0)	<0,001
T1b	110 (19,1)	6 (30,0)	4 (40,0)	
T2	38 (6,6)	9 (45,0)	2 (20,0)	
T3a	14 (2,5)	1 (5,0)	0 (0,0)	
T3b	82 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
T4a	3 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
T4b	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estadiamento - pN				
N0	475 (82,6)	20 (100,0)	7 (70,0)	0,153
N1a	11 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
N1b	89 (15,5)	0 (0,0)	3 (30,0)	

Símbolos: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa; * = Teste Exato de Fisher.

Fonte: Autora, 2023.

No estadiamento pT das lesões de carcinoma folicular, a classificação T2 apresentou o maior número de lesões (9 casos; 45%). Já no estadiamento pN, todas as lesões foram classificadas como N0 (Tabela 4).

Por outro lado, no estadiamento pT das lesões de carcinoma medular, as classificações T1a e T1b foram as mais prevalentes com quatro lesões (40%) em cada uma. No estadiamento pN, a maioria das lesões foram classificadas como N0 (7 lesões; 70%) (Tabela 4).

Além disso, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero, folicular ou medular) com o estadiamento pT, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$) entre os tipos histológicos tumorais, sendo o carcinoma papilífero o

tumor com maior diversidade de estadiamentos e maior porcentagem de lesões em estágios iniciais. Em contrapartida, ao associar o tipo histológico tumoral com o estadiamento pN não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,153$) dessa característica entre os tipos histológicos analisados pois o estadiamento N0 foi o mais prevalente em todos (Tabela 4).

No que concerne à classificação da Associação Americana de Tireoide (ATA) de 2015, que dispõe sobre o risco de recorrência do câncer diferenciado da tireoide (classificando em baixo, intermediário ou alto risco), o carcinoma papilífero apresentou a maioria dos pacientes (264 casos; 66,5%) com baixo risco, seguido pelo risco intermediário (108 casos; 27,2%) e alto risco (25 casos; 6,3%). Enquanto que o carcinoma folicular também apresentou maior prevalência de pacientes com baixo risco (18 casos; 94,7%), seguido pelo alto risco (1 caso; 5,3%).

Nesse cenário, ao associar o tipo histológico tumoral (papilífero ou folicular) com a classificação da ATA (2015) de risco de recorrência do câncer, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,011$) entre os tipos histológicos analisados, pois o carcinoma folicular apresentou porcentagem próxima à totalidade de paciente com baixo risco de recorrência, enquanto que no carcinoma papilífero outros níveis de risco de recorrência mais avançados também foram encontrados.

4. DISCUSSÃO

O câncer de tireoide é a neoplasia maligna endócrina mais prevalente em todo o mundo e apresenta incidência ascendente nas últimas décadas¹. Contudo, o presente estudo não evidenciou aumento progressivo dos casos de câncer de tireoide no período avaliado, o que diverge de outro trabalho¹³ também realizado no Estado da Paraíba (cidade de Campina Grande) durante o período de 2011 a 2018.

Em relação à proporção dos tipos histológicos do câncer de tireoide, este estudo encontrou que o carcinoma papilífero foi o mais prevalente ao acometer 94,1% dos pacientes e constituir 95% das lesões descritas, seguido pelo folicular (4,5% dos pacientes e 3,3% das lesões) e medular (1,4% dos pacientes e 1,7% das lesões). Tais dados assemelham-se com a literatura, pois nessa os carcinomas diferenciados da tireoide (papilífero e folicular) representam 90-95% dos casos, seguidos pelos carcinomas medular (1 a 2%) e anaplásico (menos de 1%)¹. Porém, neste estudo, o carcinoma anaplásico não apresentou casos.

Ademais, o presente estudo evidenciou porcentagem menor de carcinoma folicular em comparação com outros trabalhos nacionais realizados nos Estados do Amapá¹⁴ e Rio Grande

do Sul¹⁵, que relataram 16,67% e 13,8% de carcinomas foliculares, respectivamente. Valores menores também foram encontrados por um estudo¹³ realizado no Estado da Paraíba (cidade de Campina Grande) que evidenciou apenas 7% dos casos e associou esse evento a possibilidade do Estado da Paraíba ser suficiente em iodo, tendo em vista que o carcinoma folicular da tireoide é tradicionalmente mais frequente em regiões iododeficientes.

