



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 692/2022

Vitória, 18 de maio de 2022.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal da Fazenda Pública de Cariacica, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento **curetagem uterina**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente de 61 anos, é portadora de espessamento endometrial, menopausada desde os 50 anos, necessitando de curetagem uterina, porém, aguarda marcação do procedimento desde 31/01/2021, sem previsão de agendamento. Por não possuir condições de arcar com os custos de procedimento, recorre à via judicial.
2. Às fls. 14294330 (página 7), consta Guia de Referência do Hospital Santa Casa de Vitória, encaminhando para cirurgia ginecológica, preenchida em 31/01/2022 pela médica Cinthia Rafaela Santos Assis Marcos CRM-ES 16546. Informa que a paciente apresenta espessamento endometrial de 7,2 mm, refere aumento após exames anteriores e que a paciente nega sangramento vaginal após a menopausa. Solicita avaliação de curetagem.
3. Às fls. 14294330 (página 8), consta encaminhamento em folha de receituário do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória emitido pela Dra. Rúbia Soares de Sousa Gomes CRM-ES 18110, para cirurgia ginecológica para avaliação do procedimento de curetagem uterina. Descreve que a paciente apresenta espessamento



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

endometrial em ultrassonografias consecutivas. Em 2017 evidência de espessamento endometrial 6.5mm; 29/09/2021: útero em AVF, útero com volume de 16 cm³ e espessamento endometrial 7,2 mm.

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. A **hiperplasia endometrial (HE)**, é uma entidade nosológica que representa todo um espectro de alterações endometriais morfológicas. Estima-se que a incidência de HE seja de aproximadamente três vezes a de câncer endometrial (CE). Ela é caracterizada por aumento da relação glândula-estroma endometrial quando comparada ao endométrio proliferativo normal.
2. A HE subdivide-se em:
 - Hiperplasia benigna;
 - Hiperplasia atípica ou neoplasia intraepitelial endometrial (HA/NIE).
3. No mundo, o câncer de corpo uterino é a segunda neoplasia ginecológica mais incidente, com incidência de 319.605 casos e 76.160 mortes estimadas em 2012. A classificação histológica do CE, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), subdivide os tumores nos seguintes tipos histológicos:
 - Carcinoma endometriode;
 - Carcinoma mucinoso;
 - Carcinoma seroso;
 - Carcinoma de células claras;
 - Tumores neuroendócrinos (subdivididos em tumores neuroendócrinos de baixo grau e de alto grau);
 - Adenocarcinoma misto;
 - Carcinoma indiferenciado;
 - Carcinoma desdiferenciado.
4. A espessura endometrial observada ao ultrassom transvaginal (USTV) na pós-menopausa é variável e depende do tempo decorrido desde a última menstruação. Estudo de



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

- revisão mostrou espessura endometrial média de 2,9mm entre mulheres assintomáticas na pós-menopausa que não usam terapia de reposição hormonal. Espessamento endometrial na pós-menopausa é considerado a partir de 5mm de espessura ao USTV.
5. Não há consenso sobre como proceder com as pacientes assintomáticas, ou seja, sem sangramento uterino anormal (SUA), que apresentam diagnóstico de espessamento endometrial ao USTV. Há tendência à conduta expectante nessas pacientes, sendo indicado procedimento para coleta de amostras do endométrio e exame histopatológico apenas a partir de 8 a 11 mm de espessura.
 6. Vários trabalhos afirmam que o USTV não é método adequado para tal rastreamento pelo baixo índice de malignidade encontrado nas pacientes assintomáticas com espessamento endometrial ≥ 5 mm na pós-menopausa.
 7. O diagnóstico de HE ou CE é feito mediante a avaliação histológica de tecido endometrial. As mulheres com HA/NIE ou CE classicamente apresentam sangramento pós-menopausa, ou seja, aquele quando transcorreram pelo menos 12 meses desde o último período menstrual, em mulheres que não estão sob terapia hormonal (TH) para sintomas climatéricos.
 8. Já as pacientes na pré-menopausa ou perimenopausa apresentam sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada e frequentemente têm antecedente de menstruação irregular, disfuncional, que sugere anovulação. As mulheres em uso de TH devem ser investigadas quando apresentarem sangramento não programado. Essas mulheres com os sintomas supradescritos devem ser submetidas à anamnese completa, aos exames físico e ginecológico, incluindo o exame especular para a visualização do colo uterino e vagina.
 9. O US transvaginal é o exame complementar inicial para a medida da espessura da linha endometrial. **O espessamento endometrial ≥ 4 mm deve ser investigado.** Se < 4 mm, deve-se atentar para a persistência dos sintomas. **(grifo nosso)**



