



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

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 72/2022**

Vitória, 20 de janeiro de 2022.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e Fazenda Pública da Serra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito daquele Juizado, sobre o procedimento: **consulta, acompanhamento e cirurgia ginecológica.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a paciente, de 70 anos de idade, possui quadro de prolapso genital, apresentando piora progressiva. O quadro apresentado acarreta em desconforto, sangramento, dor intensa, de modo que a Requerente precisa de deslocar frequentemente ao serviço de saúde. Não obstante, apresenta ainda dificuldade em restabelecer sua rotina habitual, tendo em vista que desenvolveu incontinência urinária. Ante o exposto, não resta alternativa senão a propositura da presente demanda a fim de garantir um adequado tratamento de saúde à Requerente.
2. Às fls. 11410154 (páginas 5 e 6) consta espelho do sistema de regulação, com solicitação de consulta em cirurgia ginecológica, datado de 04/10/2021, sob diagnóstico de prolapso genital feminino, emitido pelo médico Dr. Gilmar Leal CRM – ES 4551. Consta nas observações: prolapso genital, indicado correção cirúrgica. Em 06/01/2022, há inserção de novas observações após devolução pelo Estado: preventivo (23/11/2021) avaliação da amostra: satisfatória; epitélios representados: escamoso; representatividade da zona de transformação: não; alterações celulares benignas reativas ou reparativas atrofia com inflamação; microbiologia: cocos;



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

---

conclusão: negativo para malignidade. Em 10/01/2022 há inserção de laudo de ultrassonografia pélvica transvaginal realizada em 18/11/2021: útero em medio-verso-flexão, medindo 4,7 x 3,2 x 2,7 cm de diâmetro, com volume de 21,6 cm<sup>3</sup>, contornos regulares, ecotextura sólida homogênea, endométrio de contornos regulares com espessura de 4,4 mm, ovários não visualizados. Ausência de massas ou coleções em topografia anexial, fundo de saco de Douglas sem alterações. Impressão: estudo ecográfico sem alterações.

3. Às fls. 11410154 (página 7) consta Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar no Hospital da Polícia Militar gerado em 13/08/2021 pelo Dr. Rodrigo Paulino Chaves. Solicita procedimento de histerectomia vaginal, descreve paciente apresentando prolapso uterino e incontinência urinária.

## 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



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

---

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.

## **DA PATOLOGIA**

1. O suporte dos órgãos pélvicos decorre de uma interação dinâmica entre os ossos da pelve, tecido conjuntivo endopélvico e a musculatura do assoalho pélvico. Dois sistemas, de suspensão e de sustentação, realizam esse suporte. O sistema de suspensão tem como principais estruturas os ligamentos pubovesicouterinos, transversos e uterossacros. Já o sistema de sustentação é formado por músculos e tem como componente principal o levantador do ânus com seus três feixes – puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo. A sustentação ocorre pela contração intencional dos músculos do assoalho pélvico, que realiza levantamento e compressão ao redor da uretra, vagina e ânus, oferecendo suporte estrutural horizontal aos órgãos pélvicos. Anatomicamente, é plausível que tanto a perda de suporte horizontal do assoalho pélvico quanto o alargamento do hiato genital predisponham ao prolapso genital. Acredita-se que a integridade do assoalho pélvico diminui as chances de desenvolvimento do prolapso genital que, uma vez instalado, pode levar a sintomas como sensação de peso na vagina, dor abdominal, inguinal e lombar. Esses sintomas tendem a se manifestar em maior intensidade quanto mais avançado for o estágio do prolapso.
2. Define-se como prolapso genital o deslocamento das vísceras pélvicas no sentido caudal, em direção ao hiato genital. Decorre do desequilíbrio entre as forças que mantêm os órgãos pélvicos em sua posição normal e aquelas que tendem a impeli-los



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

---

para fora da pelve<sup>1</sup>. A Sociedade Internacional de Continência (ICS), por sua vez, define como prolapso genital o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior assim como do ápice da vagina (cérvix/útero) ou da cúpula vaginal após histerectomia. Constitui achado relativamente comum. Nos Estados Unidos da América relata-se taxa de prevalência de 2,1 por 1000 mulheres. Embora não ocasione risco de morte, pode afetar a qualidade da vida de muitas mulheres.

3. A prevalência desta condição é próxima a 22% em mulheres entre 18–83 anos, variando até 30%, em mulheres de na faixa etária dos 50 a 89 anos. Os prolapso de órgãos pélvicos (POP) são a principal indicação de histerectomia em mulheres na pós-menopausa. Aproximadamente um quinto de todas as histerectomias realizadas, são devidas ao prolapso.

