



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

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 719/2022**

Vitória, 24 de maio de 2022.

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

[REDACTED].

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública da Serra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito deste Juizado, sobre o procedimento: **“a imediata disponibilização de consulta em cirurgia ginecológica e estudo urodinâmico”**

**I – RELATÓRIO**

1. Consta na Inicial que a Requerente [REDACTED] possui o diagnóstico inicial de sangramento após a menopausa. Faz-se necessário aclarar ainda que, a autora apresenta espessamento endometrial pelo USG de 13/11/2020 e útero apresentando imagem sólida homogênea em parede corporal anterior intra mural / submucoso com leve fluxo interno ao doppler de 1,5 x 0,9 cm, endométrio de 7 mm, miometrio heterogenia, contendo leiomioma intramural em parede corporal anterior medindo 1,1 x 1,6 cm. Nesse sentido, em 03 de março de 2021 a Requerente realizou pedido administrativo junto à Unidade Básica de Saúde de São Diogo a fim de realizar consulta em cirurgia ginecológica e estudo urodinâmico. Todavia, apesar do lapso temporal transcorrido, até a presente data a cirurgia não fora disponibilizada, assim como também não há expectativa para sua disponibilização. À vista disso, recorre à via judicial para obter os procedimentos.
2. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 1 consta Espelho do SISRIG III, com a solicitação de consulta em cirurgia ginecológica, requerida em 03/03/2021, sendo justificado que a paciente [REDACTED], de 67 anos, apresenta espessamento



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

---

endometrial pelo USG de 13/11/2020 e útero apresentando imagem sólida homogênea em parede corporal anterior intra mural / submucoso com leve fluxo interno ao doppler de 1,5 x 0.9 cm, endométrio de 7 mm, miométrio heterogenio, contendo leiomioma intramural em parede corporal anterior medindo 1.1 x 1.6 cm.

3. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 2 consta Guia de Encaminhamento, com a solicitação de consulta em cirurgia ginecológica, requerida em 03/03/2021, pela ginecologista (Juliane Oliveira de Assis), sendo justificado que a paciente [REDACTED], de 67 anos, apresenta espessamento endometrial pelo USG de 13/11/2020 e útero apresentando imagem sólida homogênea em parede corporal anterior intra mural / submucoso com leve fluxo interno ao doppler de 1,5 x 0.9 cm, endométrio de 7 mm.
4. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 3 consta Espelho do SISRIG III, com a solicitação de Estudo Urodinâmico, requerida em 21/06/2021, sendo justificado que a paciente [REDACTED], de 67 anos, apresenta cistocele e incontinência urinária no pós-operatório imediato, obstrução colo de bexiga.
5. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 4 consta Laudo Ambulatorial Individualizado – BPA I, com a solicitação de Estudo Urodinamico, requerido em 18/08/2021, sendo justificado que a paciente [REDACTED], de 67 anos, apresenta cistocele e incontinência urinária, pós-operatório imediato de perineoplastia
6. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 5 consta laudo ultrassonografia pélvica transvaginal, realizada em 20/04/2021, evidenciando miométrio heterogênio, contendo leiomioma intramural em parede corporal anterior medindo 1.1 x 1.6 cm e endométrio heterogêneo, um pouco espessado, sem fluxo vascular central ao doppler, medindo 8,4 mm.
7. Às fls. Num. 14459150 - Pág. 6 consta Laudo de Ressonância Magnética de pelve, realizada no dia 19/08/2021, com impressão: mioma uterino e endométrio levemente heterogêneo, espessado.



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

---

## 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 – CFM** 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.

### PATOLOGIA

1. Os **miomas uterinos** são tumores benignos com elevada prevalência na população feminina em idade reprodutiva. O mioma uterino, ou leiomioma, é o tumor pélvico mais comum na mulher. É benigno, caracterizado pelo crescimento das células musculares lisas do miométrio. Os miomas são costumeiramente descritos de acordo



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

---

com sua localização:

Intramurais: desenvolvem-se dentro da parede uterina e podem ser grandes o suficiente a ponto de distorcer a cavidade uterina e a superfície serosa;

Submucosos: derivam de células miometriais localizadas imediatamente abaixo do endométrio e frequentemente crescem para a cavidade uterina;

Subserosos: originam-se na superfície serosa do útero e podem ter uma base ampla ou pedunculada e ser intraligamentares; e

Cervicais: localizados na cervix uterina.

