



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

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES 281/2019

Vitória, 15 de fevereiro de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas complementares do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Rachel Durão Correia Lima, sobre o procedimento: **Histerectomia**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente foi diagnosticada com endometriose fazendo tratamento conservador na época. Em junho/2018 ao realizar ressonância magnética de pelve, evidenciou adenomiose uterina, sendo tratado conservadoramente, porém foi aconselhada por outros médicos a interromper o uso dos medicamentos devido aos efeitos colaterais como perda da massa óssea, depressão, dentre outros. Há aproximadamente 3 meses, em consulta com médico ginecologista, indagou a possibilidade da retirada do útero, sendo informada da não realização do procedimento e medicada com goserrelina, para o controle da endometriose e alívio dos sintomas. A autora refere ter tido fortes efeitos colaterais com essa aplicação da medicação, como por exemplo, insônia, depressão, intensificação das dores. Em consulta recente ao comentar com a ginecologista do HUCAM, sobre esses efeitos e a hipótese de realização da histerectomia, a médica



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

afirmou que o SUS não fornecia os profissionais necessários para o procedimento. Pelo exposto a autora não viu outra alternativa senão recorrer a via judicial.

2. Às fls. 20 consta laudo da ressonância magnética (RM) de pelve, em 06/06/2018 pelo Dr. Ricardo Gomes Volpato, CRM ES 8094, evidenciando sinais sugestivos de adenomiose;
3. Às fls. 21 a 25 apresenta-se laudo exame anátomo patológico, devido a infecção urinária de repetição – fragmento de mucosa vesical, em 04/07/2018 pelo Dr. Robson Dettmann Jarske, CRM ES 8623, evidenciando enantema, moderado infiltrado inflamatório misto com predomínio de mononucleares e erosão do epitélio de revestimento. Infiltrado inflamatório crônico.
4. Às fls. 26 e 27 consta laudo médico, em papel timbrado da Prefeitura de Vitória, sem data pela Dr^a Cacia Gonçalves Santos, ginecologista, CRM ES 3906, descrevendo que a paciente [REDACTED] é portadora de endometriose pélvica, necessitando avaliação de cirurgia para alívio do quadro doloroso, pois encontra-se sem condição de exercer suas atividades laborais. CID 10: N80 – endometriose.
5. Às fls. 29 consta receituário com a prescrição de goserrelina 10.8 mg, em 25/10/2018 pela Dr^a Neide A. Tosato Boldrini, ginecologia/obstetrícia, CRM ES 4855, em papel timbrado do HUCAM.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações



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

de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

DA PATOLOGIA

1. A **adenomiose** é definida como a presença de glândulas e estroma endometrial no miométrio. Pode variar desde pequenas ilhas isoladas de tecido endometrial dentro do miométrio até extensa infiltração das paredes uterinas ou, então, nódulos sem cápsula grosseiramente visíveis permitindo distinção clara do miométrio normal, também chamado de adenomioma, condição relativamente rara. Uma variação de adenomioma é representada na forma de pólipos adenomatosos, também chamado de adenomioma polipoide, uma estrutura sésil ou pediculada, no endométrio ou no endocérvice, representando cerca de 2% de todos os pólipos endometriais. Esta doença parece ser resultado da invasão das glândulas endometriais e do estroma para o miométrio. A origem externa da adenomiose a partir do peritônio visceral, apesar de ainda ser debatida, é observada em diversas situações, especialmente quando associada à endometriose infiltrativa de órgãos pélvicos, que promove irritação crônica da microarquitetura uterina, tais como reto, bexiga, ligamento uterossacro e nódulos endometrióticos retrocervicais.
2. A incidência na população feminina varia grandemente, visto que o diagnóstico definitivo só é alcançado através do estudo histopatológico. Após confirmação histológica de peças anatômicas obtidas por histerectomias, Vercellini et al. observaram prevalência de até 66%. Com a melhora dos métodos de imagem na avaliação da adenomiose passou a observar-se um aumento na incidência em pacientes mais jovens, entre 20 e 30 anos, apesar de ser prevalente em mulheres no período reprodutivo tardio e perimenopausa. Muitos estudos tentam identificar os possíveis fatores de risco relacionados com o surgimento desta doença. Vercellini et al. identificaram poucos fatores com relevância consistente.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Durante muitos anos a adenomiose foi associada à multiparidade. Com o desenvolvimento de métodos de diagnóstico precoce e o desejo de gestar mais tardiamente por parte da população feminina, uma relação entre adenomiose e infertilidade começou a ficar mais evidente. Fatores como dismenorreia, sangramento uterino anormal, dispareunia, presença de endometriose, idade da menarca, idade da menopausa e indicação da cirurgia não apresentaram relação com o risco do surgimento da adenomiose. Abortos prévios espontâneos, dilatação e curetagem foram correlacionados positivamente com adenomiose, assim como cirurgias uterinas prévias.
4. Na propedêutica encontramos os seguintes exames: Histerossalpingografia, Ultrassonografia (transabdominal, transvaginal), histerossonografia, Elastossonografia, Histeroscopia, Ressonância nuclear magnética, Tomografia computadorizada, Biópsia miometrial guiada por laparoscopia e CA-125.
5. Até recentemente o diagnóstico de adenomiose era retrospectivo, baseado na revisão das peças anatomopatológicas em mulheres submetidas à histerectomia. Atualmente, a ressonância magnética se mostra como o principal exame para detecção da adenomiose, porém a ultrassonografia 3D e a elastossonografia aparecem como exames não invasivos também com alta acurácia e menor custo.
6. 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 múltiparas apresentam menor incidência, permanecendo



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

em níveis de 3% a 4%.

