



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 029/2021

Vitória, 11 de janeiro de 2021.

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

O presente parecer técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **perineoplastia**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, de 35 anos, relata que há 04 anos sofreu um aborto de uma gestação de 03 meses, sendo realizada uma curetagem, porém não foi feita toda a remoção necessária. Por conta deste procedimento, ela passou a ter complicações (dores e sangramento no útero). Após realizar exame de ultrassonografia, foi diagnosticada com doença trofoblástica gestacional, sendo submetida a histeroscopia cirúrgica. Alega ainda que foi diagnosticada com incontinência urinária e encaminhada para realização de perineoplastia. Informa que solicitou o procedimento à Secretaria Municipal de Saúde, mas aguarda a liberação desde 23/12/2019. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 5449112 (04) consta formulário da AMA (Agência Municipal de Agendamento) de Itapemirim, datada de 23/12/2019, solicitando cirurgia ginecológica.



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

3. Às fls. 5449119 (01) consta laudo de ultrassonografia pélvica transvaginal, datada de 27/09/2017, com a impressão diagnóstica: cavidade endometrial distendida às custas de ecos amorfos (coágulos?)
4. Às fls. 5449119 (02) consta laudo da ultrassonografia transvaginal, datada de 01/12/2017, com a conclusão:
 - Espessamento heterogêneo da camada endometrial, sem identificação de partes fetais. Convém considerar a possibilidade de doença trofoblástica gestacional.
5. Às fls. 5449119 (03) consta laudo médico, datado de 07/12/2017, informando que a Requerente apresenta sangramento vaginal moderado mais dor pélvica intensa, após curetagem. Feito nova ultrassonografia transvaginal com hipótese diagnóstica de doença trofoblástica gestacional, assinado pelo médico, Dr. Michel C. Mameri, CRM ES 4332.
6. Às fls. 5449119 (04) consta formulário de cirurgia de histeroscopia cirúrgica para biopsia dirigida, datada de 12/12/2017.
7. Às fls. 5449119 (06) consta laudo de exame de histológico de material de ressecção histerioscópica, datada de 14/12/2017, com impressão diagnóstica:
 - a) quadro histológico compatível com abortamento retido.
8. Às fls. 5449119 (07) consta laudo médico, datado de 07/02/2018, informando que a Requerente é portadora de mola hidatiforme, doença trofoblástica gestacional e encontra-se em tratamento clínico cirúrgico, assinado pelo médico, Dr. Michel C. Mameri.
9. Às fls. 5449119 (08) consta laudo de exame urofluxometria, cistometria, datado de 20/10/2020, com impressão diagnóstica de incontinência urinária de esforço.
10. Às fls. 5449119 (09) consta laudo médico, datado de 30/11/2020, informando que a Requerente é portadora de incontinência urinária ao esforço, necessitando de cirurgia reparadora, assinado pelo médico, Dr. Michel C. Mameri.



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

11. Às fls. 5449119 (10) consta laudo de risco cirúrgico cardiológico, datado de 10/12/2019, considerando a Requerente apta. Consta ainda guia de referência e contra-referência, sem data, informando que a Requerente apresenta incontinência urinaria ao esforço, necessitando de cirurgia de perineoplastia. Informa ainda que está apta no que se refere ao exame de risco cardiológico.. Assinado pelo médico, Dr. Michel C. Mameri.
12. Às fls. 5449119 (11) consta guia de referência e contra-referência, sem data, informando que a Requerente apresenta incontinência urinaria ao esforço, necessitando de cirurgia de perioneoplastia. Assinado pelo médico, Dr. Michel C. Mameri.

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 -



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

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 incontinência urinária de esforço (IUE) pode ser definida como um sintoma, um sinal e uma condição urodinâmica, de acordo com a padronização da nomenclatura feita pela IUGA e pela ICS em conjunto em 2010. O sintoma de IUE é definido como a queixa de perda de urina durante esforços, exercícios (atividades esportivas), tosse ou espirro. Ao exame físico, o sinal IUE é a observação da perda involuntária através da uretra sincrônica ao esforço físico, espirro ou tosse. A IUE urodinâmica é observada durante a cistometria e definida como a perda involuntária de urina durante aumento de pressão abdominal na ausência de contração do detrusor. Embora amplamente utilizado, a diferenciação entre hiper mobilidade uretral e deficiência esfinteriana intrínseca não é recomendada pela já citada padronização de nomenclatura, uma vez que há uma ampla variação nas características uretrais das pacientes incontinentes.
2. A prevalência da IUE varia de acordo com a população e com o método de aferição. Estudos populacionais através de questionários mostram que cerca de 50 % das pacientes incontinentes têm incontinência urinária de esforço, apontada como a causa mais frequente de incontinência urinária na mulher. A prevalência cresce com a idade, atingindo um pico entre 40-49 anos.
3. Tem sido amplamente aceito que a lesão das estruturas responsáveis por A IUE decorre de lesões anatômicas, intrínsecas ou extrínsecas à uretra e colo vesical, existindo várias teorias para explicá-las, nenhuma sendo totalmente aceita. Entre elas temos a mais antiga que é da hiper mobilidade do colo vesical: o colo vesical deve estar em posição intra-abdominal para que a pressão seja transmitida a ele. A mais recente, derivada de



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

estudos anatômicos de De Lancey (teoria hammock ou teoria da rede) e da teoria Integral de Petros, que tributam a IUE à incompetência do suporte uretral dado pelos ligamentos e fâscias que suportam a uretra e colo vesical.

