



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1302/2019

Vitória, 16 de agosto de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Baixo Guandu – ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. Dener Carpaneda, sobre o procedimento: **Consulta com cirurgião ginecologista para posterior realização de histeroscopia e curetagem uterina.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente vem sofrendo de “dores uterinas” há pelo menos 1 ano e meio, se acentuando a partir de novembro de 2018, tendo procurado atendimento na Unidade de Saúde, sendo diagnosticado pólipos endometrial, após a realização de ultrassonografia, e encaminhada para histeroscopia e curetagem uterina, com urgência. Ocorre que, até o momento, tal solicitação não obteve êxito, estando a Requerente ainda aguardando. Como não possui recursos para custear o procedimento, recorre à via judicial.
2. Às fls. 20 consta a Guia de Referência e Contra-Referência, preenchida pelo Dr. Renato (Ginecologista) com o encaminhamento para a especialidade de cirurgia ginecológica para a paciente [REDACTED] visto que apresenta metrorragia com ultrassonografia evidenciando lesão sugestiva de pólipos endometrial. Foi solicitado neste Laudo a realização de Histeroscopia e curetagem uterina.
3. Às fls. 21 consta o Laudo da Ultrassonografia transvaginal, emitida no dia 06/05/2019, evidenciando imagem nodular no interior da cavidade endometrial, medindo 13 x 05 mm, devendo se considerar a possibilidade de pólipos.



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

II - 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.

DA PATOLOGIA

1. A dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico. A prevalência estimada de dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos, variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional, o que transforma a dor pélvica crônica em um sério problema de saúde pública. Qualquer estrutura abdomino-pélvica pode estar envolvida na etiologia da



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

dor pélvica crônica, mas, principalmente, órgãos do trato genital superior, vasos sanguíneos, músculos e fáscias da parede abdominal e assoalho pélvico, bexiga, ureteres e trato gastro-intestinal. Muitas vezes, inflamação ou congestão em órgãos reprodutivos, e mesmo do trato urinário ou digestivo de causas fisiológicas (menstruação, ovulação) ou patológicas como a endometriose, pode causar dor visceral, até mesmo quando a lesão primária ocorre em músculos e pele que compartilham uma inervação oriunda de um mesmo segmento espinal. Embora o número de condições que se manifestam como dor pélvica crônica seja muito grande, é possível agrupá-las em categorias: gastrointestinais, urológicas, ginecológicas e músculo-esqueléticas. Dentre as causas ginecológicas são exemplos: Endometriose, Doença inflamatória pélvica, Massas pélvicas ou anexiais, Aderências, Adenomiose, dentre outras.

2. **Pólipos endometriais** são neoformações resultantes de uma hiperplasia focal da camada basal do endométrio associada a um hiperestímulo hormonal. Sua etiologia ainda não está bem estabelecida, não havendo consenso sobre sua história natural, seu real significado como entidade patológica e sua relação com a neoplasia endometrial. Os pólipos endometriais são a principal indicação de histeroscopia cirúrgica, sem que haja, no entanto, um protocolo definido para seu melhor manejo.
3. À ultrassonografia transvaginal, os pólipos podem ser identificados como espessamentos difusos ou focais da camada endometrial ou ainda estar associados a áreas císticas de permeio, que corresponderiam à dilatação glandular com acúmulo de líquido proteináceo, própria do pólipo. O auxílio do estudo Doppler tem sido bastante empregado na caracterização de pedículos vasculares, em alguns casos podendo indicar possíveis processos de neovascularização. A identificação de pedículo único no eixo vascular da lesão confere ao estudo Doppler especificidade de 95% na identificação dos pólipos endometriais.
4. Além da ultrassonografia, o diagnóstico pode ser realizado através da histerossonografia, que traz subsídios importantes por permitir a individualização e melhor caracterização de espessamentos focais em contraste ao meio líquido, apresentando sensibilidade



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

de e especificidade superior à ultrassonografia convencional. Recentemente, exames ecográficos em três dimensões (3D) têm-se mostrado mais precisos na diferenciação entre o endométrio e o miométrio, principalmente na região uterina fúndica e nos ângulos cornuais, propiciando acurácia diagnóstica superior na detecção de pólipos endometriais, comparativamente à ecografia em duas dimensões. Porém, os custos do equipamento e a falta de uniformidade na técnica do exame ainda não permitem sua utilização em larga escala.

