



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 437/2019

Vitória, 18 de março de 2019

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

O presente parecer atende solicitação de informações técnicas pelo 1º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de São Mateus, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Alcenir José Demo, sobre o procedimento: **cirurgia ginecológica – endometriose profunda.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a autora é portadora de endometriose profunda e necessita ser submetida a uma cirurgia videolaparoscópica; que está aguardando resposta desde 07/4/2017, data em que deu entrada com o pedido na AMA – Agência Municipal de Agendamento; que não possui condições financeiras para arcar com os custos do tratamento; pelo exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 10, Formulário para Pedido Judicial em Saúde preenchido em 04/12/2018 por Dr. Robson De Carli Favalessa, Ginecologia e Obstetrícia, CRMES 8344, contendo: diagnóstico de endometriose profunda – CID10 N80, dor pélvica importante, indicação de videolaparoscopia – procedimento disponível pelo SUS, risco de envolvimento/lesão de alça intestinal se não for adequadamente tratada.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

3. Às fls. 11, o, Formulário para Pedido Judicial em Saúde preenchido em 06/12/2018 por Dr. Nelson Vieira Zamperini, CRMES 4345, com informações similares às descritas acima pelo ginecologista.
4. Às fls. 12, encaminhamento para Cirurgia Ginecológica, médica emitente Dra. Beatriz Miranda de Brito, Ginecologia e Obstetrícia, descrevendo endometriose profunda muito sintomática, com demonstração de envolvimento intestinal à ressonância magnética.
5. Às fls. 13, laudo emitido em 29/11/2018 por Dra. Andrea Nunes de Menezes, CRMES 5314, atuando no Hospital Dório Silva, constando que a paciente foi avaliada no Hospital das Clínicas recebendo prescrição de medicamentos, mas não foi operada por falta de equipamento naquele hospital, e que no Hospital Dório Silva também não há disponibilidade dos recursos necessários.
6. Às fls. 14, laudo de ressonância magnética da pelve realizada em 24/8/2018, conclusão: sinais de endometriose profunda nos compartimentos posterior e lateral, com envolvimento intestinal.
7. Às fls. 15-18, laudos de ressonâncias magnéticas mais antigas, mostrando que a endometriose já vinha sendo diagnosticada desde 2017.
8. Às fls. 22, registro no SISREG se solicitação de Consulta em Cirurgia Ginecológica, data da solicitação 07/4/2017. Última atualização, em 09/11/2018: devolvido, justificativa “não há prestador que realize tratamento de endometriose”.

II- ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria N° 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

– Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II , item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.
- Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. A endometriose é uma doença crônica, inflamatória, estrogênio-dependente que ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. Dados da literatura mais recente apontam uma prevalência de 5% a 10% em mulheres em idade fértil. Existe um consenso relacionando nuliparidade com maior incidência de endometriose, observando-se o maior tempo de exposição estrogênica na paciente nuligesta, sem a proteção progesterônica da gestação; adicionalmente, o fato de a paciente ter engravidado algumas vezes refletiria equilíbrio estro-progesterônico. Pacientes múltiplas apresentam menor incidência, permanecendo em níveis de 3% a 4%.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. As principais manifestações clínicas da endometriose são a dor pélvica, a dificuldade em engravidar e a presença de massa pélvica em mulheres na fase reprodutiva, de forma isolada ou em associações. Na presença destas condições é recomendável a investigação da endometriose. O diagnóstico clínico de certeza é difícil. Embora estas manifestações sejam muito sugestivas de endometriose, não são exclusivas desta doença e requerem o diagnóstico diferencial com outras condições: aderências, síndrome do intestino irritável, doença inflamatória pélvica, cistite, neoplasias e outras mais. O diagnóstico clínico tem como base a exploração dos sintomas, o exame ginecológico e a identificação de fatores de risco na história que vão à favor da teoria de que a endometriose seja um distúrbio dependente da ação estrogênica e possivelmente secundária ao refluxo menstrual para a cavidade peritoneal. Além disso, o diagnóstico clínico e por imagem é importantíssimo e suficiente para o início da terapia e seguimento na maioria dos casos, sendo a videolaparoscopia indicada para o tratamento de casos graves, na suspeição diagnóstica com esclarecimento de exames de imagem especializados normais (pode haver lesões superficiais não detectáveis com os métodos de imagem), na presença de massa anexial ou pélvica suspeita e nas pacientes sem resposta adequada ao tratamento clínico de primeira linha.
3. A endometriose profunda é definida pela demonstração histopatológica da infiltração do peritônio ou outros órgãos com profundidade maior que 5 mm e a recomendação atual é tentar conseguir suspeitar deste diagnóstico antes da cirurgia para melhores resultados. Deve-se suspeitar de endometriose profunda em todas as mulheres com dor pélvica incapacitante, especialmente dismenorreia, dispareunia de profundidade, dor pélvica crônica intensa, disúria e disquezia. A suspeita clínica deve levar à investigação minuciosa e ao melhor detalhamento possível com os métodos de imagem aplicáveis e disponíveis (notadamente ultrassonografia e ressonância magnética), para melhorar o diagnóstico pré-operatório e permitir adequado planejamento cirúrgico.
4. Na laparoscopia, pode se manifestar como lesões endometriais típicas e atípicas, nódulos endometrióticos em diferentes localizações e até como hidronefrose ou obstruções intestinais. A decisão sobre a realização de tratamento clínico ou cirúrgico



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

depende, de forma preponderante, do quadro clínico, assim como do desejo reprodutivo, da idade da paciente e das características das lesões (locais e estágio da doença). As informações que os métodos de imagem podem nos oferecer, que são necessárias para o planejamento cirúrgico, são: locais comprometidos pela doença, como ovários ou focos profundos em região retrocervical, vaginal, septo retovaginal, lesões do trato urinário ou digestivo, nas quais devemos considerar o tamanho e número de lesões, camadas da parede intestinal comprometidas, circunferência da alça envolvida e a distância da borda anal (nas lesões de retossigmoide). Quando forem identificadas lesões de endometriose durante uma laparoscopia, os médicos estão recomendados a tratar cirurgicamente, uma vez que esta medida é efetiva para reduzir a dor associada à endometriose, denominado “see and treat”.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da endometriose tem alguns consensos e discussões . O conceito básico que sustenta a opção conservadora não cirúrgica vem da etiopatogenia da doença, onde percebe-se que nem toda lesão tem o mesmo comportamento, ou seja, há lesões peritoneais, pequenos endometriomas ou mesmo lesões profundas que chegam a determinado tamanho e, ou intrinsecamente ou por bloqueio hormonal, permanecem estáveis, sem progressão. Porém, há outras lesões que avançam de forma agressiva, independente de qualquer tentativa medicamentosa de contenção de crescimento. O médico que trata a paciente tem a possibilidade de controlar o comportamento da doença, de acordo com os dados clínicos e com o auxílio dos exames de imagem especializados que detectam, com grande precisão, a evolução volumétrica dos endometriomas ovarianos e das lesões profundas, assim como o surgimento ou não de novas lesões.
2. Desta forma, as opções para a abordagem clínica da paciente com suspeita de endometriose deve partir da prioridade em melhorar as queixas relacionadas à dor pélvica (em todas as suas variantes) ou à infertilidade enfrentada pelo casal. Esta



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

dicotomia é importante, tendo em vista que o bloqueio hormonal, que pode ser uma ótima solução para a melhora da dor, é anticoncepcional.

