



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 446/2022

Vitória, 01 de abril de 2022

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas da Vara Única de Presidente Kennedy – ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Priscilla Bazzarella de Oliveira, sobre o procedimento: **Tratamento cirúrgico - Histerectomia**.

I - RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente de 39 anos, apresenta diagnóstico de adenomiose, e foi indicada a fazer a cirurgia de histerectomia desde o dia 26/10/2020, conforme Guia de Referência e Contra-Referência (às fls. 23). Desde então a Autora tem buscado o tratamento junto ao SUS, evoluindo com piora, apresentando severas hemorragias, além de fortes dores. A Requerente já teve a cirurgia marcada e desmarcada diversas vezes por problemas internos da administração pública. Pelo exposto recorre a via judicial.
2. Às fls. não numeradas apresenta marcação de consulta para dia 10/02/2022, internar dia 09/02/2022 as 20 h.
3. Às fls. 25 e 26 constam laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar, emitido em 06/01/2022 pelo Dr. Marrathma Sepulveda, ginecologia/obstetrícia, CRM ES 17076, diagnóstico de adenomiose, com história de paciente com USTU



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

- 04/01/2022, volume uterino 166, OD 23. solicitando histerectomia abdominal.
4. Às fls. 27 consta receituário, emitido em 27/12/2021, carimbo semilegível, prescrito rubia e transamin 250 mg.
 5. Às fls. 28 apresenta laudo e imagem de ultrassonografia transvaginal, emitido em 01/10/2020, evidenciando útero centralizado, em anteversão, de dimensões normais, forma típica, limites bem definidos, parênquima miometrial heterogêneo medindo: 8,3 x 4,8 x 6,1 cm = 126,37 cm³, eco endometrial medindo 9.9 mm. Impressão diagnóstica de adenomiose
 6. Às fls. 30 apresenta laudo e imagem de ultrassonografia transvaginal, emitido em 04/01/2022, evidenciando útero em AVF, de dimensões aumentadas e contornos preservado, medindo 97,2 x 50,5 x 64,6 mm, com volume estimado de 166,0 cm³, parênquima uterino heterogêneo, apresentando aumento difuso e finamente heterogêneo de sua ecotextura. Ovário direito mede 41,0 x 29,2 x 37,5 mm (23,5 cm³). Ovário esquerdo mede 21,8 x 12,8 x 19,1 mm (2,8 cm³). Impressão diagnóstica: Adenomiose; Imagem cística no ovário direito sugerindo corresponder a folículo dominante, fazendo diagnóstico diferencial com cisto simples; Imagem cística paraovariana esquerda sugestiva de cisto de Morgagni.
 7. Às fls. 33 e 34 constam risco cirúrgico (?) e eletrocardiograma (ECG), emitido em 22/12/2021 pelo Dr. Anderson D Valladão, cardiologia, CRM ES 9008, concluindo risco grau I (ASA)
 8. Às fls. 36 a 51 apresenta exames laboratoriais
 9. Às fls. 52 apresenta colpocitologia oncótica, emitida em 29/10/2020, com diagnóstico descritivo e conclusão: negativo para lesão intraepitelial ou malignidade na amostra analisada
 10. Às fls. 54 e 55 consta laudo de tomografia computadorizada de abdome e pelve, emitida em 13/04/2021, evidenciando leve redução difusa do coeficiente de atenuação



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

do parênquima hepático, compatível com doença. de depósito (provável componente de esteatose); Cisto renal simples à esquerda (Bosniak I).

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II , item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência 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.