5. A histerossalpingografia pode também ser útil como método diagnóstico, quando realizada durante a investigação dos casos de infertilidade. Apresenta, contudo, baixa especificidade, em torno de 34,9%, com taxa de acurácia de 73,2%, revelando-se com falhas de enchimento intracavitário, sugerindo a presença de lesões polipoides.
6. Com o advento da **histeroscopia**, iniciada por Pantaleoni em 1869 na Inglaterra, criou-se a possibilidade de visualização direta da cavidade uterina, tendo se firmado essa modalidade de exame como **padrão ouro** para o diagnóstico de lesões intrauterinas, por propiciar a identificação e caracterização mais precisa de afecções. Combinada à biópsia de endométrio, o exame histeroscópico pôde substituir métodos mais invasivos e menos eficazes para o diagnóstico, tal como a curetagem uterina. Há indicação de biópsia orientada quando após a visualização de lesões intrauterinas retira-se o histeroscópio e posiciona-se a pinça de biópsia, normalmente a cureta de Novak ou Pipelle de Cornier®, em direção à parede uterina identificada como alterada. Uma vez que o procedimento não é realizado sob visualização direta, essa modalidade também é denominada de biópsia às cegas. Por sua vez, a biópsia dirigida, isto é, sob visualização histeroscópica direta, só é possível graças ao sistema desenvolvido por Bettocchi, o qual permite o acoplamento de pequenas pinças e tesouras de 5 ou 7 French de diâmetro, propiciando a coleta do material durante o exame de histeroscopia. Dados da literatura mostram que a biópsia realizada às cegas nem sempre confirma o achado histeroscópico, devido às altas taxas de material insuficiente ou inadequado.



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

DO TRATAMENTO

1. Para decidir a melhor conduta a ser tomada na presença de pólipos endometriais deve-se considerar a necessidade de excluir malignidade, a presença de sangramento ou se existe infertilidade. Meta-análises mostram claramente que mulheres na pós-menopausa e a presença de sangramento são dois fatores cruciais de maior risco para malignidade. Esses dados trouxeram um pouco mais de clareza sobre quais pólipos poderiam esperar e quais exigem atenção imediata.
2. As opções terapêuticas incluem tratamento conservador, ressecção cirúrgica por histeroscopia e a histerectomia como uma opção terapêutica radical.
3. Quanto ao tratamento conservador, pouco se conhece sobre a evolução natural dos pólipos endometriais, mas alguns estudos mostram que os pólipos podem regredir espontaneamente em aproximadamente 25% dos casos, principalmente os pólipos pequenos com menos de 10 mm cujo risco de malignidade é menor. Assim, para mulheres na pré-menopausa assintomáticas sem fatores de risco para malignidade existe a opção de tratamento expectante. A remoção cirúrgica estaria indicada naquelas com: pólipos maiores de 15 mm, pólipos múltiplos e nas com infertilidade, para melhorar as taxas de gravidez.
4. Em relação ao tratamento cirúrgico é importante ressaltar que a remoção cirúrgica às cegas por curetagem é incompleta em cerca de metade dos casos, e por isso não deve ser usada para tratamento. Quando existe indicação cirúrgica e a histeroscopia não estiver disponível, a paciente deve ser referenciada para serviços em que é possível o tratamento histeroscópico adequado. Para mulheres pré-menopausa sintomáticas a polipectomia histeroscópica é recomendada para controle do sangramento, mostrando bons resultados em 75 a 100% dos casos. O resultado da polipectomia parece melhorar principalmente o sangramento intermenstrual; entretanto, naquelas com sangramento menstrual muito abundante pode não ser suficiente para resolução completa do sintoma. A histeroscopia cirúrgica é geralmente considerada de fácil realização em mãos de ginecologistas treinados, sendo o risco de complicações baixo, menor que 0,5%. Em