7. 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.
8. 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



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

adequado planejamento cirúrgico.

DO TRATAMENTO

1. Para o tratamento temos várias medicações que podem ser utilizadas, porém a **histerectomia** foi a única estratégia para diagnóstico e tratamento da adenomiose. O efeito da utilização dos agonistas de GnRH pré-operatórios para a diminuição de complicações cirúrgicas ainda não foi avaliado, sendo frequentemente utilizados para melhora dos níveis hematimétricos pré-operatórios. Alguns estudos apontam para uma preocupação quanto a uma possível recorrência da doença em histerectomias subtotais, principalmente no coto cervical e septo retovaginal. Apesar do surgimento de novos procedimentos menos invasivos, a histerectomia continua sendo o método de escolha em pacientes, nas quais a fertilidade não seja desejada e naquelas em que a doença seja muito extensa e exclua a possibilidade de ablação endometrial. A via laparoscópica vem crescendo em preferência à laparotômica por seu caráter minimamente invasivo. Além da vantagem de rápida recuperação e menor ocorrência de aderências, a melhor visualização de estruturas tem conferido a esta técnica uma maior utilização em vários centros de referência.
2. Na endometriose 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). Quando



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

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 PLEITO

1. **Histerectomia:** é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada do útero. A histerectomia pode ser total, quando se retira o corpo e colo do útero, ou subtotal, quando só o corpo do útero é retirado. A indicação mais frequente de histerectomia por alteração benigna nos serviços de ginecologia é o mioma uterino.
2. O procedimento está padronizado pelo sus, histerectomia total (04.09.06.013-5) da tabela SIGTAP (sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos do sus): consiste a retirada completa de todo o útero, incluindo o corpo e o colo do útero através de acesso por incisão na região abdominal inferior.
3. O procedimento está padronizado pelo sus, histerectomia subtotal (04.09.06.012-7) da tabela SIGTAP (sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos do sus): procedimento cirúrgico que consiste na remoção do corpo do útero, mantendo o colo do útero íntegro. Procedimento classificado de média complexidade, sendo a responsabilidade do gestor estadual.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com informações contidas nos autos, a Requerente é portadora de adenomiose e vem apresentando efeitos colaterais com a medicação utilizada, com piora dos sintomas. Foi solicitada por médica em Unidade de Saúde a avaliação de colega para possível procedimento cirúrgico para melhora dos sintomas da endometriose. Sendo realizado uma ressonância magnética em junho/2018 evidenciando adenomiose.



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

2. No estudo levantado por este Núcleo, a adenomiose pode ser observada em diversas situações, especialmente quando associada à endometriose infiltrativa de órgãos pélvicos, que promove irritação crônica da microarquitetura uterina, tais como reto, bexiga, ligamento uterossacro e nódulos endometrióticos retrocervicais; porém não temos nos documentos enviados a este núcleo nenhum relato mais específico se existe ou não adenomiose de origem externa a partir do peritônio visceral.
3. No portal do SUS consegue-se saber da solicitação da consulta com cirurgião ginecológico feita em 23/08/2018, aguardando agendamento, então a requerente necessita ter o agendamento com o especialista para analisar a ressonância magnética e avaliar qual será a melhor conduta a ser tomada, uma vez que a medicação não está tendo o efeito desejado.
4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Regional de Medicina), em relação ao quadro e tratamento da paciente, haja visto a escassez de informações referentes à condição clínica atual, porém deve ser agendado tal procedimento em prazo que respeite o princípio de razoabilidade.
5. Em conclusão, este NAT, entende que apesar do pleito ser de procedimento cirúrgico, **é indicado que a Requerente seja submetida a uma consulta em cirurgia ginecológica, já solicitada, conforme consta no portal do SUS, em serviço que realize o procedimento cirúrgico, evitando, caso haja indicação cirúrgica do especialista, deslocamento desnecessário da Requerente.** Cabe a este profissional a definição do tratamento a ser realizado bem como a prioridade da sua realização. Compete a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar a consulta e o procedimento que vier a ser indicado.



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



REFERENCIAS

Andrea Prestes Nácul, Poli Mara Spritzer; Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose; Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(6):298-307; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>

Cláudio Peixoto Crispi Júnior e Leila Cristina Soares; Adenomiose; Caderno de Saúde da Mulher; RBM Nov 13 V 70 N 11 págs.: 409-414; disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5554

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>