Outro achado relevante deste estudo foi a ocorrência simultânea de dois tipos histológicos tumorais distintos no mesmo paciente, pois cinco pacientes (1,2%) apresentaram lesões concomitantes de carcinomas papilífero e folicular, e um paciente (0,2%) apresentou lesões de carcinomas papilífero e medular. Este fenômeno é denominado de Tumor de Colisão e ocorre quando há dois ou mais tipos histológicos coexistindo com lesões morfológicamente independentes entre si, localizados no mesmo órgão, mas separados por tecido normal. Sua ocorrência é rara na glândula tireoide, principalmente quando se tratam de carcinomas papilífero e folicular simultâneos¹⁶.

Quanto ao acometimento por sexo no câncer de tireoide, neste trabalho, o sexo feminino foi o mais prevalente (84,8%), o que, provavelmente, deve-se ao grande número de mulheres acometidas nos carcinomas diferenciados (85,1% nos carcinomas papilíferos e 89,5% nos foliculares). Esses dados assemelham-se aos dos estudos internacionais que demonstram que o carcinoma diferenciado da tireoide é cerca de três vezes mais comum em mulheres². Além disso, trabalhos nacionais realizados no Espírito Santo¹⁷, Paraná¹⁸ e Paraíba¹³ (cidade de Campina Grande), apontaram resultados semelhantes, com 91,58%, 89,1% e 86,6% mulheres, respectivamente.

Na literatura¹⁹ são descritos diversos fatores que buscam justificar a maior prevalência do câncer diferenciado da tireoide em mulheres, como a influência dos hormônios sexuais, sobretudo no carcinoma papilífero, em decorrência do aumento dos receptores de estrogênio em suas células. Ademais, alguns estudos^{14,17}, atribuem essa maior proporção à tendência das mulheres em buscarem mais os serviços de saúde e realizarem mais exames, como ultrassonografias solicitadas de maneira rotineira por clínicos ou ginecologistas, assim, aumentando o diagnóstico de lesões suspeitas para câncer, especialmente em estágios iniciais.

No que concerne ao carcinoma medular, neste trabalho não foi evidenciado predomínio de um dos sexos. Estes achados estão parcialmente de acordo com alguns estudos internacionais²⁰ que demonstram que o carcinoma medular da tireoide possui proporções semelhantes entre os sexos ou que o sexo feminino apresentou discreto maior número de casos com proporção de 3:2 em relação ao masculino²¹, o que também foi encontrado em um estudo nacional realizado no Rio Grande do Sul que encontrou 60% de mulheres¹⁵.

Contudo, ao associar o tipo histológico tumoral com o sexo dos pacientes, por meio do Teste Exato de Fisher, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,076$), o que diverge dos achados de um estudo brasileiro realizado no Rio Grande do Sul¹⁵, que encontrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) de que o carcinoma papilífero possui prevalência dramaticamente maior no sexo feminino, enquanto que nos carcinomas folicular, medular e anaplásico, há uma maior linearidade entre os sexos.

Em relação à idade, o câncer de tireoide afeta uma população mais jovem do que a maioria dos cânceres, com uma idade média no momento do diagnóstico de 51 anos⁴, além disso, a incidência desse câncer aumenta desde a adolescência até a meia-idade, com pico em torno dos 55 anos em mulheres e 65 anos em homens e, posteriormente, reduz os casos em idades mais avançadas⁶. Resultados semelhantes foram evidenciados neste estudo, pois a média de idade, considerando todos os tipos histológicos, foi de 47,6 anos ($DP \pm 14,7$).

Nesse cenário, ao considerar apenas os carcinomas diferenciados, no tipo papilífero a média de idade foi de 47,6 anos ($DP \pm 14,6$), enquanto que no tipo folicular foi de 46,7 anos ($DP \pm 17,7$). Tais dados são semelhantes aos encontrados por outro estudo paraibano¹³, realizado na cidade de Campina Grande, que evidenciou média de idade dos carcinomas diferenciados de 46,3 anos, mas divergem de dois estudos realizados no Sudeste^{17,22} que encontraram média de idade mais elevada (50,2 e 51 anos).