- Os sintomas são relacionados diretamente ao tamanho, ao número e à localização dos miomas. Os subserosos tendem a causar sintomas compressivos e distorção anatômica de órgãos adjacentes, os intramurais causam sangramento e dismenorreia, enquanto que os submucosos produzem sangramentos irregulares com maior frequência. Além disso, observou-se que esses últimos estão mais associados à disfunção reprodutiva.
- O diagnóstico é realizado a partir da história clínica e do exame físico, sendo o achado mais comum o útero aumentado, móvel, de contorno irregular ao exame bimanual da pelve. O diagnóstico é confirmado à ultrassonografia transvaginal, que possui alta sensibilidade (95-100%), além da histeroscopia, ressonância magnética nuclear e histerossalpingografia.
- O número de nódulos miomatosos varia em quantidade e localização, desde um nódulo único a um sem número de pequenos nódulos, caracterizando o que alguns autores denominam de “miomatose uterina”.
- A **hiperplasia endometrial (HE)**, é uma entidade nosológica que representa todo um espectro de alterações endometriais morfológicas. Estima-se que a incidência de HE seja de aproximadamente três vezes a de câncer endometrial (CE). Ela é caracterizada por aumento da relação glândula-estroma endometrial quando comparada ao endométrio proliferativo normal.
- A HE subdivide-se em:



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

---

7. Hiperplasia benigna;
8. Hiperplasia atípica ou neoplasia intraepitelial endometrial (HA/NIE).
9. No mundo, o câncer de corpo uterino é a segunda neoplasia ginecológica mais incidente, com incidência de 319.605 casos e 76.160 mortes estimadas em 2012. A classificação histológica do CE, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), subdivide os tumores nos seguintes tipos histológicos:
  10. Carcinoma endometrióide;
  11. Carcinoma mucinoso;
  12. Carcinoma seroso;
  13. Carcinoma de células claras;
  14. Tumores neuroendócrinos (subdivididos em tumores neuroendócrinos de baixo grau e de alto grau);
  15. Adenocarcinoma misto;
  16. Carcinoma indiferenciado;
  17. Carcinoma desdiferenciado.
18. A espessura endometrial observada ao ultrassom transvaginal (USTV) na pós-menopausa é variável e depende do tempo decorrido desde a última menstruação. Estudo de revisão mostrou espessura endometrial média de 2,9mm entre mulheres assintomáticas na pós-menopausa que não usam terapia de reposição hormonal. Espessamento endometrial na pós-menopausa é considerado a partir de 5mm de espessura ao USTV.
19. Não há consenso sobre como proceder com as pacientes assintomáticas, ou seja, sem sangramento uterino anormal (SUA), que apresentam diagnóstico de espessamento endometrial ao USTV. Há tendência à conduta expectante nessas pacientes, sendo indicado procedimento para coleta de amostras do endométrio e exame histopatológico apenas a partir de 8 a 11 mm de espessura.