4. Fatores de risco a lesão direta das estruturas anatômicas da pelve durante a parturição podem resultar em IUE. Contudo, indiretamente, ou seja, sem lesões teciduais evidentes – a gestação e o parto por se podem afetar estas estruturas, resultando numa maior predisposição para a incontinência posteriormente. Outros fatores de risco significativos são a obesidade, o diabetes mellitus e a história de cirurgias anteriores para o tratamento da incontinência urinária de esforço.
5. A anamnese e o exame físico geral e ginecológico são, como em toda prática médica, o passo essencial na propedêutica de mulheres incontinentes. Exames complementares a urocultura deve ser solicitada obrigatoriamente para detectar infecções urinárias, que podem gerar sintomas de incontinência. A E. coli pode produzir uma endotoxina com propriedades de bloqueio α -adrenérgico, com conseqüente diminuição das pressões uretrais, simulando incontinência urinária. Ademais, é condição obrigatória para realização de qualquer procedimento invasivo da uretra e da bexiga que a urina esteja estéril. No estudo urodinâmico mais importante do que o diagnóstico da IUE é a capacidade que o teste tem de excluir situações que comprometem de forma significativa o tratamento da doença tais como processos obstrutivos, hipocontratilidade do detrusor, defeito de esfíncter e hiperatividade do detrusor. Deve ser sempre realizado em pacientes que serão submetidas a tratamento cirúrgico.
6. Durante a cistometria da paciente com IUE observa-se a perda urinária sincrônica ao esforço, na ausência de atividade involuntária do músculo detrusor (IUE urodinâmica). A avaliação da pressão de perda abdominal com manobra de Valsalva ou tosse é um teste utilizado para avaliar a pressão uretral durante a cistometria. Geralmente são realizadas múltiplas aferições em um determinado volume vesical (200-300 ml). Uma pressão de perda muito baixa (menor do que 60 cmH₂O) é sugestiva de função uretral muito deteriorada. O estudo miccional é relevante para pacientes que deverão ser



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

submetidas a tratamento cirúrgico. Aquelas que apresentam fluxo baixo e baixa pressão miccional têm maior probabilidade de apresentarem retenção urinária no pós-operatório.

7. O advento da interpretação urodinâmica da IUE levou a considerar-se dois mecanismos fisiopatológicos principais, na gênese dos sintomas. No primeiro, considerado o mais comum, o colo vesical e a uretra manteriam sua função esfinteriana e, para que ocorresse a perda urinária, seria necessária a transmissão desigual durante o aumento da pressão abdominal, conseqüente à perda do suporte natural da uretra e do colo vesical. Esta situação é denominada hiper mobilidade uretral, e, em termos práticos, corresponderia a uma "hérnia" dos elementos do assoalho pélvico responsáveis pelo suporte uretral. No segundo, a uretra perderia sua função esfinteriana intrínseca, devido às alterações anátomo-funcionais seja na mucosa ou submucosa uretral, no envoltório muscular liso do tecido esponjoso uretral ou no rabdoesfincter, disposto mais externamente e derivado dos músculos do assoalho pélvico. Nessa situação, a perda urinária ocorreria aos mínimos esforços. As uretropexias nestes casos têm um índice de falha de 15 a 20%. Por outro lado, as técnicas para a restauração do suporte suburetral, como os slings têm índices de sucesso de até 95%.
8. A tendência atual é considerar que na etiopatologia da IUE apresenta um certo grau de deficiência esfinteriana intrínseca, o que direciona o tratamento de todas essas mulheres para **a cirurgia de sling**.

DO TRATAMENTO

1. Tratamento clínico:

- **Fisioterapia:** O tratamento clínico compreende as técnicas de fisioterapia e o uso de fármacos. A fisioterapia uroginecológica utiliza os exercícios perineais, a



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

eletroestimulação do assoalho pélvico e os cones vaginais para tratar a IUE (vide capítulo de tratamento não cirúrgico da IUE).

- **Tratamento farmacológico:** Estudos recentes, controlados e aleatorizados, não mostraram eficácia do uso de reposição hormonal com estrogênios isolados ou combinados para o tratamento da IUE em mulheres na pós-menopausa. Em relação aos antidepressivos tricíclicos (imipramina), não há estudos suficientes para oferecer a recomendação segura do seu uso. A duloxetina é uma droga que inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, e que vem se mostrando eficaz para o tratamento farmacológico da IUE. Embora sua principal indicação seja o tratamento da depressão, o uso de 80 mg/dia mostrou-se eficaz em reduzir o número de episódios de perda urinária. Os principais efeitos colaterais são náuseas e vertigens.