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

DA PATOLOGIA

1. **Adenomiose:** é uma alteração benigna do útero que, histologicamente, caracteriza invasão benigna do endométrio no miométrio, além de 2,5 mm de profundidade ou, no mínimo, um campo microscópico de grande aumento distante da camada basal do endométrio, com presença de glândulas e estroma endometrial circundado por hiperplasia e hipertrofia das células miometriais. A apresentação clínica da doença é variável assim como seu impacto sobre a vida da mulher. Acomete, em geral, mulheres entre 40 e 50 anos, mas pode ser encontrado, incidentalmente, em mulheres mais jovens com quadro de sangramento uterino anormal e dismenorreia.
2. Os mecanismos patogênicos envolvidos na adenomiose precisam ser totalmente elucidados, mas na última década um número crescente de estudos mostrou que receptores de hormônios esteróides sexuais, moléculas inflamatórias, enzimas da matriz extracelular, fatores de crescimento e fatores neuroangiogênicos desempenham um papel importante. De acordo com a teoria mais comum, a adenomiose resulta da invaginação do endométrio basal para o miométrio através de uma zona juncional alterada ou interrompida (JZ), que representa uma estrutura responsiva a hormônio altamente especializada localizada no terço interno do miométrio. Embora alterações na apoptose, responsividade do hormônio esteroide e vias da matriz extracelular tenham sido encontradas em lesões adenomióticas e no endométrio eutópico, os mecanismos subjacentes precisam ser avaliados mais detalhadamente. Além disso, o papel da lesão e reparo do tecido (TIAR) como o mecanismo primário para a invasão miometrial foi hipotetizado. Contrações miometriais peristálticas crônicas podem induzir microtrauma contínuo a JZ, causando inflamação que, por sua vez, promove aumento da produção local de estrogênio, induzindo um ciclo vicioso. Um mecanismo de feedback positivo é gerado e a hiperperistalse crônica na JZ promove ciclos repetidos de autotraumatização. Assim, a teoria TIAR, enfatizando a importância do dano tecidual à interface endometrial-miometrial, apóia o entendimento comum de que a adenomiose está associada à multiparidade, cesariana prévia e cirurgia uterina prévia.



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

3. Uma teoria patogênica alternativa da adenomiose propõe que a doença surge *de novo* a partir da metaplasia de células-tronco embrionárias ou adultas no miométrio. A hipótese de diferenciação das células-tronco endometriais e estromais adultas sempre que se depositam no miométrio após a menstruação retrógrada também deve ser levada em consideração. Após a menstruação retrógrada, as células endometriais ectópicas podem ter o potencial de se infiltrar não apenas nos órgãos pélvicos, mas também nas paredes uterinas. No entanto, a patogênese da adenomiose ainda não está clara e não pode ser entendida apenas por uma teoria única, uma vez que os fenótipos são heterogêneos e não estão claramente definidos.
4. Ultrassonografia transvaginal, (USTV) representa a técnica de imagem de primeira linha para diagnosticar adenomiose, pois está amplamente disponível, é relativamente barata e muito precisa se realizada por ultrassonografistas especializados. A sensibilidade do USTV para detectar adenomiose varia de 65% a 81% e a especificidade varia de 65% a 100%.
5. A adenomiose frequentemente coexiste com outras doenças ginecológicas, como endometriose e miomas uterinos. Em 15% a 57% dos casos, leiomiomas uterinos e adenomiose coexistem no mesmo útero e mulheres com ambas as condições têm maior probabilidade de sentir dor pélvica.

DO TRATAMENTO

1. A adenomiose tem um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres em uma alta porcentagem de casos por causa de sangramento uterino anormal (SUA) e da dor que exige um plano de manejo vitalício por meio de tratamento médico ou cirúrgico. A escolha depende da idade da mulher, estado reprodutivo e sintomas clínicos.
2. A abordagem cirúrgica ainda é assunto controverso, mas tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos devem ser realizados em casos específicos, informando a paciente sobre os potenciais riscos em caso de gravidez. As opções cirúrgicas



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

conservadoras incluem ablação endometrial, ressecção endometrial histeroscópica e adenomioma, ressecção laparoscópica de adenomiose, ultrassonografia focada de alta intensidade e embolização da artéria uterina. No entanto, ainda faltam evidências robustas que apoiem os tratamentos cirúrgicos conservadores da adenomiose.

3. De acordo com os mecanismos patogênicos, vários tratamentos médicos hormonais e não hormonais são usados off-label para controlar a dor e o sangramento e para melhorar o resultado da fertilidade. O uso de GnRH é indicado antes dos tratamentos de fertilidade para melhorar as chances de gravidez em mulheres inférteis com adenomiose. O uso de progestágenos é sustentado pelo efeito antiproliferativo e anti-inflamatório e decidualização e posteriormente atrofia do tecido endometrial, causando redução significativa do sangramento. Entre as progestinas, o acetato de noretisterona (NETA), o danazol vaginal e o dienogest (DNG) podem ser considerados. O sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel (LNG-IUS) também é um tratamento eficaz, reversível e de longo prazo usado com sucesso para tratar a adenomiose. Os resultados mostram que reduz o sangramento menstrual, a dor e o volume uterino e tem uma satisfação geral de 72%.
4. Um ensaio clínico randomizado incluiu 62 participantes com queixas de dor e sangramento associados à adenomiose, chegando a conclusão que tanto o LNG-IUS quanto os AOCs diminuíram a dor e o sangramento menstrual associados à adenomiose. No entanto, o LNG-IUS é mais eficaz do que os COCs na redução da dor e da perda de sangue menstrual. Esse efeito pode ser secundário à diminuição do volume uterino e ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo.