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

---

20. Vários trabalhos afirmam que o USTV não é método adequado para tal rastreamento pelo baixo índice de malignidade encontrado nas pacientes assintomáticas com espessamento endometrial  $\geq 5$  mm na pós-menopausa.
21. O diagnóstico de HE ou CE é feito mediante a avaliação histológica de tecido endometrial. As mulheres com HA/NIE ou CE classicamente apresentam sangramento pós-menopausa, ou seja, aquele quando transcorreram pelo menos 12 meses desde o último período menstrual, em mulheres que não estão sob terapia hormonal (TH) para sintomas climatéricos.
22. Já as pacientes na pré-menopausa ou perimenopausa apresentam sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada e frequentemente têm antecedente de menstruação irregular, disfuncional, que sugere anovulação. As mulheres em uso de TH devem ser investigadas quando apresentarem sangramento não programado. Essas mulheres com os sintomas supradescritos devem ser submetidas à anamnese completa, aos exames físico e ginecológico, incluindo o exame especular para a visualização do colo uterino e vagina.
23. O US transvaginal é o exame complementar inicial para a medida da espessura da linha endometrial. **O espessamento endometrial  $\geq 4$  mm deve ser investigado.** Se  $< 4$  mm, deve-se atentar para a persistência dos sintomas. **(grifo nosso)**
24. A biópsia de endométrio com Pipelle pode ser realizada no ambulatório e a histeroscopia (B) é indicada para casos em que as mulheres não tiveram condições para biópsia endometrial ambulatorial (ex.: estenose cervical, intolerância ao exame ambulatorial por dor) ou para aquelas de alto risco para CE. Sangramento pós-menopausa recorrente deve ser investigado com histeroscopia com biópsia endometrial (D), e a histerectomia deve ser considerada em casos de sangramento pós-menopausa recorrente não explicados.
25. Não há evidência na literatura atual para se realizar rastreamento de CE nas mulheres assintomáticas, da população geral. Quanto às mulheres de alto risco para CE, o seguimento de rotina para mulheres assintomáticas obesas, com SOP, DM, infertilidade, nu-



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

---

liparidade ou menopausa tardia, não é recomendado. Mulheres com tumores das células da granulosa do tipo adulto que não foram submetidas à histerectomia devem ter biópsia de endométrio realizada. Se não houver evidência de doença, não há necessidade de realizar mais exames.

26. Pacientes que foram submetidas a tratamento de carcinoma de ovário, com preservação da fertilidade, também, devem ter uma amostra endometrial no momento do diagnóstico. O rastreamento de rotina para usuárias de tamoxifeno assintomáticas não é recomendado. Para as mulheres portadoras de mutação da síndrome de Lynch, o seguimento com exame ginecológico, US transvaginal e biópsia de endométrio deve ser oferecido e iniciado aos 35 anos, repetido anualmente até a realização da histerectomia. A histerectomia com salpingo-ooforectomia profilática, realizada preferentemente por meio de cirurgia minimamente invasiva (CMI), deve ser oferecida às portadoras de mutação para síndrome de Lynch aos 40 anos de idade.
27. A **incontinência urinária (IU)** pode ser classificada em: incontinência urinária temporária e incontinência permanente. A incontinência permanente é causada por anormalidades orgânicas no processo de micção, sendo usualmente diferenciada em quatro tipos relacionados com a deficiência estrutural: incontinência urinária de esforço (stress); incontinência urinária de urgência (bexiga hiperativa ou hiperatividade do detrusor); incontinência urinária mista e incontinência de refluxo, e um tipo relacionado com desordem funcional.
28. A história clínica deve permitir categorizar a IU em incontinência urinária de esforço, de urgência e mista. Para isso, a anamnese deve incluir descrição detalhada do início, severidade e tipo de sintomas urinários, enriquecida com questionários miccionais validados e avaliação do impacto dos sintomas na qualidade de vida (GR-A, opinião de especialistas – EUA). O sintoma principal, definido pela ICS, é a queixa da perda involuntária de urina. Outros sintomas típicos de dificuldade de armazenamento podem incluir: aumento da frequência miccional, noctúria, enurese, urgência miccional. A utilização de diário miccional (instrumento estruturado que avalia a função urinária por 3 a 7 dias) permite análise objetiva diária do comportamento



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

---

urinário individualizado, recomendado para segunda consulta (GR–B). Além disso, esse instrumento permite identificar discrepâncias nas informações obtidas com a história clínica. É importante avaliar dor associada aos sintomas de IU, história de hematúria e de infecção recorrente do trato urinário. Devem-se questionar cirurgias pélvicas prévias ou radioterapia. A história gineco-obstétrica precisa ser investigada, incluindo número de gestações, cirurgias ginecológicas, menopausa, déficit estrogênico. É necessário também levar em consideração doenças sistêmicas que afetam o trato urinário, tal como diabetes melitus. Outros tópicos que devem ser investigados: uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central/autônomo e no trato urinário inferior, obesidade, tabagismo, ingestão hídrica, atividade física, atividade sexual e constipação.