Quanto ao carcinoma medular, segundo a literatura²⁰, esse ocorre, principalmente, entre a quarta e sexta década de vida quando em sua forma esporádica, com um pequeno aumento no diagnóstico em uma idade média de 50 a 54 anos²³. Quando em sua forma hereditária, ocorre mais precocemente, podendo acometer crianças²⁰. Resultados semelhantes foram encontrados neste trabalho, pois a faixa etária de 40 a 60 anos foi a mais acometida, com média de idade de 50,8 anos ($DP \pm 13,2$).

Porém, ao associar o tipo histológico tumoral com a faixa etária dos pacientes, por meio do Teste Exato de Fisher, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,344$). Os estudos apresentando essa associação são escassos na literatura.

No que concerne à etnia no câncer de tireoide, na literatura são exíguos os estudos nesta área. Trabalhos realizados nos Estados Unidos^{5,6} e na região de Santa Catarina¹⁵ demonstraram os indivíduos brancos como os mais afetados. Contudo, um estudo²⁴ nacional realizado com dados do Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer encontrou os indivíduos pardos como os mais afetados (32,3%), o que é similar ao encontrado neste trabalho, pois, considerando todos os tipos histológicos, a maioria dos pacientes (52,1%) eram pardos, seguindo o mesmo padrão para os tipos papilífero (52,5%

pardos) e medular (83,3% pardos), em contrapartida, no tipo folicular, não houve predominâncias (31,6% brancos e 31,6% pardos).

No entanto, ao associar o tipo histológico tumoral com a etnia dos pacientes, por meio do Teste Exato de Fisher, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,488$). Os estudos apresentando essa correlação são escassos na literatura.

Neste estudo, nos carcinomas papilíferos, o subtipo histológico mais prevalente foi o folicular (39,5%), seguido pelo clássico (38%), folicular e clássico associados (21,4%), células altas (0,5%) e oncocítico (0,3%). Esses achados divergem de outro estudo¹³ também realizado na Paraíba (cidade de Campina Grande), que encontrou o subtipo clássico (69,4%) como o mais prevalente, seguido pelo folicular (16,5%), ademais, a variante de células altas representou 1,1%, a variante oncocítica não apresentou casos e também foram descritas a variante oxifílica (1,4%), células claras (0,4%), células colunares (0,7%) e sólida (0,4%).

No carcinoma folicular, o subtipo mais prevalente foi o minimamente invasivo (95%), seguido pelo amplamente invasivo (5%), assim, não houve casos do subtipo encapsulado com angioinvasão. Tais dados são semelhantes aos encontrados por um estudo chileno²⁵ que encontrou maior prevalência de tumores minimamente invasivos (54,7%). Porém, há divergência em comparação com um estudo realizado nos Estados Unidos da América²⁶, em que os tumores minimamente invasivos representaram a minoria.

Em relação ao tamanho tumoral, considerando todos os tipos histológicos, a mediana do maior diâmetro das lesões foi de 8 mm [4-15 mm], com a maioria das lesões (61,2%) até 10 mm, o que é muito superior ao encontrado em outros estudos nacionais, como um realizado no Amapá¹⁴ que demonstrou apenas 22,1% das lesões até 10 mm.

Nesse cenário, o grande número de lesões até 10 mm encontrado, pode ser possivelmente explicado pela disponibilidade maior de exames diagnósticos com resolução de imagem melhor e possibilidade de punções aspirativas guiadas por ultrassonografia que permitem maior taxa de detecção de tumores menores até 1 cm¹⁷, os quais, anteriormente eram detectados, principalmente, em autópsias. Tendo em vista isso, alguns estudos abordam uma preocupação crescente com o superdiagnóstico e o supertratamento de tumores pequenos, principalmente do tipo papilífero, pois apesar do aumento do número de casos diagnosticados, a mortalidade manteve-se estável²⁷.

