



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 196/2021**

Vitória, 24 de fevereiro de 2021..

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 1ª Vara Federal de Linhares, requeridas pelo MM. Juiz de Direito dessa Vara sobre o procedimento: **fisioterapia pélvica.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a paciente, 65 anos foi diagnosticada com Incontinência Urinária, sendo indicada como tratamento a realização de 20 (vinte) sessões de fisioterapia do assoalho pélvico. Dessa forma, ao requerer a obtenção de tratamento fisioterápico não logrou êxito, haja vista que a Secretaria Municipal de Saúde de Linhares e a Superintendência Regional de Saúde de Colatina, não realizam o procedimento solicitado. Ante os fatos apontados, não lhe restou alternativa senão buscar a via judicial.
2. Às fls. não numeradas, laudo Ambulatorial Individualizado (BPAI), assinado pelo Dr. Mauro E. Lopes, ginecologista, CRM não visualizado, solicitando fisioterapia do assoalho pélvico devido à incontinência urinária de esforço.
3. Às fls. não numeradas, certidão de recusa de atendimento para usuários do SUS da Secretaria Municipal de Linhares em 17/12/2019, informando que conforme relatório em anexo, o setor centro de fisioterapia de Linhares (CEFIL), não realiza o



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

procedimento solicitado no BPAI.

4. Às fls. não numeradas, laudo do CEFIL, em 11/12/2019. informando que o serviço solicitado pela requerente não é oferecido pelo CEFIL.
5. Às fls. não numeradas, resposta da Superintendência Regional de Saúde de Colatina, relatando que não há prestador regulado, filantrópico ou credenciado na rede Estadual de Saúde, pelo SISREG, disponível na Região Metropolitana e Central, pelo SUS para fornecer esse tipo de fisioterapia.

## **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 incontinência urinária (IU)** é definida, pela International Continence Society (ICS), como a perda involuntária de urina, constituindo um problema social ou higiênico. De acordo com a ICS, o tipo de IU mais prevalente na mulher é a **incontinência urinária de esforço (IUE)**, que é conceituada como toda perda involuntária de urina durante a tosse, espirro ou exercícios físicos, bem como esportes que promovam a mudança súbita de posição.
2. Vários são os fatores envolvidos na fisiopatologia da incontinência urinária. Entre eles estão a topografia extra-abdominal do colo vesical, presença de uretra funcionalmente curta, hipoestrogenismo e lesões no mecanismo esfíncteriano, nervo pudendo, fâscias e músculos do assoalho pélvico. O elevador do ânus, que é o principal músculo do assoalho pélvico, é composto por 70% de fibras do tipo I, responsáveis pela contração lenta, e 30% das fibras do tipo II, responsáveis pela contração rápida. Na IUE, há diminuição do número de fibras de contração rápida. Além disso, observa-se que o envelhecimento acarreta redução não apenas no número de fibras do tipo I e II, mas também no diâmetro, aumentando a prevalência de IUE em mulheres mais velhas.
3. As disfunções do Assoalho Pélvico (AP) são condições que não ameaçam a vida diretamente, mas causam importante morbidade. Podem afetar intensamente a qualidade de vida (QV) das pacientes, gerando limitações físicas, sociais, ocupacionais e/ou sexuais<sup>4</sup>. A IU é fisicamente debilitante e socialmente incapacitante, pois promove a perda da segurança e autoestima, causando depressão, neurose e isolamento.
4. Para o diagnóstico correto, é necessário, no primeiro momento, um questionamento sobre o tipo de perda de urina, fatores que desencadeiam o problema, desde quando a paciente está com os sintomas e tratamentos anteriores. É preciso também um exame físico para descartar alterações neurológicas, identificar anormalidades em órgãos e doenças pélvicas. Deve-se examinar os órgãos genitais externos para inspecionar se



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

existe diminuição de estrogênio e de assaduras. A perda urinária deve ser demonstrada de forma objetiva por meio de manobras de esforço com a paciente em posição ginecológica e em pé. Também é recomendada a realização de exames laboratoriais como urina I, ultrassonografia e o pad-test (teste do absorvente), Q-tip-test (teste do cotonete) e estudo urodinâmico, que pode identificar do músculo detrusor e alterações no esvaziamento da bexiga, além de classificar o ripo de IU.

5. Para a incontinência urinária de esforço, o diagnóstico da sua classificação é essencial, uma vez que a mesma pode ser decorrente de deficiência esfíncteriana ou de hiper mobilidade do colo vesical. Sua diferenciação é prioritária antes de se propor tratamento cirúrgico, visto que os procedimentos de colpo-suspensão retropúbicos tradicionais podem ter índices de falha de até 35% em pacientes com defeito esfíncteriano uretral. Não há, até o momento, padronização universal do diagnóstico.
6. O estudo urodinâmico determina mudança no diagnóstico clínico, entretanto, com pouca frequência, contribui para mudança no plano terapêutico proposto inicialmente.

