

**REQUERIMENTO Nº \_\_\_\_\_, DE 2022**  
**(Da Sra. Tabata Amaral)**

Requerimento de audiência pública conjunta na Comissão de Seguridade Social e Família, na Comissão de Educação e na Comissão dos Direitos da Mulher para debater sobre o ensino acadêmico da medicina no Brasil a respeito da doença denominada como Endometriose.

Requeremos, nos termos regimentais, a realização de Audiência Pública para debater sobre o ensino acadêmico da medicina no Brasil a respeito da doença denominada como Endometriose, com indicação dos seguintes convidados:

- Ministro da Saúde;
- Ministro da Educação;
- Dr. David Redwine – Ginecologista, cientista e cirurgião em Endometriose nos Estados Unidos;
- Dr. Alysson Zanatta – Ginecologista e cirurgião em Endometriose;
- Dra. Adriana Garrido – Radiologista especialista em diagnóstico por imagens de endometriose;
- Caroline Salazar – Jornalista, Capitã da EndoMarcha Time Brasil.

**JUSTIFICAÇÃO**

A endometriose é uma doença que sempre existiu, desde a antiguidade, mas não tinha nome. E a prova disso são os relatos nos papiros de Kahun, primeiro documento médico ginecológico, de mulheres que sofriam com períodos menstruais dolorosos e outros sintomas, como a infertilidade.

Somente em 1860, o Dr. Karl Von Rokitansky, médico patologista em Viena, a descreveu pela primeira vez e a denominou de endometriose, por encontrar células semelhantes ao endométrio. Em 1899, o Dr. Russel apresentou a primeira teoria para explicar a endometriose sugerindo a existência de células originárias do ducto de Müller, resquício do tecido embrionário que forma parte dos órgãos reprodutores da mulher (útero, trompas, e parte superior da vagina). Nos anos 1980 surgiram estudos mostrando a diferença das lesões endometriais do endométrio nativo do útero, que é composto por



glândulas e estromas, enquanto as lesões endometriais são compostas majoritariamente por um tecido fibrótico.

A endometriose é uma patologia que acomete mais de 10 milhões de brasileiras, provoca dores incapacitantes em até 80% dos casos e cerca de 30 a 50% das portadoras podem ter dificuldade para engravidar e se tornar infértil, devido ao diagnóstico tardio e cirurgias incompletas de repetição. A média mundial para diagnóstico é de 7 a 12 anos, mas muitas levam duas, três décadas para descobrirem o que tem, e isso ocasiona prejuízos irreparáveis na vida da menina/mulher, especialmente na educação, na vida profissional e pessoal.

O ensino acadêmico de medicina sobre a endometriose ainda é baseado em uma teoria de 1927 (Teoria de Sampson ou da Menstruação Retrógada). Nesses últimos 50 anos, novos conceitos foram descobertos por cientistas, que refutam essa Teoria, entre eles, está o Dr. David Redwine, médico americano, que é conhecido e reconhecido como o cientista moderno da endometriose. Com sua prática cirúrgica, descobriu que a cauterização não retirava a doença, apenas queimava a superfície dela, pois as pacientes voltavam com os mesmos sintomas logo após a cirurgia. Assim, ele trocou a cauterização pela excisão das lesões, que além de permitir a retirada de toda a lesão (da ponta à raiz), essa técnica permite que o tecido retirado seja enviado à biópsia, com resultado satisfatório. Como na cauterização o tecido é queimado, não há possibilidade de enviar as amostras para biópsia. Neste caso, tudo que se tem é o resultado da (o) cirurgia (o), e não do patologista. Entretanto, durante as cirurgias, o médico também começou a perceber que suas pacientes, especialmente as mais jovens, possuíam "manchas" de outras cores no peritônio: brancas, amarelas, avermelhadas e até incolores, que mostravam um peritônio doente. Daí, começou a retirá-las e as enviar para biópsia com resultado positivo para endometriose. Dessa forma, o Dr David Redwine descobriu que as lesões têm várias cores e formas.

Até hoje, esse avanço científico, que leva até 85% de cura da endometriose, quando realizada a cirurgia completa, ainda não é ensinado nas universidades brasileiras de medicina, que ainda ensinam que endometriose não tem cura. Além disso, os estudantes de medicina ainda aprendem que a endometriose vem do útero. Devido aos estudos relatados acima que mostram a diferença entre os endométrios (útero e lesões), a endometriose não pode se originar do útero, pois se assim fosse, esses dois tecidos (endométrio do útero e lesões) obrigatoriamente deveriam ser iguais, não diferentes.

Desde 2010, há estudos relatando endometriose em fetos natimortos, em mulheres nascidas sem útero, e também em fetos vivos ainda no útero da mãe, o que colabora para uma eventual origem embrionária da doença. Esses estudos ainda não são falados nas universidades de medicina. A aprendizagem de que a endometriose vem do útero colabora para mutilações, retiradas desnecessárias do útero, ovários e trompas.

Várias mulheres e adolescentes vieram a óbito em decorrência de cirurgias incompletas (cauterizações), sejam por complicações cirúrgicas, ou por suicídio, uma vez que continuam com dores incapacitantes mesmo após a (s) cirurgia (s) e os médicos, por falta de conhecimento adequado, chegam a falar que as dores das pacientes são psicológicas ou crônicas sem solução. Os sintomas da doença surgem a partir do estrogênio, que na mulher está presente nos ovários, nas glândulas suprarrenais, e



também no tecido adiposo. Porém, para além disso, a doença também possui sua própria inflamação que também levam aos sintomas dolorosos. Por isso muitas mulheres continuam sentindo dores mesmo estando sem menstruar, em tratamento hormonal.

É urgente a modernização do ensino acadêmico de medicina no que diz respeito à endometriose para salvar vidas das futuras gerações de meninas e de mulheres acometidas por essa patologia no Brasil.

Por esse motivo, solicitamos a audiência pública para debater sobre o tema nesta Comissão.

Sala da Comissão, em 09 de maio de 2022.

**Deputada Tabata Amaral**



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tabata Amaral  
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD222464088800>