Ao considerar apenas os carcinomas papilíferos, a maioria das lesões (63%) foi classificada como microcarcinomas papilíferos (maior diâmetro até 10 mm). O que também foi evidenciado ao associar o tipo histológico tumoral com o tamanho tumoral de até 10 mm ($p = 0,000$). Esses dados estão de acordo com outros estudos²⁸ que afirmam que a maior parte

dos carcinomas papilíferos são identificados como microcarcinomas. Porém, a porcentagem encontrada no presente trabalho foi superior a de dois estudos brasileiros, realizados nos Estados de São Paulo²⁹ e Espírito Santo¹⁷, em que o primeiro encontrou de 28% a 44% e, o segundo, 26,4% de microcarcinomas.

Em relação aos carcinomas foliculares, apenas 20% das lesões foram classificadas como microcarcinomas, o que é semelhante ao encontrado na literatura, a qual afirma que, ao contrário do tipo papilífero, os microcarcinomas foliculares são raros, possivelmente pelo fato das lesões foliculares, muitas vezes, aparecerem na ultrassonografia como isoecóicas, semelhantes ao parênquima glandular normal, então são mais bem visualizadas (como nódulos compactos, sem calcificações e com bordas regulares) quando maiores que 10 mm. Desse modo, o microcarcinoma folicular geralmente é descoberto como achado incidental em peças de tireoidectomias realizadas por outras razões³⁰.

Quanto ao carcinoma medular, a mediana do maior diâmetro foi de 12 mm [4,25-18,50 mm] com 40% das lesões até 10 mm, o que diverge de um estudo¹⁴ realizado no Estado do Amapá, que não encontrou lesões menores que 10 mm.

Desse modo, ao associar o tipo histológico tumoral com o tamanho da maior dimensão até 10 mm, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$) de que o carcinoma papilífero é mais prevalente como lesões menores (microcarcinomas) em comparação aos outros tipos histológicos (folicular e medular).

Na literatura¹³, a multifocalidade no câncer de tireoide é um fator de risco para a progressão e recorrência da doença. Neste estudo, a multifocalidade se mostrou mais presente, e com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$), nos carcinomas papilífero (34,8%) e medular (33,3%). A porcentagem encontrada nos carcinomas papilíferos foi similar à de um estudo¹³ também realizado na Paraíba (cidade de Campina Grande) que evidenciou multifocalidade de 32,7% nos tumores diferenciados. Enquanto que nos carcinomas medulares, a porcentagem encontrada foi superior à relatada na literatura que é de 20%²¹.

Além disso, houve diferença estatisticamente significativa do tipo histológico tumoral com a presença de cápsula ($p = 0,000$) e a presença de extensão extratireoidiana ($p = 0,041$). A ocorrência de cápsula foi mais relacionada ao carcinoma folicular (80%), provavelmente pelo fato de que uma de suas formas de apresentação ser como um nódulo encapsulado (forma nodular). Quanto à extensão extratireoidiana, essa esteve presente apenas nos carcinomas papilíferos (18,4%), sendo uma característica associada na literatura¹⁷ ao mau prognóstico (recidiva tumoral e óbito).

Em relação à presença de metástase linfonodal cervical, neste estudo, o carcinoma

medular apresentou mais pacientes acometidos (33,3%) em comparação aos carcinomas papilífero (14,4%) e folicular (0%), porém essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,051$). A porcentagem encontrada de metástase linfonodal cervical nos carcinomas medulares, foi semelhante à relatada na literatura²¹ que é de 30% a 60%.

A baixa porcentagem de metástase linfonodal cervical encontrada nos carcinomas foliculares pode ser, possivelmente, explicada pelo fato deste tipo histológico metastatiza mais para órgãos distantes (pulmões, ossos e fígado) do que para linfonodos regionais, devido à sua tendência em invadir vasos sanguíneos (disseminação hematogênica)¹⁴.

No que se refere ao estadiamento pT e pN dos carcinomas papilíferos, a maioria das lesões apresentou classificações T1a (57%) e N0 (82,6%). Por outro lado, os carcinomas foliculares possuíram maior prevalência de lesões com classificações T2 (45%) e N0 (100%). Enquanto que os carcinomas medulares apresentaram mais lesões com classificações T1 (80%) (mesmo número de casos nas subclassificações T1a e T1b) e N0 (70%).