29. O exame físico em pacientes com IU deve incluir o exame abdominal, com o intuito de identificar possíveis massas abdominais e hérnias, e o exame neurológico (GRA, opinião de especialistas – EUA). Nas mulheres, o exame ginecológico deve avaliar o trofismo genital e a presença de prolapso de órgãos pélvicos, a integridade do períneo e a força muscular, pesquisadas por meio de inspeção estática e dinâmica. Nos homens, é importante proceder ao exame de toque retal, com vistas a avaliar tamanho e consistência da próstata. Testes provocativos (de esforço, como tosse) são indicados para evidenciar incontinência urinária de esforço.
30. O diagnóstico da incontinência urinária é essencialmente clínico, baseado em uma anamnese detalhada e exame físico direcionado. O diário miccional também ocupa lugar de destaque no diagnóstico da IU. Uroanálise e medida de resíduo pós-miccional fazem parte dessa propedêutica. A utilização de estudos complementares com avaliação urodinâmica deve ser realizada em casos específicos.
31. Os principais objetivos do Estudo Urodinâmico (UDN) são determinar a causa dos sintomas e avaliar a função do detrusor e dos esfíncteres (GR-C). As informações obtidas através da urodinâmica podem confirmar ou alterar o diagnóstico realizado com base na história clínica, influenciando na escolha da intervenção a ser realizada. O UDN não deve ser usado de rotina para pacientes tratadas conservadoramente.



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

---

Realizar o exame caso o resultado possa mudar a escolha terapêutica (GR-C). O UDN embora permita identificar a fisiopatologia da disfunção do trato urinário inferior, é método invasivo e oferece risco adicional de infecção.

## DO TRATAMENTO

1. A terapêutica do mioma uterino inclui desde abordagem expectante ao uso de medicamentos, cirurgia convencional, embolização de artéria uterina e técnicas ablativas. Conduta expectante: é indicada em pacientes oligo ou assintomáticas e em climatério.
2. Tratamento clínico do mioma: é indicado para redução do volume tumoral e alívio da sintomatologia em mulheres que preferem a terapêutica não cirúrgica, que consideram a possibilidade de gestar, que estão na perimenopausa e que possuem condição médica geral inapropriada ao ato cirúrgico. Podem ser usados: análogos de GnRH, antagonistas de GnRH, antiprogestínicos e moduladores dos receptores de progesterona. São usados: danazol, gestrinona, raloxifeno, inibidores da aromatase, anti-inflamatórios não esteroidais, dispositivos intrauterinos de progesterona, contraceptivos hormonais combinados orais.
3. Tratamento cirúrgico do mioma: entre as várias medidas cirúrgicas, podem ser reconhecidas:
  - **Histerectomia:** sua maior vantagem sobre alternativas invasivas é a garantia de ser definitiva. A morbidade do procedimento pode ultrapassar os benefícios em casos de mioma subseroso único, mioma pedunculado e mioma submucoso com possibilidade de excisão por via laparoscópica ou histeroscópica.
  - **Miomectomia:** possui como desvantagem a manutenção do risco do surgimento de outros leiomiomas e de rotura uterina na ocorrência de gestação.
  - **Miólise:** trata-se de coagulação térmica laparoscópica ou crioablação do leiomioma.
  - **Oclusão da artéria uterina guiada por ultrassom-doppler:** é alternativa para



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

---

a redução do tamanho do mioma, porém a experiência de seu uso ainda é limitada.