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

10. A biópsia de endométrio com Pipelle pode ser realizada no ambulatório e a histeroscopia (B) é indicada para casos em que as mulheres não tiveram condições para biópsia endometrial ambulatorial (ex.: estenose cervical, intolerância ao exame ambulatorial por dor) ou para aquelas de alto risco para CE. Sangramento pós-menopausa recorrente deve ser investigado com histeroscopia com biópsia endometrial (D), e a histerectomia deve ser considerada em casos de sangramento pós-menopausa recorrente não explicados.
11. Não há evidência na literatura atual para se realizar rastreamento de CE nas mulheres assintomáticas, da população geral. Quanto às mulheres de alto risco para CE, o seguimento de rotina para mulheres assintomáticas obesas, com SOP, DM, infertilidade, nuliparidade ou menopausa tardia, não é recomendado. Mulheres com tumores das células da granulosa do tipo adulto que não foram submetidas à histerectomia devem ter biópsia de endométrio realizada. Se não houver evidência de doença, não há necessidade de realizar mais exames.
12. Pacientes que foram submetidas a tratamento de carcinoma de ovário, com preservação da fertilidade, também, devem ter uma amostra endometrial no momento do diagnóstico. O rastreamento de rotina para usuárias de tamoxifeno assintomáticas não é recomendado. Para as mulheres portadoras de mutação da síndrome de Lynch, o seguimento com exame ginecológico, US transvaginal e biópsia de endométrio deve ser oferecido e iniciado aos 35 anos, repetido anualmente até a realização da histerectomia. A histerectomia com salpingo-ooforectomia profilática, realizada preferentemente por meio de cirurgia minimamente invasiva (CMI), deve ser oferecida às portadoras de mutação para síndrome de Lynch aos 40 anos de idade.

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado, pois a paciente não apresenta diagnóstico específico.



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

DO PLEITO

1. **Cirurgia ginecológica de curetagem uterina.**

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de uma paciente na pós-menopausa apresentando espessamento endometrial, necessitando de avaliação quanto a realização de cirurgia ginecológica – curetagem.
2. Sabe-se que o espessamento endometrial na pós-menopausa deve ser investigado preferencialmente com histeroscopia com biópsia endometrial para estudo histopatológico.
3. Não há documentos que comprovem que a solicitação administrativa da paciente foi inserida no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde. Não há evidências de negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado). É importante informar que apenas o encaminhamento não é suficiente para que a Requerente tenha acesso à cirurgia pleiteada, é necessário que ela se dirija ao setor de regulação do Município e solicite o cadastramento no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, **sistema que organiza e controla o fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimiza a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, caso contrário o sistema não a identifica e não o coloca na fila. E cabe ao Município fazê-lo, independente se existe ou não profissional/serviço regulado.**
4. Portanto, este NAT entende que a Requerente tem indicação de realizar uma consulta com ginecologista cirurgião sendo que tal consulta deve ser disponibilizada preferencialmente em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico, evitando, caso haja indicação cirúrgica pelo especialista, deslocamento desnecessário da Requerente. Cabe à Secretaria de Estado da Saúde disponibilizá-la, em um prazo



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

que respeite o princípio da razoabilidade. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, cabe a ele cadastrá-la no sistema de regulação, caso ainda não tenha cadastrado e acompanhar a tramitação até que seja efetivamente agendada e informar o Requerente.

5. Não se trata de caso de urgência médica, porém, por ser tratar de sinais e sintomas que podem estar relacionados com câncer de endométrio e que o diagnóstico precoce leva a um melhor prognóstico, entende-se que a Secretaria de Estado da Saúde deva definir uma data para realização da consulta com brevidade.

REFERÊNCIAS

1. Pontes, Anaglória et al. Tratamento Clínico e Seguimento das Hiperplasias de Endométrio. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2000, v. 22, n. 6, pp. 325-331. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-7203200000600002>>. Epub 24 Out 2003. ISSN 1806-9339.
2. GUIMARÃES, Lucinda Calheiros *et al.* Histopathological findings in postmenopause endometrial thickening samples. Revista Médica de Minas Gerais, [S.L.], v. 30, n. 01, p. 01-03, jul. 2020. Trimestral. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200062>. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2723#>.
3. Yoshida A, Sarian LO, Andrade LA. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, no. 76/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).