Nesse cenário, ao associar o tipo histológico tumoral com a classificação pT, por meio do Teste Exato de Fisher, houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$), demonstrando que os carcinomas papilíferos apresentaram características menos agressivas, com relação ao tamanho tumoral e extensão extratireoidiana, em comparação com os outros tipos histológicos. Tais achados foram semelhantes aos relatados na literatura¹⁵.

Quanto à classificação pN, todos os tipos histológicos tumorais apresentaram a maioria das lesões classificadas como N0 e não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,153$) do tipo histológico tumoral com o estadiamento pN. Assim, não foi evidenciada maior agressividade de determinado tipo histológico quanto a essa característica.

Ademais, tendo em vista que o estadiamento TNM não é uma ferramenta ideal para prever o risco de recorrência do câncer de tireoide, a American Thyroid Association (ATA) desenvolveu um sistema de estratificação de risco clínico-patológico de três níveis (baixo, intermediário e alto) para estimar o risco de recorrência do carcinoma diferenciado da tireoide. Neste sistema, são utilizados dados obtidos pós-cirúrgicos, como às características histológicas do tumor, o padrão de extensão da invasão, o tamanho do tumor, o nível de ressecção do tumor primário, o número e o tamanho da metástase linfonodais cervicais removidas cirurgicamente e algumas características moleculares do tumor⁷.

Neste estudo, a maioria dos carcinomas diferenciados foi classificada como baixo risco de recorrência, seguido pelo risco intermediário e alto risco, ocorrendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,011$) do tipo histológico tumoral com a classificação de risco de recorrência da ATA (2015), por meio do Teste Exato de Fisher, sendo o carcinoma

folicular com quase à totalidade dos pacientes com baixo risco de recorrência, enquanto que no carcinoma papilífero outros níveis de risco de recorrência mais avançados também foram encontrados. Porém, são escassos na literatura os trabalhos que demonstrem os níveis de risco mais prevalentes de acordo com os tipos histológicos tumorais.

Além disso, no presente estudo foi evidenciada a remoção, possivelmente acidental, da glândula paratireoide em 49 pacientes (11,6%), a qual é uma das possíveis complicações pós-operatórias da cirurgia de tireoidectomia com uma incidência relatada na literatura¹⁷ de 6,4% a 16,4% e com potencial de causar hipoparatiroidismo.

5. CONCLUSÃO

Em suma, verifica-se através dos resultados coletados que há predomínio do câncer de tireoide no sexo feminino na faixa etária entre 41 a 60 anos (com média de 47,6 anos) e em indivíduos pardos. Tal perfil epidemiológico foi parcialmente semelhante ao encontrado na literatura, pois a etnia mais acometida apresentou divergências regionais nos estudos nacionais consultados.

Em relação às características anatomopatológicas do câncer de tireoide, o tipo histológico carcinoma papilífero foi o mais comum. A maioria dos pacientes apresentou tumor único, lesão até 1 cm de diâmetro, sem a presença de cápsula, de infiltrações angiovascular e perineural, de embolização endolinfática, de extensão extratireoidiana ou de margem comprometida pela neoplasia.

Ademais, a tireoidectomia total não associada ao esvaziamento cervical foi o procedimento cirúrgico mais prevalente. A maioria dos tumores não apresentou metástases linfonodais cervicais. Os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico com estadiamentos pT e pN em estágios iniciais. Os carcinomas diferenciados da tireoide possuíram risco de recorrência baixo e a exérese, possivelmente acidental, das glândulas paratireoides ocorreu em uma taxa semelhante à relatada na literatura.