• **Embolização da artéria uterina:** constitui alternativa efetiva diante de mulheres que desejam preservar o útero e não desejam mais engravidar, entretanto, associa-se a elevado risco de complicações.

4. O tratamento do **espessamento endometrial** dependerá fundamentalmente dos achados obtidos à histeroscopia (ou à curetagem uterina, caso não fosse disponível a histeroscopia).

5. Em relação ao tratamento da **incontinência urinária:**

- Mudanças comportamentais representam a primeira linha de tratamento de pacientes portadores de IU. Dentre elas estão: estimular mulheres obesas com incontinência urinária a perder peso (>5%); orientar redução da ingestão de cafeína, o que melhora os sintomas de urgência e frequência, mas não de incontinência; instruir a otimização da ingestão hídrica. O uso regular de exercícios de reforço para musculatura pélvica promove alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida das pacientes com IU.

- A prática desses exercícios aliados a manobras comportamentais é recomendada como terapia de primeira linha para todos os subtipos de IU.

- Como primeira linha de tratamento podemos oferecer: exercícios supervisionados da musculatura do assoalho pélvico por pelo menos 3 meses, para mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista, bem como treinamento vesical para adultos com urgeincontinência ou incontinência urinária mista.

- A segunda linha de tratamento em mulheres com IU é tratamento farmacológico. Embora os antimuscarínicos mostrem elevadas taxas de abandono devido aos seus efeitos adversos, em especial a xerostomia, a inibição dos receptores muscarínicos no detrusor representa a principal arma para pacientes com sintomas irritativos de armazenamento (incontinência de urgência ou incontinência mista). Pode-se considerar o uso de oxibutinina transdérmica, caso antimuscarínicos orais não sejam tolerados.

- Aduloxetina pode ser oferecida para mulheres ou homens que estão à procura de



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

---

melhora temporária para os sintomas de incontinência. Oferecer às mulheres menopausadas com incontinência urinária a terapia estrogênicatópica. O Mirabegrom pode ser prescrito para pacientes com IU de urgência e mista se resposta inadequada ao tratamento conservador, exceto em caso de hipertensão não controlada . Oferecer desmopressina para pacientes que ocasionalmente necessitem de alívio imediato da incontinência urinária, informando que essa medicação não está licenciada para essa finalidade.

- Injeções intravesicais de onabotulinumtoxin A e abobotulinumtoxin A promovem o bloqueio da liberação de acetilcolina nas sinapses dos neurônios vesicais reduzindo as contrações involuntárias frequentes nessa condição, mostrando redução nos episódios de incontinência e melhora significativa na qualidade de vida dessas pacientes.

- Os pacientes devem ser alertados que o efeito da medicação não é duradouro, com necessidade de aplicações periódicas. Os pacientes devem estar cientes do risco de infecção, retenção e prontos para realizar cateterismo de alívio.

- Neuromodulação: representa uma alternativa para pacientes com BHR aos antimuscarínicos. Custos elevados e necessidade frequente de revisão dificultam a utilização desse equipamento em nosso meio.

- Nas pacientes as quais não obtiveram níveis de satisfação com tratamentos conservadores, procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos têm oferecido alívio e redução da frequência e da severidade dos sintomas urinários de armazenamento.