3. Indicação cirúrgica - A decisão sobre a realização de tratamento clínico ou cirúrgico depende, de forma preponderante, do quadro clínico, assim como do desejo reprodutivo, da idade da paciente e das características das lesões (locais e estágio da doença). As informações que os métodos de imagem podem nos oferecer, que são necessárias para o planejamento cirúrgico, são: locais comprometidos pela doença, como ovários ou focos profundos em região retrocervical, vaginal, septo retovaginal, lesões do trato urinário ou digestivo, nas quais devemos considerar o tamanho e número de lesões, camadas da parede intestinal comprometidas, circunferência da alça envolvida e a distância da borda anal (nas lesões de retossigmoide). 9,10 (A)
4. Tratamento cirúrgico - Importância da avaliação laparoscópica minuciosa. Um inventário completo da cavidade deve ser realizado, incluindo avaliação do abdome superior, região peri-hepática, diafragma, região epigástrica, alças intestinais, reto e sigmoide, assim como do trato urinário, avaliando principalmente a bexiga e os ureteres. Com relação ao aparelho reprodutor feminino, devemos avaliar todo o peritônio pélvico, ovários, fossas ováricas e tubas uterinas, região retrocervical, com avaliação dos ligamentos uterossacros e fundo de saco de Douglas, além do próprio útero.¹¹ (B) Algumas vezes, a palpação é melhor instrumento do que a própria visualização para identificar regiões acometidas por implantes de endometriose. Assim sendo, a utilização de instrumento “palpador” pelo trocarte acessório e o toque vaginal realizado pelo segundo auxiliar podem ser de grande importância na avaliação da pelve.
5. O manejo cirúrgico da dor na endometriose pélvica - O objetivo da cirurgia é remover todos os focos visíveis e/ou palpáveis de endometriose em uma única cirurgia (one shot surgery) diminuindo, desta forma, os escores de dor e melhorando a qualidade de vida e os índices de fertilidade.¹² (B) O tratamento cirúrgico da endometriose deve ser preferencialmente conservador. Sendo assim, os implantes da doença devem ser tratados de tal modo que os órgãos reprodutivos permaneçam preservados. Os



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

implantes endometrióticos devem ser removidos da pelve por meio dos métodos de excisão cirúrgica.6 (D)

6. As diretrizes do último consenso da ESHRE (2014)⁷ sobre o tratamento cirúrgico da dor na endometriose:
- Quando forem identificadas lesões de endometriose durante uma laparoscopia, os médicos estão recomendados a tratar cirurgicamente, uma vez que esta medida é efetiva para reduzir a dor associada à endometriose, denominado “see and treat” (A);
 - Na cirurgia de mulheres com endometrioma ovariano, os médicos devem realizar a FEBRASGO - Manual de Endometriose 66 cistectomia em vez da drenagem e coagulação, uma vez que a cistectomia reduz a dor associada à endometriose (A);
 - A remoção cirúrgica da endometriose profunda deve ser considerada, uma vez que reduz a dor associada à endometriose e melhora a qualidade de vida (B);
 - A ablação laparoscópica do nervo uterossacro (LUNA) não deve ser realizada como procedimento adicional à cirurgia conservadora para reduzir a dor associada à endometriose (A);
 - Os médicos devem ter em mente que a neurectomia pressacral (PSN) é efetiva como procedimento adicional à cirurgia conservadora para reduzir a dor pélvica associada à endometriose, mas esta técnica requer um alto nível de habilidade cirúrgica e é um procedimento potencialmente perigoso.

DO PLEITO

- 1. Cirurgia ginecológica para tratamento de endometriose profunda (videolaparoscopia) – procedimento contemplado pelo SUS.**

III – CONCLUSÃO

1. Este NAT aponta a necessidade de se acolher a paciente autora em um serviço de referência em Cirurgia Ginecológica do SUS, e, se o tratamento cirúrgico videolaparoscópico for referendado, que sejam realizados os devidos preparativos e agendamentos. Cabe ao requerido agendar a avaliação e tratamento em instituição



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

referenciada que esteja devidamente equipada, evitando-se mais atendimentos que não resolvam o problema da autora. Pelo tempo de espera já documentado, sugere-se atendimento em prazo curto.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

REFERÊNCIA

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de endometriose 2014/2015. Disponível em:
<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>