Além disso, vale ressaltar a importância de mais estudos acerca do tema, principalmente na Região Nordeste do país, pois foram escassos os trabalhos encontrados que apresentaram as características epidemiológicas e anatomopatológicas do câncer de tireoide, sobretudo subdividindo por tipo histológico tumoral. Desse modo, o presente estudo pode somar ao conhecimento atual sobre o câncer de tireoide ao delinear o perfil epidemiológico e as características anatomopatológicas desta patologia e servir como base para estudos futuros sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Qu N, Hui Z, Shen Z, Kan C, Hou N, Sun X, Han F. Thyroid Cancer and COVID-19: Prospects for Therapeutic Approaches and Drug Development. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Mai [citado em 2023, 1 de Mai];13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114699/>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021 Mai [citado em 2023, 1 de Mai];71(3):209–249. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660>
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
4. Seib CD, Sosa JA. Evolving Understanding of the Epidemiology of Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar [citado em 2023, 10 de Mai];48(1):23–35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30717905/>
5. Meza R, Chang JT. Multistage carcinogenesis and the incidence of thyroid cancer in the US by sex, race, stage and histology. *BMC Public Health*. 2015 Ago [citado em 2023, 11 de Mai];15(1). Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2108-4>
6. Kitahara CM, Schneider AB. Epidemiology of Thyroid Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2022 Jul [citado em 2023, 9 de Mai];31(7):1284–1297. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9473679/>
7. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan [citado em 2023, 8 de Abr];26(1):1–133. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739132/>
8. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Câncer de tireoide. 2023 [citado em 2023, 17 de Mai]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/tireoide>
9. Franchini F, Palatucci G, Colao A, Ungaro P, Macchia PE, Nettore IC. Obesity and Thyroid Cancer Risk: An Update. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan [citado em 2023, 15 de Mai];19(3):1116. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834607/>
10. Prete A, Souza PB, Censi S, Muzza M, Nucci N, Sponziello M. Update on Fundamental Mechanisms of Thyroid Cancer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020 Mar [citado em 2023 5 de Mai];11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082927/>

11. Laha D, Nilubol N, Boufraquech M. New Therapies for Advanced Thyroid Cancer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020 Mai [citado em 2023, 6 de Abr];11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7257776/>
12. Master SR, Burns B. Medullary Thyroid Cancer. *StatPearls* [Internet]; 2023 [citado em 2023, 4 de Mai]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459354/>
13. Queiroz ADM. Epidemiologia e fatores associados à recidiva do carcinoma diferenciado de tireoide em um hospital de referência no estado da Paraíba. São Paulo. 2018. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/bitstream/tede/5061/1/Adriana%20Duarte%20M.%20Queiroz.pdf>
14. Nogueira CND, Cardoso HSS, Loureiro TB. Perfil epidemiológico dos casos de câncer de tireoide submetidos à tireoidectomia, no estado do Amapá, no período de janeiro 2012 a janeiro de 2016. Macapá. 2016. Disponível em: http://repositorio.unifap.br/bitstream/123456789/1000/1/TCC_PerfilEpidemiologicoCasos.pdf
15. Corralo FS. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de neoplasia maligna da tireoide. Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4074/1/FERNANDA%20SCATOLIN%20CORRALO.pdf>
16. Paixão JGM, Tabosa GVBS, Silva CAM. Thyroid collision tumor: a case report of three histological types in the same patient. *Arch Head Neck Surg*. 2023;52:e20230002. Disponível em: <https://archivesheadnecksurgery.com/article/10.4322/ahns.2023.0002/pdf/archives-52-e20230002.pdf>
17. Rocha RM, Santos MCLFS, Musso C, Santos MHS, Almeida ML, Miguel GPS. Carcinoma bem diferenciado de tireoide: perfil epidemiológico, resultados cirúrgicos e resposta oncológica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2018 Out [citado em 2023, 5 de Abr];45(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Pbmk87BLnSqLTWX6DYpgLvP/?lang=pt#>
18. Viana CC, Santos MV, Oliveira PAR. Análise do perfil socioepidemiológico de pacientes com câncer de tireoide atendidos a nível ambulatorial. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 set/out [citado em 2023, 7 de Abr].4(5):19048-19058. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/issue/view/145>
19. Suteau V, Munier M, Briet C, Rodien P. Sex Bias in Differentiated Thyroid Cancer. *Int J Mol Sci*. 2021 Nov [citado em 2023, 8 de Abr];22(23):12992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657786/>
20. Dabelić N, Jukić T, Fröbe A. Medullary Thyroid Cancer – Feature Review and Update on Systemic Treatment. *Acta Clin Croat*. 2020 Jun [citado em 2023, 14 de Abr]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8212605/>