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

mulheres pós-menopáusicas assintomáticas, apesar do baixo risco de malignidade, a falta de conhecimento da etiopatogenia dessas lesões polipoides ainda não nos permite uma conduta expectante com tranquilidade na pós-menopausa, mesmo na ausência de fatores de risco conhecidos. Assim, o tratamento deve ser individualizado em função da concomitância de outros fatores de risco para malignidade como pólipos maiores de 15 mm, presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus, obesidade, uso de tamoxifeno e o estado geral da paciente com ampla discussão e esclarecimento da paciente. Quando se optar por um tratamento conservador, um estreito acompanhamento dessas pacientes deverá ser realizado com ultrassonografias pélvicas periódicas ou histeroscopia diagnóstica; entretanto, não existe na literatura recomendação sobre qual o intervalo ideal para realização desse acompanhamento. O aparecimento de sangramento ou alterações ultrassonográficas implica mudança para remoção cirúrgica imediata. Mulheres pós-menopáusicas sintomáticas apresentam maior risco de malignidade e devem ter os pólipos removidos por histeroscopia cirúrgica para tratamento e para excluir malignidade. A histerectomia é uma conduta de exceção devido a sua natureza invasiva, riscos cirúrgicos e custos, devendo ser reservada para casos excepcionais. Ainda assim, quando existe indicação de histerectomia, deve-se ter uma avaliação histológica endometrial prévia para afastar malignidade antes da histerectomia. Embora os pólipos endometriais sejam comuns e a polipectomia histeroscópica amplamente realizada, não existe consenso na literatura sobre o tratamento dos pólipos e é importante lembrar que as evidências são baseadas principalmente em estudos observacionais, retrospectivos ou série de casos, o que limita a força dessas recomendações.

DO PLEITO

- 1. Consulta com cirurgião ginecologista para posterior realização de histeroscopia e curetagem uterina.**



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

III - CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, a Requerente, de 35 anos de idade, apresenta metrorragia e relato de dor pélvica, com ultrassonografia transvaginal (realizada em maio de 2019) evidenciando lesão sugestiva de pólipos endometrial, sendo encaminhada pelo médico assistente para o ambulatório de cirurgia ginecológica para posterior realização de histeroscopia e curetagem uterina.
2. A Histeroscopia é procedimento realizado pelo SUS, classificado como média complexidade, inscrita sob o código 02.11.04.004-5, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP). A Curetagem semiótica é um procedimento aonde são coletados material da cavidade uterina (endométrio) para realização de exames de biópsia (anatomo-patológico), sendo ofertado pelo SUS, inscrita sob o código 04.09.06.004-6, de financiamento de média e alta complexidade.
3. Sabe-se que histeroscopia diagnóstica tem alta acurácia para o diagnóstico dos pólipos endometriais, mas a estimativa de lesões hiperplásicas e pré-malignas é baixa, sendo mais prudente, ao se encontrar um pólipo endometrial durante a realização deste exame, ressecar toda a estrutura encontrada para, assim, obter uma avaliação histológica fidedigna. Para decidir a melhor conduta a ser tomada na presença de pólipos endometriais deve-se considerar a necessidade de excluir malignidade, a presença de sangramento ou se existe infertilidade. Para mulheres pré-menopausa sintomáticas, como no caso em tela, a polipectomia heteroscópica é recomendada para controle do sangramento, mostrando bons resultados em 75 a 100% dos casos. A histeroscopia cirúrgica é geralmente considerada de fácil realização em mãos de ginecologistas treinados, sendo o risco de complicações baixo, menor que 0,5%. Em relação ao tratamento cirúrgico é importante ressaltar que a remoção cirúrgica às cegas por **curetagem é incompleta em cerca de metade dos casos**, e por isso não deve ser usada para tratamento. Quando existe indicação cirúrgica e a histeroscopia não estiver disponível, a paciente deve ser referenciada para serviços em



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

que é possível o tratamento histeroscópio adequado.

4. Portanto, este NAT conclui que a Requerente **deve ser avaliada em ambulatório de ginecologia, em serviço que realize procedimento cirúrgico ginecológico**, para analisar o caso individualmente e posterior definição de conduta, devendo verificar qual procedimento é mais indicado para o caso. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar tal consulta, em prazo que respeite o princípio da razoabilidade, devendo-se considerar que a paciente apresenta quadro álgico e sangramento. Não há dados suficientes na história clínica para caracterizar quadro de urgência médica.
5. 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”.



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

REFERENCIAS

Dias D. S. Et al, Pólipos endometriais e seu risco de malignização: aspectos epidemiológicos, clínicos e imunoistoquímicos, disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3778.pdf>

Paiva L. C. Et al, Conduta atual em pólipos endometriais, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n4/a01v35n4.pdf>