



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 2034/2019**

Vitória, 04 dezembro de 2019

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED].

O presente parecer atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Aracruz - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Maristela Fachetti, sobre o procedimento: **Videolaparoscopia ginecológica**.

**I - RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, em 2016 a autora foi diagnosticada com endometriose profunda e está impossibilitada de exercer suas atividades cotidianas e laborais, além de sintomas como desmaios e dor intensa. Em julho de 2019, requereu ao SUS o procedimento para o tratamento, não obtendo êxito. Em setembro de 2019, fez nova solicitação onde foi informada que não há prestador que realize o tratamento de endometriose. Por não possuir recursos para arcar com as despesas de seu tratamento, **recorre a via judicial para consegui-lo pelo SUS**.
2. Às fls. 10, consta receituário de serviço privado, emitido em 07/03/2018, assinado pela Dra. Thais Palmeira Cassaro, ginecologista e obstetra, CRMES 11629, relatando que a paciente [REDACTED], é portadora de endometriose e foi submetida a videolaparoscopia por três vezes, última em 04/10/2017, inserido DIU de mirena em 01/02/18. Porém, paciente queixando-se de intensa dor pélvica. Ao exame físico, paciente apresenta dor em baixo ventre à direita. USG de 07/03/2018; potencialidade de aderência.
3. Às fls 11 e 12, ficha descritiva de procedimento cirúrgico de videolaparoscopia realizada em 04/10/2017, assinada pela Dra Ana Lucia Letti Muller, ginecologista e obstetra,



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

CRM-RS 17144, e pela Dra Rose Pereira Balbinotto, ginecologista e obstetra, CRM-RS 16412 onde foi visualizado aderências importantes entre peritônio parietal e anexos uterinos bilateralmente, foco de endometriose de aderência superficial no peritônio pélvico e na superfície ovariana, foco de endometriose superficial de intestino ao peritônio parietal.

4. Às fls. 13, descrição cirúrgica realizada através do convênio UNIMED, do procedimento: Endometriose- tratamento cirúrgico (principal), laparoscopia cirúrgica para miomectomia, salpingectomia realizada em 04/10/2017 e resultado anatomopatológico do material retirado na cirurgia com interpretação de endometriose.
5. Às fls. 14, relatório anatomopatológico datado de 05/10/2017, concluindo presença de endometriose em 3 peças e granuloma tipo corpo estranho em 2 peças.
6. Às fl. 15, espelho do SISREG com solicitação de consulta em cirurgia ginecológica em 17/07/2019 , classificação de risco azul e situação devolvida em 01/09/2019.
7. Às fl. 16, guia de referência, com data de 01/07/2019, com carimbo do médico ilegível, encaminhado para ambulatório de videolaparoscopia devido a dor abdominal pélvica crônica, e endometriose profunda.
8. Às fls. 17, laudo de tomografia computadorizada de abdome total, realizada em 29/06/2019, mostrando possível discreto espessamento parietal de curto seguimento de íleo terminal, junto à válvula ileocecal, associado a possível leve densificação dos planos adiposos adjacentes de avaliação prejudicada pelo estudo não contrastado, achados sutis e inespecíficos (alteração inflamatória?). Proeminência de linfonodos de caseia ileocólica sem critério para linfonodomegalia, inespecíficos (reacionais?). Mínima quantidade de líquido livre na cavidade.
9. Às fls 19, encaminhamento ao PS ginecológico, do dia 06/09/2019 assinado pelo Dr. Bruno Vale de Souza, CRM-ES 6912 relatando que a paciente é portadora de endometriose e apresenta dor abdominal intensa sem outras causas aparentes.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

---

10. Às fls. 20, guia de referência emitido em 26/10/2019 carimbo ilegível, encaminhando a paciente para mutirão de endometriose. Junto, aparece protocolo de recebimento da ESF Jequitibá, Prefeitura de Aracruz em 05/11/2019, com a especialidade cirurgia endometriose.

## **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 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.



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

#### **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 estroprogesterônico. Pacientes múltiplas apresentam menor incidência, permanecendo em níveis de 3% a 4%.
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.



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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 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



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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

2. 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 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 se deve 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).
3. 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 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



## **Poder Judiciário**

### Estado do Espírito Santo

---

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”.

5. 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.

### **DO PLEITO**

1. **Vídeolaparoscopia ginecológica.**
2. Procedimento contemplado pelo SUS sob o código 02.09.01.006-1, segundo a tabela SIGTAP, e trata-se de procedimento de alta complexidade

### **III – CONCLUSÃO**

1. A paciente em tela possui diagnóstico de endometriose profunda, e já realizou laparoscopia diagnóstica. Sabe-se que não há tratamento definitivo para endometriose e que a o tratamento cirúrgico é a última opção.
2. Durante consulta ao portal do SUS em 05/12/2019 observa-se que há nova solicitação de consulta junto ao SISREG, datada de 21/11/2019 constando como aguardando agendamento.
3. Nos documentos, só é citado o tratamento clínico realizado com a inserção do DIU Mirena e sabemos que outras alternativas podem ser instituídas e para isso é necessário saber toda a história patológica da paciente a qual devera ser analisada pelo profissional especialista.
3. **Este NAT conclui que a paciente em tela tem indicação de ser atendida por um ginecologista cirurgião, de preferência que atue na área de endometriose, em serviço que realize procedimento cirúrgico, caso esse**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

**seja o tratamento escolhido.**

4. **Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar tal procedimento e a Secretaria Municipal de Saúde o seu agendamento.** Cabe também a SESA identificar o prestador, público ou contratado, que realizará o procedimento.
5. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto** que vem provocando no paciente, em decorrência das dores, entende-se que deva ter uma data definida para realizar a consulta e o procedimento que respeite o princípio da razoabilidade.
6. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos”.

7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

---

**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>