### **DO TRATAMENTO**

1. São quatro os tratamentos recomendados pelo protocolo da FEBRASGO: fisioterápico, farmacológicos, feitos com hormônios e antidepressivos, tratamento cirúrgico e com agentes de preenchimento.
2. A reeducação dos músculos do pavimento pélvico (MPP), através dos programas de treino de fortalecimento, é considerada a primeira escolha no tratamento das mulheres com IUE, com capacidade de contrair voluntária e corretamente os MPP
3. Cada sintoma e sua localização, sugere um determinado tratamento, como por exemplo: Como peso ou pressão vaginal, dor perineal ou vaginal, sensação ou consciência de tecido protundido através da vagina, dor ou pressão abdominal, entre outros, cada um destes sintomas necessitam de particularidades durante a avaliação, com abordagens específicas a fim de determinar um tratamento adequado.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

4. O Tratamento de reabilitação do assoalho pélvico está indicado no caso de perda urinária leve ou moderada, com pequena distopia urogenital e com função muscular preservada. Assim a indicação do tratamento fisioterapêutico torna-se mais viável e adequado, dentre as diversas modalidades de tratamento fisioterapêutico da IU, destacam-se a cinesioterapia, a eletroestimulação, a terapia com cones vaginais e o biofeedback (BF), todas têm como objetivo básico aumentar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, além de hipertrofiar principalmente as fibras musculares estriadas do tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico. O insucesso dos tratamentos de mulheres com disfunções de AP deva-se, muitas vezes, não à terapia inadequada, mas à avaliação incorreta.
5. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento da IUE são as colpofixações retropúbica (Burch ou Marshall–Marchetti–Krantz) e os slings, em especial os *slings* de uretra média. Apesar da alta taxa de sucesso da colpofixação retropúbica, o *sling* de uretra média é atualmente a técnica que apresenta as melhores e maiores evidências científicas no tratamento desta afecção.

### **DO PLEITO**

1. **Fisioterapia pélvica.**

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os laudos médicos disponibilizados para análise, a Assistida tem diagnóstico clínico de incontinência urinária de esforço e necessita de tratamento com fisioterapia pélvica.
2. Sabemos que nos casos de perda urinária de esforço leve a moderada, diversas medidas em conjunto devem ser adotadas inicialmente, deixando as intervenções cirúrgicas como escolha tardia caso haja falha no tratamento clínico. Entre estas medidas, estão incluídas as orientações em relação ao hábito intestinal, ingestão de



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

líquidos, uso de medicações, perda de peso, atividade física, micção programada, uso de estrogênio tópico em mulheres menopausadas e a fisioterapia pélvica com treinamento do assoalho pélvico, biofeedback.

3. No caso em tela, não encontramos dados relacionados ao quadro clínico da paciente, como exame físico, tempo de evolução, gravidade da perda urinária, presença de obesidade, comorbidades, medidas e medicamentos já utilizados. Entretanto visualizamos nos documentos médicos anexados que a paciente apresenta perda urinária ao realizar esforços sem outros relatos de falência de tratamento ou patologias associadas, inferimos assim que medidas conservadoras colaborariam para melhora do quadro, portanto **o tratamento fisioterápico associado a medidas conservadoras citadas acima está indicada no caso em tela.**
4. Sabemos que o procedimento de fisioterapia em pacientes com disfunção uroginecológica **é oferecido pelo SUS** conforme tabela SIGTAP( Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS), sob o código 03.02.01.002-5, trata-se procedimento de média complexidade e consiste em atendimento fisioterapêutico para minimizar e tratar complicações da musculatura do assoalho pélvico e para melhora do tônus muscular e das transmissões de pressão do esfíncter uretral e ou anal. A indicação ambulatorial é de no máximo 20 procedimentos por pessoa/mês.
5. A terapia com fisioterapia **é de responsabilidade do Município**, entretanto, por se tratar de um método mais especializado, caso o município não tenha o profissional para executar, poderia a Secretaria do Estado de Saúde oferecer o procedimento (fisioterapia pélvica) de forma complementar. Não é de competência deste NAT se pronunciar em relação ao valor do procedimento.
6. 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, entende-se que deva ter uma data definida para realização do procedimento que respeite o princípio da razoabilidade.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

7. 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

### **REFERÊNCIA**

GUERRA, Thais Eduarda Carvalho *et al.* Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. *Femina*, Curitiba, v. 42, n. 6, p. 251-254, nov. 2014. Bimestral. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4823.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

FELDNER JR, Paulo Cezar *et al.* Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 54-62, Jan. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100010>

FERREIRA, Margarida; SANTOS, Paula Clara. Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Rev. Port. Sau. Pub.*, Lisboa, v. 30, n. 1, p. 3-10, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252012000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.12.001>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **MANUAL DE ORIENTAÇÃO: Uroginecologia e Cirurgia Vaginal**. São Paulo: Febrasgo, 2018. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/UROGINECOLOGIA-E-CIRURGIA-VAGINAL>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ZANETTI, Míriam Raquel Diniz *et al.* Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 125, n. 5, p. 265-269, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802007000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000500003&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802007000500003>.