21. Pavlidis E, Sapalidis K, Chatzinikolaou F, Kesisoglou I. Medullary thyroid cancer: molecular factors, management and treatment. *Rom J Morphol Embryol*. 2021 Abr [citado em 2023, 17 de Mai];61(3):681–686. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8112777/>
22. Milhomem E, Ayoub FL, Gomes RC, Guastapaglia L. Perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de carcinoma diferenciado de tireoide em seguimento em ambulatório de endocrinologia. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2019 Jun [citado em 2023, 16 de Mai]17(2):90-92. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026515/90-92.pdf#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20tireoide%20representa>
23. Ceolin L, Duval MAS, Benini AF, Ferreira CV, Maia AL. Medullary thyroid carcinoma beyond surgery: advances, challenges, and perspectives. *Endocrine-Related Cancer*. 2019 Ago [citado em 2023, 18 de Mai];26(9):R499–518. Disponível em: <https://erc.bioscientifica.com/view/journals/erc/26/9/ERC-18-0574.xml>
24. Neto BCB, Santos JLA, Santos LPS, Souza IM. Incidência do câncer de tireoide na população brasileira, 2006-2015. *Revista AMRIGS*. 2019 jul/set [citado em 2023, 7 de abr]63(3): 307-312. Disponível em: <https://anyflip.com/stzd/vkpk/>
25. Díaz R, Domínguez JM, Tala H, Olmos R, Pineda P, Olivari D, Jiménez M, Mimica X, Lanas A, Ocares G, Sapunar J. Clinical and histopathological features of follicular thyroid cancer in Chile. *Arch. Endocrinol. Metab*. 2023 Jan [citado em 2023, 9 de Mai]67(3); Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aem/a/kK4ZbZvLPTMkhcPYhKPbxTM/#>
26. Robinson A, Schneider D, Sippel R, Chen H. Minimally invasive follicular thyroid cancer: treat as a benign or malignant lesion?. *Journal of Surgical Research*. 2017 Jan [citado em 2023, 15 de Abr];207:235–240. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022480416303134?via%3Dihub>
27. Sugitani I, Ito Y, Takeuchi D, Nakayama H, Masaki C, Shindo H, Teshima M, Horiguchi K, Yoshida Y, Kanai T, Hirokawa M, Hames KY, Tabei I, Miyauchi A. Indications and Strategy for Active Surveillance of Adult Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Consensus Statements from the Japan Association of Endocrine Surgery Task Force on Management for Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Thyroid*. 2021 Fev [citado em 2023, 14 de Mai];31(2):183–192. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7891203/>
28. Araque KA, Gubbi S, Klubo-Gwiedzinska J. Updates on the Management of Thyroid Cancer. *Horm Metab Res*. 2020 Fev [citado em 2023, 12 de Mai];52(08):562–577. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7415555/>
29. Manzano ACM. Perfil epidemiológico do câncer da tireoide: estudo de 186 pacientes atendidos de 1996 a 2017. Piracicaba. 2019. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1635550>
30. Casaril A, Inama M, Impellizzeri H, Bacchion M, Creciun M, Moretto G. Thyroid follicular microcarcinoma. *Gland Surg*. 2020 Jan [citado em 2023, 14 Mai];9(S1):S54–60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6995901/>

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO**HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO****CARTA DE ANUÊNCIA**

João Pessoa, de de 2020.

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, do projeto de pesquisa intitulado Perfil Epidemiológico das Cirurgias Realizadas no Hospital Napoleão Laureano: experiência do Serviço de Cirurgia em Cabeça e Pescoço, que está sob a coordenação/orientação de Dr André Albuquerque Silveira, e , auxiliados pelo(a)s colaborador(a)(es) Bianca Ferreira dos Santos e Sávio Daniel Freire de Albuquerque Figueiredo. Serão consultados 2000 (dois mil) prontuários em 12 meses.

A aceitação está condicionada a autorização da Direção Clínica do Hospital Napoleão Laureano, pelo período de execução previsto no referido projeto e ao cumprimento pelo(a)s pesquisador(a)s dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os exclusivamente para os fins da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e comunicação da Gerência de Ensino e Pesquisa, os prontuários serão disponibilizados mediante agendamento prévio.