**Tabela 1** - Potenciais fatores de risco para desenvolvimento de prolapso de órgãos pélvicos

<b>PREDISPÕE</b>	<b>PROVOCA</b>	<b>ACELERA</b>	<b>DESCOMPENSA</b>
Genética (Congênito ou Hereditário)	Gravidez e Parto	Obesidade	Idade
Raça (Branco > Negro)	Histerectomias	Tabagismo	Menopausa
Sexo (Feminino > Masculino)	Miopatia	Tosse Crônica	Neuropatia
	Neuropatia	Constipação Crônica	Miopatia
	Trabalho Pesado	Debilidade	Medicações

Adaptado de : Weber, A. M., & Richter, H. E. (2005). Pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 106(3), 615-634.

4. Alguns termos são comumente usados para especificar os locais prolapso, tais como: cistocele, retocele, uretrocistocele, prolapso uterino, retocele e enterocele.



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

---

**Tabela 2** – Nomenclatura utilizada de acordo com compartimento acometido

<b>Nomenclatura antiga</b>	<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Definição</b>
Cistocele	Prolapso da parede anterior	Hérnia da parede vaginal anterior, relacionado à procidência da bexiga
Retocele	Prolapso da parede posterior	Comumente relacionado com a descida do reto
Prolapso de útero ou cúpula vaginal (pós histerectomia)	Prolapso Apical	Descida da vagina ou útero para o hímen ou através do introito vaginal. Comumente associado com enterocele
Prolapso total	Prolapso Total	Prolapso de todos os compartimentos através da parede vaginal

Extraída do Artigo de Revisão. **PROLAPSOS DE ÓRGÃOS PÉLVICOS: REVISANDO A LITERATURA.**  
Wagner Horst; Jean Carl Silva

5. O prolapso genital provoca sintomatologia variada, em geral relacionada aos vários compartimentos anatômicos afetados. Nota-se aumento significativo das queixas em conformidade com o avanço do estágio do prolapso. No estudo de Swift et al., somente 2% das pacientes classificadas no estágio 2 tinham queixa importante de "bola na vagina", aumentando para 78% naquelas no estágio 3.
6. Pacientes com prolapso genital podem ter sintomas relacionados especificamente com o prolapso, tais como abaulamento ou sensação de peso na região pélvica, sintomas urinários, defecatórios ou sexuais. Os sintomas, na maioria das vezes, estão relacionados à posição, sendo menos perceptíveis pela manhã e com o passar do dia se tornam mais evidentes.
7. Mulheres com prolapsos em estágios iniciais podem não apresentar incômodos. Alguns estudos apontam que "marco anatômico" para que o prolapso se torne sintomático, é o hímen. Sintomas de pressão, abaulamento ou sensação de "bola na vagina", geralmente são características de mulheres com prolapsos em graus mais



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

---

avanzados. Pode haver, ainda, o relato de desconforto durante as relações sexuais, em razão da protrusão da vagina ou mesmo o útero. Ulceração e corrimentos vaginais são sintomas frequentes, à medida que o prolapso se exterioriza e ocorre o traumatismo constante. Sintomas como incontinência urinária de esforço podem coexistir em razão da perda do suporte da parede vaginal anterior, ou ápice vaginal. Pacientes podem ainda apresentar redução do jato ou retenção urinária em função da “dobra” da uretra, podendo às vezes ter que utilizar o dedo para auxiliar no esvaziamento da bexiga.

8. Portadoras de prolapso de parede posterior da vagina, retoceles e enteroceles, podem, ainda, cursar com constipação e outras alterações da função intestinal, como desconforto à evacuação, evacuações líquidas ou incompletas e auxílio manual para esvaziar o intestino.
9. De acordo com a classificação de Baden Walker: 0 – ausência; 1 – até hímen; 2 – atinge hímen; 3 – ultrapassa introito (parcial); 4 – ultrapassa introito (total).
10. A classificação atual mais utilizada é da ICS (International Continence Society), que propõe medidas e pontos pré-definidos da estática pélvica da mulher. A posição de cada compartimento é avaliada de acordo com a sua distância da carúncula himenal, que é um ponto fixo de fácil identificação. A partir desse ponto, as posições são descritas. Positivos, referem-se a posições abaixo ou distais ao hímen; os valores negativos, acima ou proximais ao hímen. Caso a localização seja ao nível do hímen, denomina-se como zero. O examinador deve observar qual o ponto de maior prolapso, através de manobra de valsalva ou leve tração. Determinados os pontos, os prolapso são classificados em:
  - **Estadio 0:** ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em – 3 centímetros, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT – 2 centímetros.
  - **Estadio I:** ponto de maior prolapso está localizado até 1 centímetro para dentro do hímen (-1centímetros).
  - **Estadio II:** o ponto de maior prolapso está localizado entre -1centímetro e +1centímetro (entre 1 centímetro acima e 1 centímetro abaixo do hímen).