- **Tratamento cirúrgico:** São várias as técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento da IUE, não cabe aqui descrevê-las. Sumariamente poderíamos dividi-las em: via vaginal (Kelly-Kennedy), via retropúbica (Burch) e os slings, que podem ser autólogos ou sintéticos.

2. As cirurgias de sling são cirurgias descritas desde 1907 (Giordano) que consistem na colocação de faixa suburetral, que pode ser de material orgânico ou sintético, e a sua fixação por meio de fios inabsorvíveis acima da aponeurose dos músculos retoabdominais. Antes reservada para casos graves e recidivas de IUE, a partir dos anos 90 foram popularizadas e vêm sendo utilizadas como primeira escolha do tratamento cirúrgico. Podem ser utilizados em qualquer caso de IUE. São técnicas consideradas minimamente invasivas, de fácil aprendizado, curto tempo operatório e permitem rápido retorno da paciente às suas atividades. Apresentam taxas de complicações menores quando comparadas com as outras formas de tratamento cirúrgico. A primeira técnica utilizada foi a inserção das faixas por via retropúbica, deixadas sem



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

tensão, ou seja, sem pontos de fixação. Têm o objetivo de substituir o ligamento pubouretral. Necessitam da realização de cistoscopia para que o cirurgião se certifique de não ter transfixado a bexiga, principal complicação do procedimento. Em 2001, Delorme descreveu a via transobturatória, com o objetivo de minimizar as complicações, embora raras, de lesões de grandes vasos e intestinais. Neste caso, a faixa ficará numa posição semelhante à do ligamento uretropélvico. Apresenta menor taxa de complicações do que via retropúbica. Estudos recentes têm demonstrado eficácia semelhante a curto prazo entre as técnicas minimamente invasivas, a colpossuspensão retropúbica e os slings tradicionais para o tratamento da IUE. Pacientes com contraindicação ao ato anestésico ou que não desejem tratamento cirúrgico podem beneficiar-se das injeções periuretrais. Os materiais mais utilizados são colágeno bovino, gordura autóloga, silicone e carbono pirolítico. As injeções têm melhores resultados em pacientes sem hipermobilidade do colo vesical, e habitualmente é necessário repeti-las em 6-18 meses.

3. Na última década, os slings suburetrais vêm surgindo como procedimento de escolha para o tratamento cirúrgico da maioria dos casos de incontinência urinária aos esforços. Inicialmente utilizados como procedimentos de exceção para pacientes que haviam realizado cirurgias prévias para correção de incontinência ou apresentavam deficiência esfínteriana intrínseca, hoje os slings têm seu leque de indicações cada vez mais amplo, apostando nos altos índices de sucesso e no refinamento das técnicas cirúrgicas empregadas.
4. Existem diversos materiais disponíveis para utilização em slings suburetrais, entre eles autólogos, extraídos de cadáveres, xenólogos e sintéticos. Cada material apresenta suas características específicas, sendo que as complicações mais comuns são as erosões uretrais, hiperatividade detrusora e retenção urinária. O tratamento cirúrgico, na maioria das vezes, deve ser realizado após a falha do tratamento conservador. Diversas técnicas são utilizadas hoje em dia para a colocação do sling, sendo que a maior chance para o sucesso cirúrgico é a primeira cirurgia.



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

DO PLEITO

1. **Perineoplastia:** é utilizada em algumas mulheres para fortalecer os músculos pélvicos quando outras formas de tratamento não apresentam resultado, especialmente nos casos de incontinência urinária.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente, de 35 anos, apresenta incontinência urinária de esforço, necessitando de cirurgia de perineoplastia.
2. Consta nos autos protocolo da AMA de solicitação de cirurgia ginecológica, datada de 23/11/2019. Porém não consta o documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado).
3. Em conclusão, este Núcleo entende que o procedimento pleiteado é padronizado pelo SUS, porém não consta nos documentos enviados ao NAT informação sobre os tratamentos já realizados, tempo de tratamento, se houve algum progresso nestes tratamentos. Sabemos que o procedimento cirúrgico é indicado, porém, após os tratamentos clínicos, farmacológicos terem sido utilizados e não trazerem melhorias às pacientes. Assim, sem estas informações este NAT não tem como afirmar que no presente caso a incontinência urinária da Requerente só resolverá mediante a realização de perineoplastia. Caso se confirme, mediante laudo médico circunstanciado, que a Requerente tentou o tratamento conservador pelo tempo preconizado sem obter resultado, a cirurgia estaria indicada.
4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina).



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

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



REFERÊNCIAS

DE OLIVEIRA, W.L.; GUN, L.G.; GONZALEZ, F.L.M.; GUN, S. INCONTINÊNCIA URINÁRIA TRATAMENTO PELA TÉCNICA DO SLING PUBOVAGINAL. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 2, p. 28-30, 2001. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/278/pdf>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Manual de Orientação Uroginecologia e Cirurgia Vaginal 2010. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/UROGINECOLOGIA%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>