## **DO PLEITO**

**1- Consulta em cirurgia ginecológica**

**2- Estudo urodinâmico**



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

---

### III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados e a Inicial, a paciente [REDACTED] [REDACTED] apresenta quadro de sangramento após a menopausa e espessamento endometrial evidenciado em exame de ultrassonografia de novembro de 2020 e abril de 2021, além de útero com imagem sugestiva de leiomioma intramural em parede corporal anterior medindo 1.1 x 1.6 cm, sendo então encaminhada para consulta com cirurgia ginecológica. Foi informado também quadro de incontinência urinária e solicitado estudo urodinâmico.
2. Informamos, para mais esclarecimentos quanto a enfermidade da paciente, que o tratamento da miomatose uterina pode ser clínico ou cirúrgico, sendo que existem várias medidas cirúrgicas, dentre elas a histerectomia e a miomectomia, que são disponibilizadas pelo SUS. A miomectomia (ressecção do mioma) por via convencional abdominal está inscrita sob o código 04.09.06.019-4 e a miomectomia videolaparoscópica está inscrita sob o código 04.09.06.020-8, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). Cabe ao médico especialista (ginecologista) definir qual será a modalidade a ser indicada para tratamento da doença miomatosa, podendo ser indicado também a **histerectomia (retirada do útero), recomendada para pacientes com prole completa, sintomas significativos, múltiplos miomas e desejo de um tratamento definitivo**, estando inscrita sob o código 04.09.06.013-5 para histerectomia total ou sob o código 04.09.06.015-1 para histerectomia videolaparoscópica. O tratamento de eleição para miomas é cirúrgico. **O estudo urodinâmico, é um procedimento oferecido pelo SUS**, sob o código 02.11.09.001-8, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), com o nome de Avaliação Urodinâmica Completa. **A consulta médica em atenção especializada também é regularmente ofertada pelo SUS**, inscrita sob o código: 03.01.01.007-2, de acordo com a referida tabela.
3. Além do diagnóstico de mioma uterino, há que considerar que foi evidenciado em ultrassonografia o espessamento endometrial acima de 4 mm, que também deve ser



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

---

investigado, visto que pode se tratar de quadro de hiperplasia endometrial. A relevância do conhecimento dessa doença reside na associação do risco de progressão para o câncer endometrial (CE), além de a forma hiperplasia atípica ser considerada uma lesão precursora do CE do tipo endometrióide. É bem documentado em diretrizes de ginecologia que a histerectomia deve ser considerada em casos de sangramento recorrente pós-menopausa.

4. Considerando que a paciente já se encontra no climatério (período após a menopausa), com relato de sangramento vaginal, diagnóstico de mioma uterino e espessamento do miométrio, este NAT conclui que **a Requerente tem indicação de consulta com cirurgião ginecologista, em serviço de referência, como no ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória ou do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, visto que o tratamento definitivo da Requerente é cirúrgico (provavelmente com histerectomia).**
5. **Em relação à solicitação de estudo urodinâmico, este NAT entende que a paciente primeiramente tem indicação de ser avaliada em consulta com cirurgião ginecologista para iniciar a propedêutica específica do quadro de incontinência urinária,** visto que possivelmente já realizará o tratamento cirúrgico pelas comorbidades uterinas, devendo ser avaliado também o diagnóstico de cistocele – prolapso de parede anterior (termo para designar o defeito da parede anterior da vagina, visto que esta está em íntimo contato com a bexiga), cujo tratamento também pode ser cirúrgico. Após a avaliação com o especialista, cabe a ele avaliar se o estudo urodinâmico já deve ser realizado pela paciente.
6. Não se trata de caso de urgência médica, porém deve-se estabelecer uma data para a realização da consulta que respeite o princípio de razoabilidade.





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

---

**REFERÊNCIAS**

- Bozzini N, et al; Miomatose Uterina; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; Projeto Diretrizes; Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/miomatose-uterina.pdf>
- Helena von Eye Corleta; Eunice Beatriz Martin Chaves; Miriam Sigrun Krause; Edison Capp. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Vol.29 no.6 Rio de Janeiro June 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-2032007000600 008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-2032007000600 008).
- 2017 - Ministério da Saúde - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Leiomioma de Útero, disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio\\_PCDT\\_leiomoma de utero CP 35 2017 1.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_leiomoma_de_uterio_CP_35_2017_1.pdf)
- Sociedade Brasileira de Urologia. Associação Médica Brasileira. **Diretrizes Urologia.** Disponível em: [http://sbu-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Livro\\_Diretrizes\\_Urologia.pdf](http://sbu-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Livro_Diretrizes_Urologia.pdf).
- Silva C. P. et al, Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura, disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883713/iu-final\\_rev.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883713/iu-final_rev.pdf)