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

---

- **Estadio III:** o ponto de maior prolapso está a mais de 1 centímetro para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total.
- **Estadio IV:** eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica no mínimo no comprimento vaginal menos dois centímetros.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento conservador tem ganhado espaço, especialmente em estágios menos avançados do prolapso. Consiste em mudanças nos hábitos de vida diária, tais como redução de peso, diminuição das atividades que aumentam a pressão abdominal, tratamento da constipação intestinal, e intervenções físicas, como o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.
2. Pacientes que toleram bem ou não desejam ser submetidas à cirurgia, os sintomas podem seguir uma conduta expectante com visitas de rotina ao ginecologista, para avaliar se há piora dos sintomas.
3. Boas alternativas àquelas mulheres que não querem ser operadas ou possuem alguma contraindicação, tais como condições médicas graves que impossibilitem a cirurgia, 1 são os pessários. Próteses de silicone ou látex de diversos formatos, que possuem função de preenchimento e suporte aos órgãos pélvicos. O tratamento dos POPs utilizando pessários é de baixo custo e suas contraindicações ou complicações graves são raras. Sua desvantagem reside no fato de que muitos dos modelos necessitam ser tirados diariamente para limpeza, a fim de que se evite uma infecção.
4. Embora a fisioterapia uroginecológica tenha se consolidado como um tratamento efetivo para incontinência fecal e urinária, nos prolapso genitais ela ainda necessita de estudos mais consistentes. Ensaio clínico randomizado publicado por Hagen e colaboradores, com 447 mulheres que realizaram fisioterapia uroginecológica com sintomas de prolapso de órgãos pélvicos, verificou uma melhora dos sintomas quando comparadas ao grupo controle e mudanças no hábito de vida.



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

---

5. O tratamento cirúrgico é indicado para aquelas mulheres sintomáticas que não desejavam ou cujo tratamento conservador não teve êxito. Há diversos tipos e técnicas para correção, construtivos ou obliterativos, com ou sem uso de telas sintéticas e abordagens abdominal, vaginal e laparoscópica.
6. O objetivo da correção cirúrgica é restaurar a anatomia, aliviar os sintomas e corrigir alterações funcionais dos órgãos pélvicos. Nas mulheres em idade reprodutiva que desejam engravidar, indicam-se cirurgias conservadoras, preservando o útero. Em todas as demais, preconizam-se as cirurgias radicais.
7. Quando houver incontinência urinária ou fecal, esta deve ser corrigida no mesmo ato da cirurgia para prolapso.

## **DO PLEITO**

1. **Consulta em Cirurgia Ginecológica**, com vistas a tratamento cirúrgico de prolapso genital.

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente de 70 anos, com relato médico de prolapso genital, com isso, foi solicitado, em outubro de 2021, a consulta com ginecologista cirurgião para avaliação e conduta cirúrgica.
2. Não foram disponibilizados laudos médicos a este Núcleo que descrevam sintomas apresentados pela Requerente, assim como também não há relato sobre exame físico da paciente ou sobre tratamentos já realizados. Todas as informações clínicas para este parecer foram retiradas da solicitação inserida no sistema de regulação.





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

3. **A consulta médica em atenção especializada é regularmente ofertada pelo SUS**, inscrita sob o código: 03.01.01.007-2, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP), estando a consulta com ginecologista contemplada sob o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 225250.
  
4. Por fim, considerando o relato médico de prolapso uterino, entendemos que **a consulta com ginecologista é ofertada pelo SUS e está indicada para o caso em tela**, visto que este profissional irá avaliar e definir a conduta específica para seu tratamento, podendo se tratar de caso que necessite de propedêutica cirúrgica, a depender da sintomatologia apresentada, o grau de prolapso do órgão e as especificidades da paciente. Cabe, portanto, à Secretaria de Estado da Saúde disponibilizar esta consulta, **em caráter eletivo, preferencialmente em estabelecimento de saúde com estrutura para realização de procedimentos cirúrgicos ginecológicos, como no ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.**





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

---

**REFERÊNCIAS**

Cândido EB, et al. Conduta nos prolapso genitais. FEMINA | Março/Abril 2012 | vol 40 | nº2 . Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3098.pdf>

BEZERRA, L.R.P.S. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 26 (6) • Jul 2004 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/XjrRxDKpSCGcDm3xHpvwnrj/?lang=pt>

HORST, W.; SILVA, J.C. PROLAPSOS DE ÓRGÃOS PÉLVICOS: REVISANDO A LITERATURA. Arq. Catarin Med. 2016 abr-jun; 45(2): 91-101. Disponível em: <http://www.acm.org.br>