DO PLEITO

1. **Procedimento cirúrgico e tratamento indicados, consistente na realização de histerectomia.**



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

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 39 anos, apresenta diagnóstico de adenomiose, sendo indicada a cirurgia de histerectomia desde outubro/2020, tendo buscado o tratamento junto ao SUS, evoluindo com piora, apresentando severas hemorragias, além de relato de fortes dores. Consta anexado ao Processo o Laudo para solicitação de autorização de internação, requerido pelo ginecologista, para histerectomia desde janeiro de 2022.
2. A Histerectomia é um procedimento cirúrgico padronizado pelo SUS, considerada de média/alta complexidade, segundo a tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), que consiste na retirada do útero, podendo ser total (remoção de corpo e colo uterino) ou subtotal (não ocorre exérese do colo uterino), estando escrita sob os seguintes códigos: 04.09.06.010-0 para histerectomia por via vaginal; 04.09.06.013-5 para histerectomia total; 04.09.06.015-1 para histerectomia videolaparoscópica, dentre outras especificações.
3. De acordo com Protocolos da Febrasgo direcionados a Adenomiose (alteração uterina que acomete a Requerente) a histerectomia é considerada para seu tratamento definitivo, estando indicada para mulheres com prole concluída, geralmente após os 40 anos de idade, com sintomas intensos de sangramento uterino anormal e dismenorreia (dor), que não responderam à terapêutica medicamentosa, seja hormonal, sejam intervenções menos invasivas.
4. Considerando que foi informado em Documento médico que a paciente é Gesta 3 – Para 3, ou seja, possui 3 filhos, está sintomática há mais de 3 anos, com sangramento, dor e aumento uterino, já avaliada pelo ginecologista, com solicitação de histerectomia feita em Guia do SUS, com exames pre-operatórios já realizados, incluindo avaliação cardiológica pre-operatória, **concluimos que o procedimento proposto é uma opção terapêutica para tratamento definitivo da adenomiose e está indicado para o caso.** Destacamos também que para que qualquer intervenção seja realizada, a paciente precisa obrigatoriamente ser avaliada pelo médico que realizará o procedimento para definir a técnica a



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

ser utilizada, os procedimentos necessários, a verificação da necessidade de novos exames etc...

5. Por fim, considerando o exposto acima, **este Núcleo conclui que primeiramente a Requerente necessita de ter uma consulta agendada com cirurgião ginecológico, em estabelecimento de saúde que realize procedimento cirúrgico ginecológico, cabendo a Secretaria de Estado da Saúde a sua disponibilização para reavaliação e efetivação de sua cirurgia.**
6. Não se trata de procedimento de urgência, mas considerando os sintomas apresentados pela paciente e o lapso temporal (solicitação para consulta com cirurgião ginecológico desde 2020), este Núcleo entende que a consulta deva ser disponibilizada com brevidade.



REFERÊNCIAS

Protocolos Febrasgo | N°77 | 2021 - Adenomiose
<https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Adenomiose-2021.pdf>

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/>



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

Manual%20Endometriose%202015.pdf

NÁCUL,A.P.; SPRITZER, P.M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2010; 32(6):298- 307. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>.

NAVARRO, P.A.DE A.S.; BARCELOS, I.D.S.; ROSA E SILVA, C. Tratamento da endometriose. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. vol.28.no.10.Rio de Janeiro. oct.2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006001000008&script=sci_arttext.

Carneiro MM, Ávila I, Ferreira MC, Lasmar B, Gonçalves MO, Oliveira MA, et al. Adenomyose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 31/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

Vannuccini S and Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis [version 1; peer review: 2 approved]. F1000Research 2019, 8(F1000 Faculty Rev):283 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.17242.1>)

Shaaban OM, Ali MK, Sabra AM, Abd El Aal DE. Levonorgestrel-releasing intrauterine system versus a low-dose combined oral contraceptive for treatment of adenomyotic uteri: a randomized clinical trial. Contraception. 2015 Oct;92(4):301-7. doi: 10.1016/j.contraception.2015.05.015. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26071673.

Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. J Minim Invasive Gynecol. 2016 Feb 1;23(2):164-85. doi: 10.1016/j.jmig.2015.09.018. Epub 2015 Sep 30. PMID: 26427702.