Diretor Clínico

Chefe do Serviço de Arquivo
Médico e Estatística (SAME)

recebido em 02/09/2020

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
Vanda Benigna
Coordenadora do SAME

Direção Clínica e Centro de Estudos– Av. Capitão José Pessoa, 1140 - Jaguaribe CEP: 58015-170 - João
Pessoa -PB Telefone: (83) 3015-6200

ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/CCM/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Epidemiológico das Cirurgias Realizadas no Hospital Napoleão Laureano: experiência do Serviço de Cirurgia em Cabeça e Pescoço

Pesquisador: André Albuquerque Silveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34217720.2.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.243.083

Apresentação do Projeto:

Pesquisa acadêmica vinculada ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba dos pesquisadores Bianca Ferreira dos Santos e Sávio Daniel Freire de Albuquerque Figueiredo, sob a orientação do Prof. Dr. André Albuquerque Silveira. Trata-se de estudo epidemiológico observacional, transversal, retrospectivo, visto que trata de levantar amostras para estabelecer um perfil epidemiológico a partir do quantitativo de cirurgias realizadas no período de janeiro de 1981 a dezembro de 2019, no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a evolução temporal do câncer da cabeça e pescoço, segundo indicadores epidemiológicos, no período de 1981 a 2019, caracterizando se ocorreu aumento ou diminuição das patologias ao longo do tempo e descrever em qual grau de estadiamento foi feito o diagnóstico.

Objetivo Secundário:

Perfazer levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico no Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano no período de 1981-2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.243.083

Eventual risco da pesquisa é possível divulgação de dados médicos/clínicos privados do paciente (quebra de sigilo) e/ou extravio de partes ou totalidade do prontuário que serão revisados. Para evitar isso, apenas o pesquisador responsável (André Albuquerque Silveira) irá resguardar, em sua posse e por meio de computador privado, e sem disponibiliza-los em sistema de "nuvem eletrônica", os dados coletados. O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de preservar o sigilo e a privacidade dos dados dos pacientes que serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los. Além disso, todos os prontuários serão revisados na própria estrutura física do SAME, e, em nenhuma situação, será retirado deste recinto para fins de pesquisa.

Benefícios:

O principal benefício da pesquisa proposta é identificar a evolução temporal dos pacientes e patologias tratadas no principal hospital oncológico da nossa comunidade. O entendimento do perfil epidemiológico poderá servir de base para ações nas atividades de saúde referentes à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos cânceres do segmento da cabeça e pescoço. Melhorias da nossa propedêutica oncológica tem o potencial de beneficiar os pacientes que venham a ser tratados no futuro

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço afetam diversos sítios anatômicos, como a pele, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares. O tipo de neoplasia maligna mais comum, de acordo com sua origem, é o epitelial - carcinoma espinocelular (CEC) -, mas outros tipos podem ocorrer, incluindo os mesenquimais.

Número de participantes: 2000

Cronograma previsto para coleta: 01/07/2020

Cronograma completo: 30/06/2020 A 31/12/20

Orçamento: R\$1200,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram devidamente apresentados Projeto completo, Dispensa de TCLE, Carta de anuência, Termo de confidencialidade, termo de compromisso e folha de rosto, possibilitando uma adequada avaliação ética.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.243.083

Recomendações:

- Manter a metodologia aprovada PELO CEP-CCM.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto encontra-se devidamente instruído conforme o que preconiza a Resolução 466-12, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. Desde modo, somos de parecer favorável.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas- CEP-CCM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1585220.pdf	29/07/2020 14:40:51		Aceito
Declaração de concordância	0_Carta_de_anuencia.pdf	29/07/2020 14:40:16	André Albuquerque Silveira	Aceito
Outros	0_Pagina_5_HNL.pdf	29/07/2020 14:39:31	André Albuquerque Silveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	0_termo_confidencialidade.pdf	29/07/2020 14:35:37	André Albuquerque Silveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	0_termo_compromisso.pdf	29/07/2020 14:35:18	André Albuquerque Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	0_Dispenza_do_TCLE_Assinada.pdf	29/07/2020 14:34:51	André Albuquerque Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_tese.pdf	29/07/2020 14:32:48	André Albuquerque Silveira	Aceito
Folha de Rosto	0_folhaDeRosto.pdf	29/07/2020 14:32:30	André Albuquerque Silveira	Aceito

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br



Continuação do Parecer: 4.243.083

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Agosto de 2020

Assinado por:
Cristina Wide Pissetti
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br